

EL DEBATE COMO INSTRUMENTO DE APRENDIZAJE EN GRUPOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Ruben Walter Brañas Coelho, Alexandra Coelho

Departamento de Salud Municipal

Calle Navegantes, 440 - Barra Funda/RS - telefono/fax 54-33691288

rubenwaltercoelho@yahoo.com.br

Brasil

INTRODUCCIÓN:

En Brasil, la promoción de la salud ha ido ganando fuerza desde los años 80, que culminó con la Ley Orgánica de Salud, que estandarizó el Sistema Único de Salud en 1990. La creación del Sistema Único de Salud se fundamenta en los principios de universalidad e integralidad de la atención, con la idea de ampliar los servicios de salud con reversión del enfoque de la política de salud curativa en vigor como hasta ahora.

Para implementar este nuevo modelo, con énfasis en la prevención y promoción de la salud en el año 1994, se implementó el Programa de Salud de la Familia (PSF), cuyas estrategias preven cambios en el modelo de atención de salud, rompiendo el comportamiento pasivo de las acciones en las Unidades Básicas de Salud y la ampliación de actividades en las comunidades.

En PSF, la atención domiciliaria y la educación para la salud son herramientas de trabajo en equipo, más allá del cuidado de la salud. En este sentido, las enfermedades como la hipertensión y la diabetes, deben ser constantemente razones para rescatar a un estilo de vida saludable desde la perspectiva de la construcción de la ciudadanía y mejorar la calidad de vida.

El Brasil está experimentando una transición epidemiológica, con el cambio de la carga de morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles a las no transmisibles, en particular las cardiovasculares, la diabetes y el cáncer

Se calcula que las enfermedades cardíacas y los accidentes cerebrovasculares son responsables de 35-55% de las muertes registradas en América Latina y el Caribe, con

aproximadamente 800 000 muertes por año. Calcula-se que en 2020, las enfermedades cardiovasculares provocarán tres veces más muertes e incapacidad que las infecciosas. La prevalencia estimada de hipertensión arterial en la Región de las Américas es de 8-30%, mientras la de diabetes mellitus tipo 2 -que ya es mayor que el promedio mundial- puede llegar a 8% en 2025 (1).

Debido a la complejidad de las enfermedades cardiovasculares, se hace difícil poder controlarlas y reducir la mortalidad y la discapacidad asociadas con ellas (2). Entre los principales obstáculos se encuentran el limitado acceso a servicios de salud de buena calidad, la insuficiente coordinación del tratamiento debido a la frecuente comorbilidad asociada (3), la deficiente educación dirigida a promover un mejor autocuidado, la escasa promoción sostenida de estilos de vida saludables y la inadecuada comunicación entre los pacientes y los equipos de salud que los atienden. Además, se necesitan servicios que puedan ayudar al paciente a mantener su autocuidado cotidiano, algo que suele estar más allá de la capacidad de los sistemas de salud tradicionales. Se requieren servicios de salud cercanos y efectivos, así como respuestas integrales a los determinantes de salud relacionados con las enfermedades crónicas (4), todo basado en el principio de equidad (5). Estos desafíos, compartidos por todos los países, son más perentorios en los de menos recursos, como la mayoría de los latinoamericanos (6, 7).

El apoyo entre personas con una misma enfermedad, incluida la formación de grupos que brindan apoyo, es una estrategia de intervención educativa basada en el aprendizaje sociocognitivo (8) que busca establecer una conexión entre personas que poseen características comunes, como la presencia de una enfermedad, para favorecer el logro de metas individuales o grupales (9). Esta estrategia favorece el cambio de conductas relacionadas con la salud mediante el mejoramiento de la autoestima, la autoeficacia, el refuerzo de la salud mental, el intercambio de información y el apoyo social (10, 11).

Grupos de Promoción de Salud ayudan a poner en práctica el concepto más amplio de salud que va más allá de la ausencia de enfermedad, a través de la creación de ambientes saludables en que las personas muestran su potencial, siendo educados para la salud y la ciudadanía.

