

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

La diabetes:
un estudio de caso del binomio salud-enfermedad
en el trabajo social

Bettina González
Tutora: Teresa Dornell

2005

Indice

| | Pág |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Agradecimientos | 1 |
| Introducción | 2 |
| Capítulo I: Justificación Temática | 3 |
| 1.1 ¿Desde cuando es conocida la Diabetes? Breve Historia de la Diabetes | 5 |
| Capítulo II: Correspondencia del binomio salud- enfermedad | 7 |
| 2.1 Cultura y Salud | 7 |
| 2.2 ¿Salud Integral? | 8 |
| 2.3 Concepción salud- enfermedad | 12 |
| 2.4 Salud y sus Determinantes | 15 |
| 2.5 Concepto de Desarrollo Humano | 18 |
| Capítulo III: De la Subjetividad a la objetividad de la temática en estudio: La voz de los actores intervinientes a partir de la técnica de historias de vida breve. | 25 |
| 3.1 Análisis de los datos | 25 |
| Capítulo IV: Pensando la Intervención en Salud desde Trabajo Social | 37 |
| 4.1 El trabajo social como miembro del Equipo Interdisciplinario | 39 |
| 4.2 Dimes y Diretes en Torno al Tema | 41 |
| Bibliografía | 48 |
| Fuentes de Referencia | 50 |
| Anexo I: Definición de Diabetes | 53 |
| Anexo II: Historia de la Diabetes en el Uruguay | 57 |
| Anexo III: La Asociación de Diabéticos del Uruguay (ADU) | 58 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Anexo IV: Ley Vigente de Diabetes- Proyecto Sustitutivo de la actual Ley de Diabetes | 60 |
| Anexo V: Declaración de Alma- Ata | 68 |
| Anexo V a: Características de una estrategia de APS | 71 |
| Anexo VI: Cuadro Resumen: Datos genéricos de la unidad de análisis | 75 |
| Anexo VII: Y más testimonios.. | 76 |

“ La vida es un desafío, afóntalo,
la vida es amor: compártelo,
la vida es sueño: hazlo realidad “

Proverbio Hindu

Agradecimientos

Este proverbio hace explícita mi alegría al culminar dicha tesina y lo que para mí conlleva

Su realización significó, desde el primer momento, un gran desafío

Es necesario acordarme de todos aquellos que hicieron que este sueño se hiciera realidad

Me permito agradecer por tales motivos y sin orden de jerarquías a:

- Quienes fueron mi musa inspiradora desde que empezó a rondar por mi cabeza el tema de elección a mi madre (con su fuerza de espíritu y amor) y a mi padre (quien padeciendo diabetes y sus severas complicaciones ha significado el primer eslabón para que yo considerase la relevancia de dicha problemática). A ambos por ser quienes me transmitieron que hay que luchar para alcanzar lo que uno quiere

A mi hermano (con quien atravesamos distintos y duros momentos que hacen a la vida familiar)

A mi pareja (por su apoyo incondicional en momentos de flaqueza y angustia, alegría y esperanza que atravesaron dicho trabajo).

A mi tío y tía, quienes a pesar de estar lejos en la distancia, se alegran por mí

A mi tutor, quien confió en la propuesta y en mí para realizarla. Por sus sabios consejos y sobretodo por su calidez y siempre buena disposición

A profesionales, técnicos y a toda persona que sin ningún interés propio colaboro con mi pedido de información, recolección de bibliografía, etc

A pacientes y familiares que abrieron sus hogares para compartir conmigo sus historias de vida

A mis amigas, a todas, que esperan que termine para por fin poder festejar y en especial a Ana con quien hemos pasado horas, mate de por medio, brindándonos ánimo para acabar nuestras tesinas y por fin poder llamarnos ¡Colegas!

En suma, a toda persona, que de algún modo, contribuyó a que pueda compartir mi trabajo con quienes lo necesitan. Gracias

B.G.B

Introducción

Este trabajo pretende ser fuente de reflexión para aquellos que tengan que afrontar los problemas diarios de la diabetes, sean diabéticos o sus familiares, sobre las distintas maneras de convivir con dicha patología. Este no pretende ser un señalamiento de lo que es o no correcto, sino que a través del mismo, ofrecerles los conocimientos básicos que les permitan luchar ventajosamente contra una enfermedad cuyo alcance y repercusión sobre el organismo, depende de la atención y del cuidado con que se la trate. Y donde este cuidado repercutirá necesariamente en la vida familiar y social.

La diabetes como una patología que tiene determinadas características en su cuidado y prevención y que involucra a distintos actores (enfermo, familia, técnicos, servicio sanitario), implica un abordaje integral. El desafío desde la profesión es lograr la intervención teniendo en cuenta los múltiples factores que cruzan dicha problemática.

La importancia de este objeto de estudio para Trabajo Social radica en la tarea que realiza esta profesión como herramienta de ayuda comunitaria, en la promoción de la salud.

El tema elegido ha sido abordado por diferentes líneas de acción y desde diversas disciplinas, pero nuestra motivación deviene en las escasas oportunidades que ha sido analizado desde la perspectiva de los impactos que sufren las personas que lo viven cotidianamente.

En el primer capítulo se desarrolla la Justificación temática, donde se incluye la importancia del objeto de estudio para Trabajo Social y se realiza una breve historia de la diabetes.

En el segundo capítulo se refiere a la concepción del binomio salud- enfermedad y las diferentes acepciones en relación a sus determinantes.

El tercer capítulo intenta dar cuenta, a partir de los fragmentos de la voz de los actores intervinientes a partir de las historias de vida, del relacionamiento entre el material empírico y su articulación con el material teórico.

