



## **AREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES**

(ISSN 1886-6530)

[www.area3.org.es](http://www.area3.org.es)

Nº 5 – Otoño - Invierno 1997

### **Trabajo con grupos de crónicos en Atención Primaria**

*Carmen Martín Madrazo* <sup>(1)</sup>

En sintonía con la línea propuesta por la Conferencia de Ottawa (1986) para la promoción de la salud propongo una reflexión sobre el tema que nos ocupa parte de esta tarde "TRABAJO CON GRUPOS DE CRÓNICOS DESDE A.P."

La Carta de Ottawa hace una llamada a la potenciación de los recursos humanos existentes en la comunidad como la autoayuda, el apoyo social y el trabajo grupal.

La salud es ahora "tema de todos, propiedad de nadie". Así se concibió y definió en Ottawa, dándole un matiz positivo por lo que supone capacitar a las personas para que controlen su propia salud y la mejoren. Los profesionales sanitarios no estamos excluidos de este proceso, y pienso que es la Atención Primaria el vehículo idóneo para poder llevar a cabo estas funciones; por su accesibilidad, equidad, capacidad, y racionalidad.

La Atención Primaria es cada vez más consciente que debe centrar su actividad en la salud y no sólo en la enfermedad, reconociendo que la población es el principal recurso al respecto.

La Conferencia de Alma-Ata (1978) promovió claramente, también, un enfoque comunitario frente al enfoque individual predominante.

Sin embargo, este modelo no ha calado en la práctica y cultura de los profesionales y usuarios, es todavía un área gris y confusa que suscita apoyos fervorosos entre los

---

<sup>1</sup> *Carmen Martín Madrazo es enfermera. Centro de Salud Monovar. Área 4. Insalud. Madrid. Este artículo fue leído como ponencia en las Jornadas del Área 4. Noviembre 1997.*

profesionales orientados a la Promoción y Educación para la salud; actitudes distantes y críticas en la mayoría de los profesionales volcados en la asistencia, así como reserva y prevención en las instituciones centrales.

Y es que la Atención Primaria vive en la frontera entre los conceptos de salud y enfermedad; curación y cuidados; atención individual y comunitaria.

Aplicar un enfoque más integral supone cambiar de intenciones, objetivos, tareas, la forma en que se evalúan los problemas y se miden los resultados.

No es por tanto casual que los aspectos menos avanzados correspondan a la atención integral, la atención comunitaria y la implicación de la población.

El cambio debe incidir en aspectos formales (organizativos, formación...), e informales (actitudes...).

Para los profesionales de Atención primaria la adopción de metodologías participativas en nuestro trabajo cotidiano supone un importante desafío, una exigencia social, en tanto trabajamos con personas que demandan soluciones no estereotipadas.

Llegados a este punto...

Podríamos preguntarnos ¿por qué han aparecido de forma cada vez más “presentes” estas metodologías participativas en nuestro trabajo?

¿Están de moda?

¿Son una opción?

¿O una obligación?

En cualquier caso, ¿quién tiene la responsabilidad de hacerlas realidad?.

En mi opinión hay una serie de factores sociales y profesionales que justifican la aparición de esta demanda y que hacen prever su desarrollo.

Por lo que a los factores sociales se refiere cabría destacar el cambio en el patrón de las enfermedades infecciosas y agudas a enfermedades crónico-degenerativas, todas ellas estrechamente ligadas a los estilos de vida y los factores medioambientales y sociales.

En cuanto a los factores profesionales se refiere, quisiera destacar el cambio que se está produciendo en la formación y actividades de Enfermería de Atención Primaria, donde cada vez se está desplazando más el eje de la atención relacionada con la enfermedad, terapia y tratamiento y aproximándolo al usuario, a la familia, a la comunidad; integrando las áreas física, psíquica y social, no sólo a nivel teórico sino adaptándolo cada vez más a la población.

Este cambio de perspectivas es fruto de un cambio que se produce a partir de la 2ª guerra mundial, y bajo la influencia de la corriente del pensamiento humanista, la misma que inspirará la Declaración de Derechos Humanos de la ONU.

La persona empieza a ser considerada el centro de todos los fenómenos y poseedora de la capacidad de adquirir y utilizar los conocimientos y habilidades incluidos los relacionados con la salud y la enfermedad.