Se define como proceso de grupo al producto de las interacciones que ocurren entre los individuos que forman el grupo, producto tanto intelectual como afectivo, en el que resalta más lo afectivo de los contenidos latentes de los miembros del grupo y que presenta una continua modificación a través del tiempo. La evaluación educativa en su dimensión grupal, contempla el conjunto de factores que intervienen en el desarrollo del grupo, para favorecerlo u obstaculizarlo, revisa las condiciones que prevalecen en el proceso grupal, las situaciones propicias o conflictivas al emprender la tarea y los

problemas suscitados en la dinámica de trabajo colectivo, donde se ponen en juego mecanismos de defensa, tales como fenómenos de racionalización, evasión y rechazos a la tarea, así como interferencias, miedos y ansiedades. El análisis longitudinal del proceso grupal, permite alcanzar una comprensión mucho más profunda no solo de los fenómenos temporales, sino también de la mayor parte de los procesos grupales y del comportamiento de las personas cuando forman parte del grupo.

En los últimos años se han incorporado a la práctica de los profesionales de los equipos de Salud Familiar de el desarrollo de acciones , tales como, la Educación para la Salud que permite la interacción entre el equipo y la población. Proceso que tiene como objetivo desarrollar actividades educativas que apuntan a estimular la adopción de nuevas hábitos y conductas de salud, y el desarrollo de la ciudadanía a los usuarios de esta estrategia.

La implementación de los grupos contribuye a cambiar el modelo asistencialista actual, ya que esta basado en el cambio de conocimientos que fortalece y promueve el vinculo comunidad-equipo de salud.

El PSF como modelo para la promoción y protección de la salud, prioriza y utiliza el proceso educativo como un instrumento de transformación social. La esencia del modelo implementado con el PSF es el desarrollo de acciones de organización multidisciplinaria que cuenta con una bien definida organización e integrada de los distintos miembros del equipo.

OBJETIVO:

Describir la dinámica de los grupos de trabajo educativo de diabéticos e hipertensos registrados en la Unidad de Salud Familiar, de Barra Funda/RS, implantadas en diciembre de 2004.

METODOLOGÍA:

En noviembre de 2004, fue constituido el equipo de Salud Familiar en la ciudad de Barra Funda / RS. La Unidad Básica de Salud solo realizaba visitas al médico y actividades relacionadas con la salud infantil.. Así, la falta de programas de salud de manera significativa se reflejaba en los indicadores de salud. Se desplegaron protocolos de servicio a la hipertensión y la diabetes para lograr la detección temprana, el

tratamiento y el seguimiento, así como la evaluación de los factores de riesgo de ECV. Se constituyeron 10 grupos de hipertensos y uno de diabéticos.

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, que muestra la relevancia de los grupos en la identificación, comprensión y transformación de la realidad local. Las acciones se dirigen a: mejorar la vigilancia de esta parte de la población, buscando aumentar el cumplimiento del tratamiento, usando escenarios existentes en la comunidad como: iglesias, escuelas, centros comunitarios. Se llevaron a cabo actividades encaminadas a la integración, con conferencias y debates sobre: atención nutricional, importancia de la actividad física, contribución de la familia en el tratamiento, dificultad para seguir la terapia y cambiar estilo de vida.

Este artículo describe la metodología utilizada para el desarrollo de un proyecto comunitario de intervención educativa sobre la hipertensión y la diabetes, dirigida al primer nivel de atención, y presenta los resultados de dicha intervención. El objetivo es ofrecer una alternativa de educación con participación de los pacientes y del personal sanitario, adaptada a las condiciones locales y a las necesidades percibidas por estas personas.

La filosofía del programa se basó en el paradigma médico social, centrado en el hombre, en la necesidad de la participación activa y responsable del individuo en el desarrollo de su proceso de salud y en la influencia del grupo sobre el individuo. Como principios educacionales se planteaban el máximo respeto a las apreciaciones y criterios del enfermo, y un clima de comprensión mutua donde la persona sintiera libertad para expresar sus inquietudes y dificultades a fin de conocer sus opiniones y sentimientos sobre la enfermedad.

En la educación a personas con diabetes e hipertensión se establece que la tarea educativa se inicia en el momento del diagnóstico, durará al igual que la hipertensión y la diabetes- toda la vida y responde a las situaciones específicas por las que atraviesa el individuo.