El cuarto capítulo se refiere al abordaje desde el Trabajo Social en esa compleja realidad y al planteamiento de ciertas propuestas a ser consideradas en la praxis profesional. Y donde también se plantean los dimes y diretes, que permitan continuar el "diálogo" con los distintos actores involucrados.

CAPITULO I

Justificación Temática

TEMA: La Diabetes Un Estudio De Caso Del Binomio Salud- Enfermedad En El Trabajo Social

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Diabetes Mellitus (DM) es el **tercer problema de salud pública** más importante en el mundo. Globalmente en 1995 la población de diabéticos adultos en el mundo era de 135 millones y se incrementará a 300 millones en el año 2025 con un aumento del 120%, del cual los países desarrollados aportaran el 40%, de manera que el 80% de los diabéticos del mundo vivirán en países en vías de desarrollo en el primer cuarto del Siglo XXI.

La Diabetes Mellitus, por su naturaleza crónica, la severidad de las complicaciones y los medios que se requieren para su control, se constituye en el momento en una enfermedad altamente costosa.

La evidencia acumulada en años demuestra que el diagnóstico temprano y el buen control de la diabetes reduce la progresión de complicaciones crónicas de la enfermedad como la retinopatía, la nefropatía y la neuropatía¹, las cuales influyen en la morbilidad y mortalidad prematuras que presentan estos pacientes.

Esta enfermedad no sólo está asociada a una notable utilización de servicios, debido a sus complicaciones a corto y largo plazo, sino que tiene un importante impacto en las personas que la padecen.

Varios aspectos de su vida cotidiana, personal, familiar, social y laboral pueden verse afectados, así como su capacidad funcional y calidad de vida.

Los cuidados y cambios que estas personas deben llevar a cabo para el control de la enfermedad dependen directamente del compromiso y la responsabilidad que asuman con su enfermedad.

Un factor clave para su compromiso en el autocuidado es su relación con el sistema sanitario. El sistema sanitario formal sólo dispensa un 12 % del tiempo de cuidado que consume un enfermo y el 88 % de tiempo restante se incluye en el trabajo doméstico.

Los principales beneficiarios de estos cuidados, enfermos con problemas crónicos de salud y dependientes por tales motivos, son cada día más numerosos.

¹ Ver anexo I

Por lo general son los familiares los que ejercen de "cuidadores informales" ² si bien la mayor parte de la responsabilidad la asume una sola persona dentro de cada hogar, que suele ser una mujer.

Paralelamente a este aumento en la población demandante de cuidados, se están produciendo *cambios en la estructura y modos de vida familiar* que parecen cuestionar la disponibilidad futura de cuidadores de la red de apoyo social y familiar. Fundamentalmente estos cambios se refieren a la emergencia de nuevos modelos de familia y a la incorporación de las mujeres al mercado laboral.

Además de los cambios sociales y demográficos, otros factores relacionados con las condiciones en las que se cuida y con el impacto de cuidar, pueden influir en la familia en su capacidad para afrontar los cuidados y en la decisión de continuar atendiendo a su familiar.

Las necesidades de los pacientes crónicos son complejas y la diabetes es un problema crónico que plantea grandes dificultades en su manejo, por la naturaleza de la enfermedad y por su evolución inexorable.

El tratamiento implica esfuerzos y sacrificios sin un beneficio aparente de forma inmediata para el paciente. Los pacientes encuentran "barreras" que dificultan su adherencia al tratamiento, barreras relacionadas con su estilo de vida, con la educación, con factores psicológicos y ambientales.

Otro aspecto a destacar es el contacto entre médico y paciente que frecuentemente está relacionado con el control metabólico. Los profesionales se centran en el control de cifras (glucemia, hemoglobina, peso, presión arterial, etc.) y en los aspectos técnicos del manejo de la diabetes. Suelen tomar, generalmente, las decisiones basándose en su conocimiento, sin considerar las creencias y expectativas de los pacientes. Y a éstos lo que les preocupa fundamentalmente es cómo integrar el control de la diabetes en su vida diaria para vivir lo mejor posible.

Por todo lo anteriormente expuesto es que el presente trabajo realiza la comparación de las percepciones de los actores involucrados en la vida familiar respecto a la diabetes y los impactos sufridos a partir de su diagnóstico.

Nuestro punto de partida es reconocer puntos coincidentes o distintos existentes en las tramas elaboradas a partir de las percepciones individuales, para posteriormente realizar

² Se define el **cuidado informal** como la prestación de cuidados a personas dependientes por parte de familiares, amigos u otras personas que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen.

un análisis interpretativo, desde el marco referencial, del modo en que se percibe la enfermedad. Podremos, si existiesen, detectar la presencia de contradicciones en el discurso de los pacientes y la realidad que perciben sus familiares. Permittiéndonos reconocer el impacto personal, laboral, cultural, familiar y social de la enfermedad en pacientes y familiares.

1.1 ¿Desde cuando es conocida la Diabetes?

Breve historia de la diabetes ³

Los síntomas típicos de la Diabetes, beber mucha agua, orinar mucho, tener excesivo apetito, perder peso, figura según parece en uno de los libros sagrados de la India muy primitivo y que puede calcularse en unos 1.500 años antes de nuestra era. La primera referencia al sabor dulce de la orina aparece en el libro de Ayur Veda Suruta (400 años ac) ⁴

Pasó mucho tiempo sin que se tenga referencia a este trastorno y fue en el siglo III Ac cuando parece ser que Apolonio de Menfis dio a esta enfermedad el nombre de "diabetes", palabra griega que deriva de sifón y quiere decir "pasar a través de".