No es, pues, casual que en los años 30-40, el psicólogo Kurt Lewin iniciara el trabajo en grupo como método de aprendizaje, estudiando el valor de los pequeños grupos de discusión para la enseñanza y aprendizaje, y en especial, para el cambio de actitudes y conductas.

Su trabajo durante la 2ª guerra mundial se centró en cambiar hábitos alimenticios; tuvo más éxito con el trabajo grupal, para inducir a las amas de casa a incrementar el consumo de leche, que con la intervención individual mediante conferencias.

Los temas grupales aparecieron en Atención Primaria hace 10 años. En los 80 se trabajaba más con la comunidad, en los barrios, por razones ideológicas, era la etapa de las "charlas", del voluntarismo, del sobreesfuerzo laboral, del nulo reconocimiento y también de las frustraciones.

Ahora, parece que las cosas están cambiando, ha habido avances; la metodología se ha ajustado más a nuestro trabajo, se han construido formas más asequibles, posibles, útiles y atractivas para los profesionales y pacientes.

Desde la Cartera de Servicios se contempla el trabajo con crónicos, han aparecido protocolos, hay interés, y constituye uno de los retos actuales en Atención Primaria sobre todo para los profesionales de Enfermería y Trabajo Social que son los más motivados e interesados por el tema.

Así pues, el trabajo con grupos, creo que no es una moda pasajera y superficial, aunque ahora estén de moda; son una obligación para algunos profesionales que se resisten a los cambios y son una alternativa y opción de primera mano para abordar problemas, no necesariamente asistenciales, que en su multicausalidad necesitan de una perspectiva psicosocial.

## **¿Por qué educación grupal a pacientes crónicos?**

Las enfermedades crónicas como la diabetes, H.T.A., cardiopatías,... exigen cambios en las relaciones entre la enfermedad, el enfermo y el personal sanitario.

Todos los profesionales que trabajamos con pacientes crónicos sabemos de las dificultades que tienen en el cumplimiento del tratamiento; la dependencia de nosotros les lleva a multiplicar el número de visitas, a consultar por problemas nimios...

Si reflexionamos por las razones de estos problemas estaremos de acuerdo que nuestras recomendaciones han sido: cambiar hábitos alimenticios, cambiar hábitos higiénicos, o estilos de vida en general, todos ellos casi siempre profundamente enraizados en su vida.

Son enfermedades que muchas veces, sobre todo en las primeras fases son asintomáticas, no se sienten, no duelen, y además la cronicidad es una carga de la que intentan protegerse silenciándola.

El carácter crónico de la enfermedad y del tratamiento rompe el modelo de medicina curativa; el primer problema que presentan en la práctica diaria no es el diagnóstico o tratamiento, sino lograr que el paciente aprenda a vivir con su enfermedad, aceptándola.

Como no hay curación posible nuestra capacidad de maniobra queda limitada por la disponibilidad de colaboración del enfermo, tenemos que contar con él.

También tenemos que pensar en su familia, adoptar un enfoque familiar como estrategia para asimilar todo el proceso, ya que el paciente no puede enfrentarse solo a su enfermedad.

La gestión cotidiana de una enfermedad crónica implica que el paciente controla directamente su enfermedad. Esta responsabilización no significa independencia del equipo sanitario, mas bien, se trata de una cooperación entre ambos, nosotros debemos aceptar compartir sus conocimientos y poder, y el paciente pasar de la pasividad a una actitud activa y responsable.

El eje de nuestra intervención en este sentido debe ser la educación al paciente, pero no basta con informar y formar en la enfermedad, para que los pacientes acepten un nuevo modo de vida. La información es absolutamente necesaria, pero no suficiente, es necesario realizar una educación integradora donde se aborden sus dudas, sus dificultades, sus sufrimientos, resistencias, miedos, también sus esperanzas, sus triunfos...

La Educación Grupal es el método integrador donde los pacientes y sus familiares pueden aprender mejor a aceptar la enfermedad y por tanto a vivir más y mejor.

El objetivo de toda intervención grupal sería: "Capacitar a los pacientes a ser tan autorresponsables y autosuficientes como sea posible en el manejo de sus problemas de salud".

## **¿Qué es el trabajo grupal?**

Un grupo no es la suma de individuos con el mismo problema al que se le da una "charla" o "clase" informativa para que sepan más de su enfermedad y así ahorrar tiempo y esfuerzo.

Un grupo es mucho más, se dice que hay grupo cuando "un conjunto de personas interaccionan entre sí compartiendo una tarea".