Desde el punto de vista metodológico, el proceso de enseñanza aprendizaje se centra en la persona, se desarrolla con técnicas de participación e interacción en grupos(12) y pone más énfasis en lo formativo que en lo informativo, desarrolla habilidades para identificar dificultades y necesidades,6,11 busca las posibles alternativas de solución y toma decisiones basadas en la experiencia individual de los participantes.(13) Estas discusiones en grupos permiten rectificar criterios sobre las experiencias de otros.27 El mensaje educativo surge de lo práctico cotidiano hasta llegar al mayor entendimiento de

los diferentes aspectos de la enfermedad y es resultado de la interacción de cada individuo, enriquecida con el aporte de todos.

El trabajo educativo llevado a cabo bajo los lineamientos metodológicos de la Educación Popular,(14) se asumió como un proceso de aprendizaje grupal. En la concepción del aprendizaje grupal, se ubican a los miembros de la comunidad en la dimensión de seres sociales, integrantes de un grupo que busca el abordaje, la transformación y la construcción del conocimiento desde una perspectiva de grupo, que asume que aprender es elaborar el conocimiento, es pensar en la realidad y desarrollar una conciencia crítica, lo que implica la responsabilidad de indagar, analizar, criticar para transformarse a sí mismos y transformar la realidad, además, considerar y valorar la importancia de interactuar en grupo, donde la interacción y el grupo sea el medio y fuente de experiencias para que el sujeto logre el aprendizaje.

El grupo de aprendizaje se define como el conjunto de personas que se reúnen alrededor de un objetivo común, concretamente para esta situación, el conocimiento, lo cual conlleva avanzar en él y al mismo tiempo, modificar o cambiar el tipo de relaciones grupales. Es a partir de la "problematización" (15) como es posible acercarse a la construcción del conocimiento, "problematizar" consiste en lograr convertir la realidad en pensable y no solo en explicable. En el grupo de aprendizaje se trabaja sobre esta dimensión y se potencia ampliando el concepto de aprendizaje el cual sobrepasa en mucho la concepción de aprendizaje en el grupo operativo, sin embargo la técnica del grupo operativo ayuda a la realización de todo esto.

La construcción de conocimientos es realizado a través de un proceso que implica la instrucción, la capacitación y la formación(16). La instrucción es una transmisión de saberes, la capacitación entendida como la adquisición de habilidades, referida a aspectos técnicos o prácticos y la formación como el proceso en el cual se va encontrando la forma de ser, de crecer a través de adquirir nuevas maneras de pensar, de ver y hacer las cosas en la vida cotidiana.

El trabajo educativo(17) constituye un espacio donde las prácticas y los procesos de interacción que se llevan a cabo ponen en juego a los miembros del grupo como sujetos sociales en donde sus historias sociales y personales, sus recursos materiales e intelectuales y sus expectativas, son elementos que se infiltran al interior de todo proceso educativo, haciendo de este proceso de enseñanza-aprendizaje una realidad muy particular.

La educación en grupo incluyó reuniones mensuales. En cada reunión, uno o más profesionales de la salud presentan un tema, a través de dinámicas interactivas, basados

en los conocimientos teóricos y prácticos, que además de ser instrumentos de la comunicación, la expresión y de aprendizaje por excelencia,(7)facilitan adquirir conocimientos y mejorar el intercambio de conocimientos. Se realizan siempre con el mismo equipo multidisciplinario que busca modificar los métodos de enseñanza y aprendizaje Los temas tratados fueron: fisiopatología, la prevención de las complicaciones agudas y crónicas, la importancia de la dieta y la actividad física, entre otros, Al final de las reuniones se realizan acciones como: medición de la PA, el cálculo de las medidas antropométricas y, finalmente, la distribución de medicamentos .Los profesionales fueron orientados acerca de la postura, el lenguaje y la forma de comunicación.

RESULTADOS:

Los grupos han promovido autonomía, participación en la planificación, organización, funcionamiento y control de la atención primaria.Los debates se optimizaron a través de dinámicas que buscan alentar los participantes, dando prioridad a la verbalización de experiencias, propiciando discusiones que facilitan la construcción de nuevas prácticas y adopción de hábitos más saludables.