Areteo de Capadocia, médico turco del siglo IV ac, interpretó los síntomas de la diabetes atribuyendo a que deshacía el cuerpo poco a poco y que los productos de deshecho se eliminaban disueltos en agua, motivo por el que estos pacientes orinaban tanto (poliuria) y esto obligaba a beber mucha agua (polidipsia), al mismo tiempo se asistía a pérdida de las grasas, que ocasionaban adelgazamiento y de los músculos responsable de la falta de fuerzas

En la Edad Media hubo tres personajes importantes relacionados con la diabetes Avicena, Feliche y Paracelso. Avicena, médico del siglo XI, evaporó la orina de un diabético, observó que dejaba residuos con sabor a miel y se refirió a complicaciones de la diabetes, sobre todo a la gangrena de las extremidades y a la impotencia sexual de

³ J.L. Herrera Pombo Presidente de la Sociedad Española de Diabetes

⁴ En Egipto se escribió un famoso papiro, 1.500 años Ac, que se descubrió el siglo pasado en una tumba de Tebas por el egiptólogo Ebers y habla de una afección en que se elimina frecuentemente grandes cantidades de agua refiriéndose a la diabetes. Este papiro medía unos 20 metros de largo por 25 centímetros de ancho, y se escribe en el todo lo que se creía saber sobre la medicina de aquellos tiempos. Precisamente uno de los párrafos de este papiro está dedicado a una enfermedad enigmática que muchos siglos después fue denominada diabetes

algunos casos. También describió que en esta enfermedad se expulsaba el agua tal y como se bebía.

El nombre de "Mellitus" fue agregado al de diabetes por Cullen, en el siglo XVIII.

A mediados del S. XIX, Claudio Bernard demostró que el aumento de la glucosa de la sangre era el signo más importante de la diabetes.

En 1859, Langerhans describe las células agrupadas en islotes dentro del tejido pancreático, esos estudios los siguió Laguesse, que dio el nombre de Langerhans a estos islotes a los que atribuyen la secreción de una sustancia a la que llamaron "isletina" hasta que en 1922 MacLeod aconsejó que se llamara "insulina".

En 1877, Mac Kenci estudió por primera vez las lesiones retinianas y las neurológicas, complicaciones tan importantes de los diabéticos.

Desde entonces hasta hoy han ocurrido muchas cosas con la insulina, su molécula fue identificada en 1955 por el inglés Sanger, lo que le valió el Premio Nobel en 1958.⁵

"Todos ansiamos la posibilidad de nuevas vías de administración de insulina que permitan liberar a los diabéticos de sus inyecciones subcutáneas diarias, o en disyuntiva, conseguir que procedimientos más sofisticados, como el trasplante de islotes pancreáticos o de genética molecular permitan la curación o incluso la prevención de la diabetes"⁶

⁵ Después de esto se han obtenido múltiples formulaciones de insulina que han tenido su utilización práctica en la insulinoterapia, hemos podido contar con insulinas de acción rápida, intermedia o retardadas, insulinas obtenidas de buey de cerdo y por último mediante ingeniería genética insulinas humanas de las que disponemos en la actualidad. Se han mejorado los sistemas de inyección de insulina hasta disponer de diversos "bolígrafos" para su administración y también disponemos de bombas de infusión continua de insulina que en determinados casos es un excelente medio para el mejor control glucémico.

⁶ J. L. Herrera Pombo Presidente de la Sociedad Española de Diabetes

Capítulo II

Correspondencia del binomio salud- enfermedad

2.1 Cultura y salud

Para los antropólogos esta relación implica aceptar la existencia de diferentes modos o actitudes de situarse frente a ellas, como también comprender que existen comportamientos válidos, distintos y legítimos a la vez, que ejercitan los hombres de las múltiples sociedades. "Por eso, la relación cultura- salud debe presentarse según sea la sociedad humana que se analice porque cada una de ellas posee ideas que afirman como verdaderas sobre sus propios regímenes de salud, profilaxis o inmunización. Esas ideas son manifestaciones culturales que expresan la síntesis dinámica colectiva de la realidad histórica de un grupo. De allí que solo bajo la perspectiva integral de una cultura puedan comprenderse las prácticas sanitarias. *Modificar hábitos y costumbres de un grupo humano equivale a modificar la unidad sociocultural de la que forma parte*".⁷

Según M. González (1969: 457- 466) junto a la medicina científica, coexisten la medicina aborigen y la folklórica. La percepción de signos y síntomas de una enfermedad genera en esos grupos humanos una respuesta y una práctica cultural.

El autor ha determinado tres modelos, de los cuales algunas de las características sobresalientes son:

El modelo aborigen: conciben la enfermedad como daño inferido mágicamente o por invasión de espíritus del mal.

- La etiología puede referirse a la envidia, a la ruptura de un tabú o prohibición ética o a un simple daño moral.
- El diagnóstico se logra por adivinación o a través de la observación del brillo de los ojos, el color de la orina, etc.
- El tratamiento y la prevención se basan en hierbas, amuletos, ritos y el agente de salud es el brujo, el hechicero, el curandero o la matrona. La formación del personal se logra por tradición oral de maestro a discípulo.
- El efector del sistema de salud es la casa del agente de salud, es decir del brujo o curandero. El ejercicio de la profesión está asociado a prácticas o a creencias religiosas

⁷ González, Miguel. Comunicación y cambio de comportamiento. Sistemas culturales, tipos de creencias y comportamiento sanitaria. En actas de la VII. Conferencia Internacional sobre la salud y la educación sanitaria. Ginebra, Violler 1969

y/o mágicas. El status del agente de salud es de alto poder, puede curar pero, además, dañar la salud

- El enfermo y su familia son miembros activos en el tratamiento, en algunas sociedades participan con rogativas todos sus miembros, ya sea para lograr la recuperación o para producir mayor incidencia del mal sobre el cuerpo enfermo de acuerdo con el grado de amistad o enemistad que los ligue.