La metodología grupal debe favorecer el aprendizaje de los pacientes y su familia, no sólo con la transmisión de información, sino que debe producir cambios en sus conocimientos y habilidades, pero también en su forma de pensar, de sentir y de actuar.

El grupo facilita el aprendizaje mediante la verbalización de experiencias y vivencias que expresan los participantes, el aprendizaje que se produce es significativo, ya que implica a toda la persona: intelecto y afecto, siendo así un aprendizaje más profundo y duradero.

Sócrates consideraba que su actividad filosófica era cómo ayudar a las personas a “parir” la debida comprensión, porque el verdadero conocimiento tiene que salir del interior de cada uno, no puede ser impuesto por otros.

Platón también creía que la conversación era lo más importante, no es casualidad que sus “Diálogos” llegaran a ser la forma escrita que él practicara.

El pensar es el eje del aprendizaje, y en los grupos se hace intervenir activamente al pensamiento, pues en el diálogo, en la escucha, en la confrontación con los otros, en la exposición de lo de uno, en la formulación de hipótesis sobre sus problemas se aprende a pensar, y además se aprende a pensar sobre lo que se piensa.

La capacidad de aprender está hecha de muchas preguntas y de algunas respuestas, de búsquedas personales y no de imposiciones institucionales; los pacientes en el proceso grupal pueden descubrir las respuestas a sus problemas, el profesional sólo propicia la interacción, si procede.

El profesional facilitará el diálogo, la comunicación, ayudando al grupo, mostrándole sus dificultades, coordinando que el proceso grupal funcione.

En esta interacción multidireccional, de nosotros a los pacientes, de los pacientes entre sí, y de ellos hacia nosotros todos aprendemos, todos cambiamos.

## **¿Cómo cambian los pacientes?**

- Aumentan sus conocimientos. Por la interacción entre los conocimientos clínicos, las experiencias propias, y las de otros pacientes.
- Se aproximan a una idea más global de su propia salud y enfermedad, pudiendo aceptar así mejor su enfermedad.
- En el grupo hay oportunidades para realizar identificaciones y diferenciaciones. Cada paciente observa cómo los demás comienzan a realizar nuevas conductas o actitudes. Si el clima grupal es adecuado puede favorecer la posibilidad de incorporarlas a su propia vida.
- La situación grupal ayuda al paciente a ver que los problemas que él padece (o similares) no son únicos, que también afectan a otras personas.
- La implicación familiar en el grupo motiva al paciente a conseguir mejor los objetivos, a no sentirse tan solo con su enfermedad.
- Visualización mejor que en consulta de los conflictos personales, familiares, hábitos de vida, sexualidad...

- En el grupo se fomenta el autocuidado, la autorresponsabilidad, en definitiva, a tener menos dependencia del profesional.
- Todos los participantes aprenden a estar en grupo, a socializar sus vivencias, sus problemas. Esta socialización en sí misma es terapéutica.

## **¿Qué aprendemos y en qué cambiamos los profesionales?**

- Aprendemos y conocemos otros aspectos de los pacientes, de su enfermedad. En el grupo se sienten más arropados para poder expresar otras facetas de su malestar, para expresar ciertas transgresiones, redundando este conocimiento en beneficio de la consulta.
- El profesional modifica su rol, se sitúa ante el paciente en una posición más simétrica, tiene que aceptar que el paciente es el protagonista de sus propios cuidados de salud, tiene que reconocer sus posibilidades y limitaciones en la actuación profesional.
- El grupo le estimula a pensar, a tener un trabajo más interesante, a adquirir nuevos aprendizajes.

Trabajar con grupos es gratificante:

- Para los usuarios. Les devuelve parcialmente “el control” sobre aspectos de sus vidas que tradicionalmente estaban en manos de los sanitarios.
- Para los profesionales, para nosotros, porque aumenta nuestro sentimiento de realización personal.
- Para el propio sistema, porque mejorara la eficacia y efectividad de los servicios.

Para finalizar...

No quisiera terminar esta intervención, sin decir, una vez más que el trabajo grupal debe ser contemplado por todos, Instituciones, gerencias, y profesionales como un instrumento normalizado y homologable con otros recursos terapéuticos.

Parece, pues, que ha comenzado un área de trabajo nueva, se ha abierto un camino, donde hay resistencias y obstáculos, pero también hay interés, motivación, ilusión, si queremos que siga adelante entre todos tendremos que apoyarlo, cuidarlo y mimarlo.