Entre los principales resultados de esta etapa se encontró que la educación en grupos con el método de participación interactiva permitió a los participantes el intercambio de experiencias, aprender de los otros y reforzar criterios y sentimientos positivos ante el cuidado diario.

CONCLUSIONES:

La educación para la salud, de forma deliberada y planificada permite usar el diálogo como una herramienta de construcción colectiva, donde la persona logra tener auto-control através del aprendizaje continuo sobre el proceso salud-enfermedad. El grupo mejoró el compromiso en la búsqueda de mejor calidad de vida.

La experiencia acumulada en el trabajo comunitario hasta ahora permite afirmar que las metodologías participativas incrementan la creatividad, la apertura y la disposición al cambio de las personas involucradas en ellas

En primer lugar, se observa un proceso de apertura creciente frente al ejercicio a medida que se realiza. El desarrollo de las actividades hace que las personas se vayan involucrando en la experiencia y comiencen a participar cada vez más, a opinar más y a

confrontar su opinión con los otros miembros del grupo. Es decir, se desarrolla una dinámica crecientemente participativa.

En segundo lugar, se va generando un abandono de la visión o perspectiva individual, y se comienza a asumir el enfoque colectivo de trabajo que se va articulando. Es posible pensar que este ejercicio posibilita el surgimiento de una suerte de identidad colectiva (sujeto popular) en cuanto a forma similar de interpretar la realidad, la cual se va plasmando progresivamente a lo largo del proceso a que da lugar la metodología. El grupo constituido es algo así como un grupo de tarea, que habiendo definido en forma colectiva la realidad, está en condiciones de asumir acciones que apunten a intervenir sobre ella.

El tercer lugar se demuestra en el transcurso de la aplicación de la metodología, el paso de una visión fundamentalmente intelectual o cognitiva a una interpretación más holística o integral donde cada participante se involucra con sus ideas, sentimientos y emociones, en el espacio sobre el cual se reflexiona.

El proceso educativo entonces no debe ser unidireccional, puesto que si los dos saben, los dos deben decir algo. El proceso educativo es bidireccional y ambas partes generan un compromiso de transformación de sus propios saberes. Cuando decimos transformación de ambos lo hacemos en toda su significación. Cuando uno asume una experiencia de trabajo con grupos resulta que, al final del proceso educativo, ese grupo de personas se ha transformado, pero uno mismo también ha cambiado mucho. Las visiones que uno tenía sobre el mundo, los conocimientos que uno tenía y la manera de entender la vida y las formas como uno entiende la sociedad también se cambian, es decir, uno también se transforma. La educación es entonces un compromiso para transformar los saberes y el mundo.

La educación debe ser dialógica y participativa Si ambos saben, el proceso educativo es entonces un proceso de diálogo entre saberes. Un proceso de diálogo en el cual ambos se comprometen a escucharse y transformarse. Pero un proceso de diálogo es un proceso participativo y la educación debe ser participativa en sí misma; no es posible enseñar o inducir a la participación sin que el proceso mismo sea participativo, debe haber participación de los integrantes en todo momento, incluso, desde el inicio o diseño mismo de los programas.

Un programa dialógico y participativo en salud implica que todos actúan por igual, aunque con roles diferenciados. No es que uno manda y otro obedece, que uno diseña y el otro aplica. Un proceso participativo implica confrontación de perspectivas y prioridades, tan legítimas y válidas las del agente de salud como las de la comunidad.

La educación debe reforzar la confianza de la gente en sí misma. Esto es muy importante pues la confianza es un factor fundamental en el éxito de una acción. Si un individuo cree que va a lograr una meta cualquiera, hará un esfuerzo especial por obtenerla, pero, si, por el contrario, no cree que pueda lograrla, no hará nada.

Si la participación de la comunidad en salud es, como dice la declaración de Alma-Ata, un deber y un derecho, la meta de la educación y la acción sanitaria emprendida, debe ser reforzar la confianza de los individuos en buscar y lograr una efectiva participación en los programas. Confianza en que cada individuo puede y debe hacer algo para mantener su salud. Pero es posible que el diseño que se tenga de la acción, por autoritaria o paternalista, pueda bien y por el contrario desestimular y obstaculizar la participación.