El modelo científico: concibe la enfermedad como una ruptura del equilibrio psicosomático- social

- La etiología se da en la relación hombre- ambiente- agente

- El diagnóstico es el resultado de la investigación (análisis de sangre, orina, talla peso etc)

- El tratamiento y la prevención son consecuencia de una acción racional a nivel sintomático o etiológico.

- El agente de salud es el equipo de salud y los efectores los hospitales, clínicas, centros de salud, consultorios médicos, maternidades, etc. El ejercicio del papel profesional está legalizado y cuenta con prestigio, especialmente el de médico

- El enfermo y su familia asumen por lo general un papel pasivo, desconociendo en gran parte toda la acción patológica y terapéutica.

El modelo popular participa de los dos modelos anteriores. Si bien algunos autores lo consideran exclusivamente patrimonio de la clase baja, señalamos que es común a cualquier clase social.

- Implica dos tipos de comportamientos o respuestas frente a la enfermedad, algo así como una división de lealtades al concurrir al médico y al curandero o bien con la recurrencia al curanderismo casero o la automedicación.

2.2 ¿Salud integral?

Para Luis Weinstein (1995: 29) parece no haber dudas de que el desarrollo enfrenta problemas, aunque no exista una conciencia de crisis.

Desde la perspectiva de que la salud pública participa de la problemática del desarrollo y de crisis, es que se plantea la opción por un cambio socio- cultural profundo, vertebrado en un trabajo en salud de alcances más amplios que los considerados en las delimitaciones sectoriales y disciplinarias actuales.

La propuesta involucra un "desarrollo" del concepto salud, un paso desde el velo utilizado muchas veces para apuntar a la ausencia de enfermedad, el "nada especial" del examen clínico, hacia una realidad llena de contenidos y de muchísima dimensiones

Inseparable de la temática del contenido, del "qué" de la salud, es el problema del "quién" los actores, los protagonistas.

"En la sociedad actual, se supone que quienes actúan, los responsables, son los que participan de las profesiones de la salud. El eje está en la medicina. En la orientación integradora, no puede plantearse un antagonismo salud- medicina, ni, incluso, una separación absoluta. Son campos colindantes e interpenetrados, en que el supuesto es que toda la población participa en salud, en la vida cotidiana, en los proyectos de acción social y cultural, y los profesionales, lo mismo que la atención médica, tienen un espacio de trabajo circunscrito".⁸

Lo **integral** alude, en este caso, a sobrepasar las dicotomías entre lo individual y lo social, lo físico y lo psíquico, la promoción, prevención, curación y rehabilitación, la medicina científica y la popular o propia de otras tradiciones, lo programable, lo flexible, abierto a la creatividad y el devenir.

Weinstein plantea que desde el ámbito antropológico, se sugiere, que el ser humano, al hacerse cargo de la realidad, tiene necesidades y capacidades. Existen necesidades y capacidades biológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales; todas relacionadas entre sí. A veces, los satisfactores de necesidades son capacidades; por ej. a la necesidad, al requerimiento, a la carencia de comunicación, al ser vulnerable a ese respecto, corresponde a la capacidad bio- psico- socio- espiritual de comunicarse.

El autor ha sugerido una lista de dimensiones de la salud, en un sentido positivo, no dogmático o definitivo, en la expresión de una determinada sistematización funcional a la idea- fuerza de asociar salud y desarrollo.

Se establece como capacidades o "rasgos" de salud, la capacidad vital de goce, de comunicación, de creatividad vital, de crítica y autocrítica, de autonomía, de solidaridad, de proyección e integración.

"La salud integral comprende un **"qué"**, en relación a las capacidades y necesidades humanas, de índole bio- psico- social, existencial, espiritual y ecológica. Es decir, las legitimadas en la cultura actual y también las propias del desarrollo humano potencial que afronta la crisis constitutiva, la intimidad de la conciencia y de la identidad (espiritualidad) y las relaciones ecológicas, en el sentido más amplio del término.

⁸ Weinstein Luis. El desarrollo de la salud y la salud del desarrollo. Ed. Nordan- Comunidad. Montevideo, Uruguay, 1995.

Una segunda dimensión es el **"para qué"**, que es el bien-estar de la cultura, teniendo asumido el mal-estar "inevitable", que no le atañe al ser humano modificar. Un bienestar que es bien-ser, que es dinámica entre el ser, el estar, el tener y el hacer.

La tercera dimensión es el **"quién"**. Quién es el que se responsabiliza, quién es el que desarrolla su salud. Es el ser humano en armonía con la naturaleza. No es sólo la sociedad, es también el individuo y el grupo, no solo las culturas asociadas al desarrollo dominante, son todas las expresiones de las capacidades y necesidades humanas orientadas según sus satisfactores específicos.

La cuarta dimensión es el **"dónde"**, en qué lugar se actualiza la salud. Lo hace en todos los componentes de la vida: en las vivencias y en la conducta. En la vida cotidiana, en el trabajo y en la acción social, en el juego, la contemplación, la organización y la vida crítica, en la acción ambiental y en el deporte.

La quinta dimensión es el **"cómo"**. En toda expresión humana está implícita la salud, la apropiación de la salud invita a la plena complementación de la autonomía y la participación, a desarrollar la salud propia junto con aportar a la salud del grupo, de la sociedad y del ambiente. El cómo es tan diverso como la vida, su condición es la integración, cuidarse uno y a los demás".⁹

Una cultura de la integración, deja espacio para la individualización, se apoya en la diversidad, asume la limitación humana y por ende, la experimentación, la necesidad es de asegurar la reversibilidad y el aprender de la práctica. La salud integral necesita de esta cultura de la integración, fundada en la equidad, para el ser humano.

En esta cultura se requiere, primero, de complementos y no oposiciones. La ciencia conjugada con la espiritualidad, a su vez, en consonancia con las dimensiones existenciales y ecológicas de la vida humana y con el ajuste adecuado entre la ética y la epistemología.

En segundo lugar, existe una exigencia de categorizar las diversas necesidades humanas de aproximación a la realidad, los distintos problemas a que ya se apuntaba con la distinción entre problema y misterio.

En tercer término, existen ideas-fuerza que, desde esta búsqueda de desarrollo de la salud, orientan las acciones educativas y transformadoras, las grandes dicotomías a

⁹ Weinstein Luis. El desarrollo de la salud y la salud del desarrollo. Ed. Nordan-Comunidad. Montevideo, Uruguay, 1995.

trascender, como la de lo individual y lo universal, lo creativo y lo seguro, lo focalizado y lo multidimensional, el desapego y el compromiso.

En cuarto lugar, la integración de vías de desarrollo humano en el sentido de la reflexión y lo intuitivo, lo estético, lo lúdico, lo corporal o lo social, que son las vertientes metodológicas de la formación- acción, el campo del desarrollo de la conciencia y la participación en el cambio cultural.

Ricardo Moragas (1976: 33) ha enfocado el tema dando una visión general del punto de vista que diversas disciplinas utilizan y viendo la importancia social que determinada concepción de salud ha tenido en cierto momento histórico y cómo esta aportación ha contribuido a elaborar la visión global de lo que representa la salud en el mundo contemporáneo.

Moragas intenta ofrecer un enfoque general, dando cuenta de siete concepciones de la salud. Tres de ellas son consideradas médicas: la somática- fisiológica, la psíquica y la sanitaria. Tres provienen de las ciencias sociales: la político- legal, la económica y la social. Y las de tipo ideal, donde ubica la definición de la OMS.

La somática- fisiológica, hace referencia a que si el organismo físico no posee alteraciones visibles, existe salud, y sólo cuando haya una alteración del soma existirá enfermedad.

La concepción psíquica tiene que ver con la problemática de la relación médico- paciente a la variabilidad de la personalidad del enfermo en el curso de su afección. Al campo de las alteraciones funcionales, psicósomáticas y al área psiquiátrica.

La concepción sanitaria pone énfasis no en la salud de un individuo concreto, sino en lo referente a lo colectivo, comunidades y otras agrupaciones.

La concepción política- legal forma parte de los enfoques no médicos, aportados por las ciencias sociales. Su eje es la consideración de la salud como un bien general que al llegar a contar con una tutela legal se transforma en un derecho para toda la población que los ciudadanos pueden exigir mantener, y que se apoya en una valoración social y política y en disposiciones legales. Los códigos penales recogen esta defensa de la salud o de la integridad física, al convertir en delitos los atentados contra la salud propia o ajena.

La concepción económica va adquiriendo creciente importancia con la consideración de los recursos humanos como factor esencial en los procesos productivos.

La concepción social de la salud recupera la importancia de ese ámbito en relación tanto con las afecciones físicas como con las psíquicas. En las últimas actúa a través de una causalidad directa, en las dos interviene a través de los procesos de identificación de la

enfermedad y selección del agente de salud correspondiente y en las diversas fases de los tratamientos. *Cada sociedad define de acuerdo con pautas culturales, lo que serán los límites, mas o menos definidos, entre salud y enfermedad, y establece expectativas con respecto a la conducta de los pacientes, lo que se ha llamado el rol del enfermo.* De acuerdo, también con los diversos roles sociales se establecen las normas grupales, desde las familias a la nación, acerca de que se considerará como salud y enfermedad "La presión grupal, junto a la personalidad del sujeto, influyen en su mayor o menor aceptación de la definición social de la enfermedad. Junto con la concepción económica de la salud, el auge del interés público por la salud ha llevado a la organización de grandes instituciones de seguridad social, de asistencia sanitaria, a la formalización de procesos planificadores y a la participación conjunta de terapeutas y pacientes en la discusión de los objetivos de la salud.

Por último, las definiciones de ideal se asocian muchas veces a la crítica de la civilización contemporánea, al entusiasmo por las sociedades de escaso desarrollo tecnológico. Aquí se afirma el valor de su aporte analizando la definición de la OMS por su condición de guía, de mecanismo de motivación para la acción transformadora" ¹⁰

2.3 Concepción Salud- enfermedad

Los orígenes del concepto enfermedad aparecen ya en las conceptualizaciones realizadas en la filosofía griega, aparece como *phatos*, que literalmente es padecer enfermarse.

En cambio el concepto de sano aparece a mediados del siglo X, etimológicamente sano quiere decir sensato, que esta en su juicio. En el siglo XI el término enfermo, cuando ya se desprende del concepto de *phatos* quiere decir que no es firme, derivado de *firmus*, *infirmus*, sin firmeza.

El concepto de enfermedad antecede y de alguna manera domina el concepto de salud, de tal forma que hace que uno de los términos eventualmente excluya al otro.

Incluso por mucho tiempo "salud" se definió como ausencia de enfermedad y viceversa. Antes del siglo XIII existía la enfermedad como padecimiento, pero existía con explicaciones que las más de las veces eran monocausales y que provenían específicamente de determinadas creencias. La enfermedad entonces era producto de

¹⁰ Weinstein Luis. El desarrollo de la salud y la salud del desarrollo. Ed. Nordan-Comunidad. Montevideo, Uruguay, 1995.

determinadas alteraciones que en definitiva se producían por la intervención de "figuras demoníacas o antirreligiosas".