La educación debe fomentar la responsabilidad individual y la cooperación colectiva. La participación comunitaria no debe significar una disolución de la responsabilidad individual, al contrario, una buena política de estímulo a la participación debe fomentar el interés y el compromiso de cada individuo como persona con las metas de salud.

La educación como arte (18) de usar los conocimientos implica un trabajo que debe deliberadamente buscar la participación de los individuos para así lograr y poder sostener las metas de salud. Para hacerlo, es necesario conocer al ser humano y sus circunstancias y buscar contar con él o ella para todas las acciones de salud.

El bajo costo de implementación y mantenimiento, con un gran costo beneficio, son claves para el éxito en este tipo de estrategias:

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. García R, Suárez R. Guía para la educación al paciente no insulino dependiente en la Atención Primaria de Salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1996.
2. García R. Programa de Educación en Diabetes en Cuba: filosofía, métodos y líneas de trabajo. Rev Asoc Latinoamericana en Diabetes. 1998;6(Suppl55):125.
3. Assal JPh, Golay A, Jacquemet ST. Patient Education 2000. International Congress on treatment of chronic diseases. Geneva, Switzerland. June 1-4. Patient Educ Counsel. 1994;23(Suppl 1):S1.

4. García R, Suárez R. La educación el punto más débil de la atención integral al paciente diabético. Reporte técnico de vigilancia. 1997;2:1(Unidad de Análisis y Tendencias en Salud, MINSAP).
5. Assal JPh. Educación del diabético. Problemas que afrontan los pacientes y los prestadores de asistencia en la enseñanza de personas con DMII y DMID. En: Organización Panamericana de la Salud, editor. Educación sobre Diabetes. Disminuyamos el costo de la ignorancia. Washington, D.C.: OPS; 1998.
6. García R, Suárez R La educación del paciente diabético. Premio Latinoamericano al Mejor Trabajo de Atención y Educación a Diabéticos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1992 (2da. reimpresión).
7. García R, Suárez R, Mateo de Acosta O. Comunicación y educación interactiva en salud y su aplicación al control del paciente diabético. Rev Panam Salud Pública/Pan Am Public Health. 1997;2:32.
8. García R, Suárez R, Aguár M. Procesos de peritajes en pacientes diabéticos. Rev Cubana Salud Pública. 1992;18:95.
9. O'Connor PJ, Crabtree BF, Abourizk NN. Longitudinal study of a diabetes education and care intervention predictors of improved glycemic control. J Am Board Fam Pract. 1992;5:381.
10. García R, Suárez R, Mateo de Acosta O. La educación del diabético. Nuestra experiencia en el Centro de Atención al diabético del Instituto Nacional de Endocrinología. Rev Cubana Med. 1988;27: 61.
11. García R, Suárez R Confiabilidad y validez de un cuestionario de conocimientos en Diabetes. Rev Cubana Endocr. 1991;1:16.
12. García R, Suárez R, Mateo de Acosta O. Programa de educación en diabetes del Instituto Nacional de Endocrinología. Una estrategia de comunicación interactiva. Rev Asoc Latinoamericana en Diabetes. 1993;3:112 .
13. García R, Suárez R. Resultados cubanos del primer año de aplicación del PEDNIDLA. Rev Cubana Endocr. 1999;10 (Suppl):46.
14. Zakus D. La participación comunitaria en los programas de atención primaria a la salud en el tercer mundo. Salud Pública Méx. 1988;30(2):151-74.
15. Fals O. Conocimiento y poder popular. Bogotá: Presencia;1986.

16. Valadez I, Aldrete MG. Participación comunitaria. En: Cabral J, Lozano ME, Cabrera C, Pérez M, Valadez I, editores. Educación para la Salud. México: Instituto Mexicano del Seguro Social;1994.

19. Chehaybar E. Elementos para una fundamentación teórico-práctica del proceso de aprendizaje grupal. Perfiles educativos. 1994;63:43-58.

18. Freire P, Quiroga A. El proceso educativo según Paulo Freire y Enrique Pichon-Riviere. Buenos Aires: Cinco;1985.