La Salud es una construcción social, y en consecuencia ha sufrido diferentes modificaciones a lo largo de la historia.

En un primer momento, se concibe la Salud como ausencia de enfermedad. Esta concepción se vio modificada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) quien la define como "... *el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*" (OMS: 1946)

Posteriormente, Milton Terris (1980) señala que tanto la salud como la enfermedad tienen dos aspectos: subjetivo (sentirse bien o mal); objetivo (es el que afecta la capacidad de funcionar), criticando la definición de la OMS, y definiendo a la Salud como "*un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades*".

Actualmente hablamos desde una **concepción dinámica** planteada por Salleras Sanmaerti en 1988, siendo la Salud "*el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad*".

Concepto dinámico de la salud

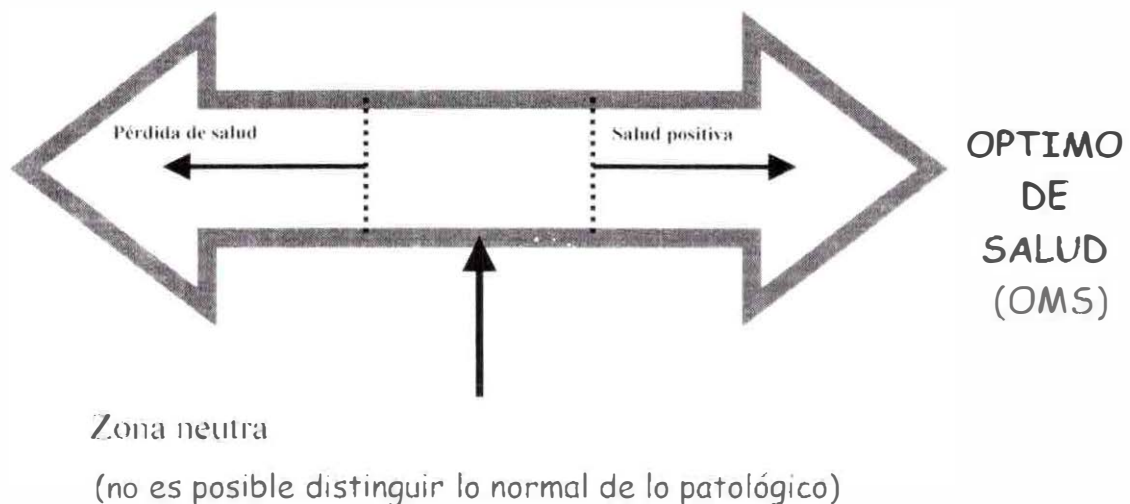


Fig. 1 Continuo Salud- Enfermedad: Correlación de aspectos subjetivos y objetivos

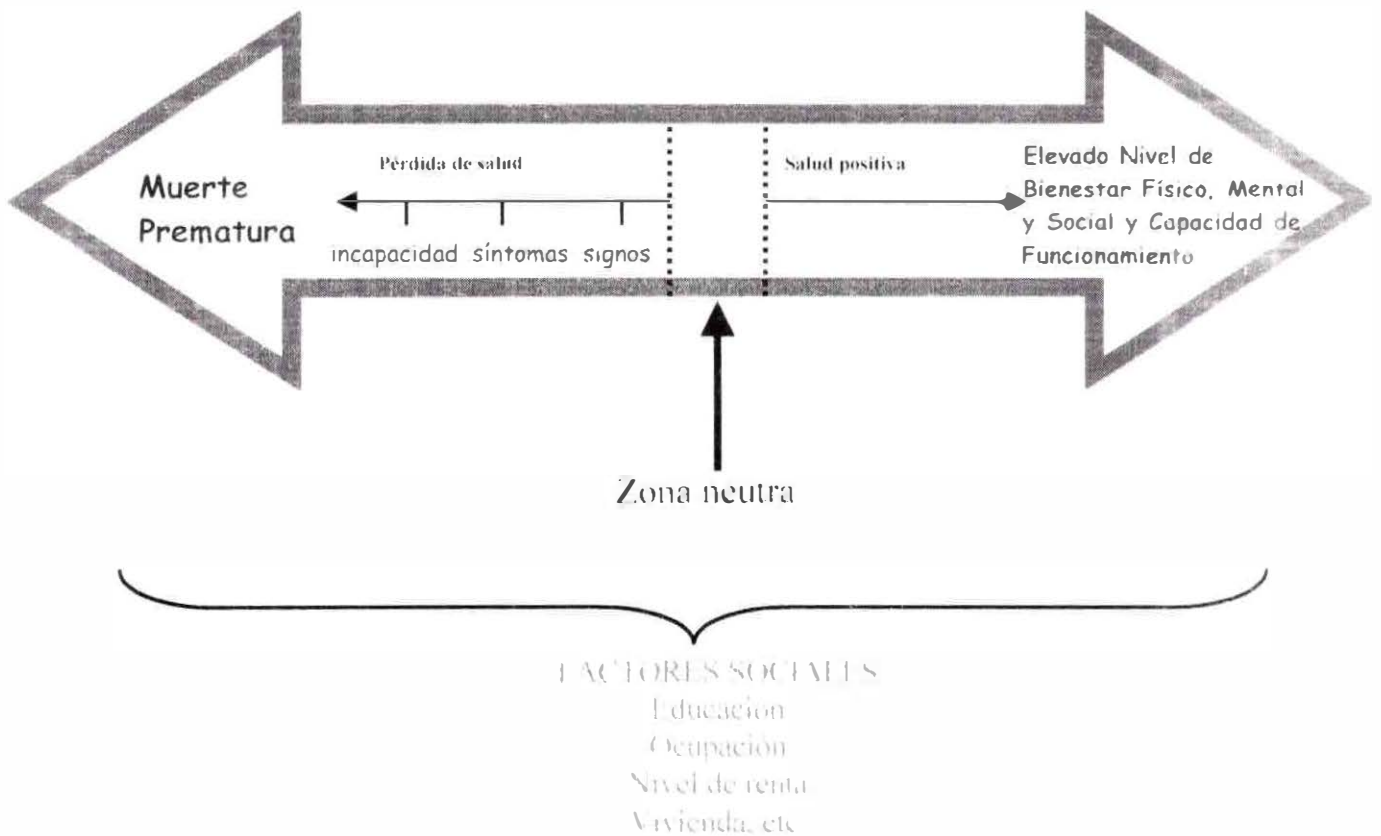


Fig. 2. El Continuo operativo Salud- Enfermedad

Para responder la demanda social del momento, referente a las nuevas causas de muerte, surge un modelo explicativo considerando la salud como un campo de problemáticas, constituida por diferentes *determinantes de la salud*. En 1973, cuando Laframboise propuso un marco conceptual para el campo de la salud, se diseñó un plan para las décadas de 1980 y de 1990. este enfoque más tarde conocido como "concepto de campo de salud" implica que *la salud está determinada por una variedad de factores*. Laframboise describe entonces cuatro determinantes: **biología humana** (refiere a la información genética de los sujetos y a los procesos de maduración y envejecimiento), **estilo de vida** (refiere a conductas de salud, hábitos), **medio ambiente** (entorno físico social, cultural y económico) y **el sistema sanitario** (instituciones que atienden las demandas y las necesidades vinculadas a la salud y enfermedad).

Estos determinantes son jerarquizados de diferente manera de acuerdo a su incidencia en los procesos de salud y enfermedad. Tanto el estilo de vida como medio ambiente, son los que tienen mayor incidencia y no se corresponden con la jerarquización establecida por el gobierno.

2.4 La Salud y sus determinantes

Para poder analizar la relación entre los factores de riesgo y el estado de salud y enfermedad es necesario contar con un marco de referencia de la salud y sus determinantes, el cual deberá ser integral y operativo desde el punto de vista de una política sanitaria.

El modelo epidemiológico tradicional de enfermedad tiene tres componentes: **Agente, huésped y medio ambiente**. Por agente se entiende organismos infecciosos, agentes físicos, alérgenos, agentes químicos, y excesos y deficiencias en la dieta. Los factores huésped son elementos intrínsecos que afectan la susceptibilidad del individuo al agente. Los factores ambientales son entes extrínsecos que afectan la exposición del huésped al agente. La interacción de los factores en cada una de estas categorías produce la enfermedad. Una modificación en cualquiera de las tres afectará el equilibrio existente, aumentando o disminuyendo la frecuencia de la enfermedad.

En 1974 Blum propuso un modelo de "ambiente de salud" que luego se llamó "campo causal y paradigmas de bienestar en la salud". En 1976 basándose en el modelo de Laframboise y Lalonde, Dever lo presentó como "Modelo epidemiológico para el análisis de una política sanitaria".

Blum plantea que los cuatro factores se relacionan y se modifican entre sí mediante un círculo envolvente formado por la población, los sistemas culturales, la salud mental, el equilibrio ecológico, y los recursos naturales. Contrariamente, Lalonde y Dever sostienen que los cuatro factores son igualmente importantes, de modo que para lograr un estado de salud es necesario que los mismos estén en equilibrio. "La cuestión importante es resolver es cómo operan estos cuatro factores en el caso de enfermedades específicas o alternativamente, cómo funcionan en ausencia de la enfermedad (es decir, en estado de salud).

Otro concepto de relevancia es el de **campo de salud**, siendo el encuadre teórico que permite hacer un análisis bio- psico- social del estado de salud o de enfermedad. Que a una persona le ocurra un hecho determinado en una etapa en particular de su vida depende de varios factores: estilo de vida, medio ambiente, factores biológicos y sistema de atención de salud. La sociedad tiene la posibilidad de reducir sustancialmente y en algunos casos, erradicar los mayores factores de lesión y muerte en cada etapa de la vida.

mediante la acción concentrada de todos los elementos en el campo de la salud. La prevención y el tratamiento son tan necesarios como la promoción de la salud"¹¹

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en 1978 en Alma Ata (Kazajstán), en la antigua URSS, supuso un potencial avance mundial en los derechos sobre la salud. En la Conferencia, apadrinada por la OMS y UNICEF, participaron Ministros de Salud de más de 100 países. Virtualmente todas las Naciones representadas se comprometieron con el objetivo «Salud para Todos en el Año 2000». Además, ratificaron la amplia definición de la OMS de la Salud como *un estado de completo bienestar físico, mental y social*. Todo esto fue enunciado en la Declaración de Alma-Ata¹², de 1978, en donde los países miembros de la OMS se comprometieron con el lema **"Salud para todos en el Año 2000"**. El principio rector de todos los Departamentos de salud locales, estatales, provinciales, regionales y nacionales, es lograr esta meta de la manera más completa y rápida posible.

Para lograr el esperanzado objetivo de Salud para Todos, las naciones del mundo y las principales agencias financieras se comprometieron a trabajar por la cobertura de las necesidades básicas de la población con un planteamiento integral y progresista denominado **Atención Primaria de Salud (APS)**. Pone énfasis en la estrecha relación entre salud y desarrollo en los sectores más empobrecidos de la comunidad, apuntando no solo a abastecer a los servicios de salud, sino afrontar también las causas fundamentales, sociales, económicas y políticas de la falta de salud. Por lo anteriormente explicitado debemos tener en cuenta las fuertes implicancias socio-políticas que presenta la estrategia

La estrategia consta de tres niveles de atención: *atención primaria* (policlinicas barriales) donde el énfasis estaría puesto en la prevención primaria (prevención y promoción de salud); *atención secundaria* (hospitales generales), privilegiando las acciones en prevención secundaria (diagnóstico precoz y tratamiento oportuno), y por último el tercer nivel de atención (hospitales especializados), privilegiando el tercer nivel de prevención (rehabilitación y cuidados paliativos).

Cabe destacar que la estrategia apunta a una articulación e interrelación entre los tres niveles de atención y los tres niveles de prevención.

¹¹ Dever Alan. Epidemiología y administración de servicios de salud. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la salud. 1992

¹² El documento en su totalidad se encuentra a disposición en el anexo V del presente trabajo

La **prevención** es definida por Gerald Caplan, (1964), como "*una acción integral, con tres niveles de intervención, articulados y simultáneos*".¹³

El autor plantea la idea de que las situaciones de cambio social pueden ser conducentes a la enfermedad, entonces plantea que la prevención debe ser una política en materia de salud, para ello se requiere cierta estabilidad y continuidad político- institucional.

Entonces dirá que no se puede aplicar un diseño de acción social, concebido en una sociedad y tratar de imponerlo en otra, ya que ello conlleva un significativo riesgo.

El sistema neoliberal contemporáneo, quien sostiene la competencia, eficacia, la productividad, la satisfacción de las preferencias en lugar de las necesidades individualidad, hizo de la salud una mercancía donde solo algunos pueden acceder. *La libertad significa adhesión y sometimiento al mercado*".¹⁴

Surge como propuesta ante este sistema neoliberal, el planteo realizado por Max Neef en "Desarrollo a Escala Humana" que se basa en la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales. Este desarrollo se refiere a las personas y no a los objetos. El mejor proceso de desarrollo será aquel que permita elevar más la calidad de vida de las personas, y ésta dependerá de las necesidades.

Estas necesidades humanas son finitas, son las mismas en toda la cultura lo que cambia en cada cultura es cómo se satisfacen. Cuando una necesidad humana no es satisfecha se habla de "pobreza" humana.

Las necesidades no solo son carencias sino también y simultáneamente potencialidades humanas individuales y colectivas.

Cuando se asume la necesidad solo como carencia se restringe su campo sólo a lo fisiológico que es precisamente el campo donde una necesidad se asume con mayor fuerza como "la falta de algo" pero cuando las necesidades comprometen, motivan y movilizan a las personas, son potencialidades. Por ejemplo Necesidad de participar potencial de participación y Necesidad de libertad potencial de autonomía.

El autor clasifica las necesidades humanas según categorías existenciales y categorías axiológicas. En las primeras define las necesidades de Ser, Tener, Hacer y Estar y las axiológicas en necesidades de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad. La complementariedad e interrelación entre estas categorías permite determinar los satisfactores o formas de satisfacer una o varias necesidades. Una necesidad puede tener varios satisfactores y son estos los que

¹³ Moise, M. Prevención y psicoanálisis. 1999.

¹⁴ Rebellato, J. L. "La encrucijada de la ética". Ed. Nordan, Mdeo. 1995.

determinan el grado de desarrollo en diferentes culturas y regiones. La satisfacción de las necesidades humanas significa entonces autodependencia y participación a nivel personal y colectivo, que conlleva a mejorar la calidad de vida y por ende a generar desarrollo humano.

La satisfacción de necesidades se da en un proceso dialéctico, se satisfacen de manera continua y renovada. Dado que el medio para satisfacer dichas necesidades es a través de los satisfactores, entiende a éstos como formas de tener, ser, hacer y estar de carácter individual y colectivo, conducentes a la actualización de necesidades. Mientras que define a los bienes económicos como objetos y artefactos que permiten afectar la eficiencia de un satisfactor, ya sea en sentido positivo o negativo.

Los satisfactores se clasifican en cinco tipos: violadores o destructores, pseudosatisfactores, satisfactores inhibidores, singulares y sinérgicos. Los primeros cuatro son exógenos impuestos de forma vertical y el último es endógeno ya que es impulsado de abajo hacia arriba, es decir, los impulsa la comunidad.

2.5 Concepto de Desarrollo Humano

El desarrollo debe entenderse como un proceso de transformación que persigue el mejoramiento de las condiciones de vida para lograr mejor calidad de vida y alcanzar mantener la dignidad de la persona humana en la sociedad. Esta transformación exige la participación de la población.

"El desarrollo se inicia con la identificación de las necesidades humanas y su objetivo final será humanizar y dignificar al ser humano a través de la satisfacción de sus necesidades de expresión, creatividad, participación, igualdad de condiciones de convivencia, y autodeterminación, entre otras. En esta forma el desarrollo está íntimamente ligado con las oportunidades de autorrealización de las personas como individuos o como grupos"¹⁵

Como el desarrollo implica satisfacción de necesidades, muchos investigadores del área biológica, psicológica y social, se han preocupado por el estudio de éstas. En el artículo Calidad de Vida y Desarrollo de la Vejez (Ps Zemirower, N.P. y otro, 1992), los autores psicólogo y médico, exponen que los tres componentes del desarrollo humano siguen siendo la longevidad (esperanza de vida), el conocimiento (la educación) y los niveles de vida decentes (ingresos). El desarrollo humano, según estos autores, no se puede realizar si no hay vida y salud. Las personas no solo desean vivir y poder desarrollarse, también anhelan tener conocimientos y una vida decente, la cual no este

¹⁵ Maya Luz Elena. Los estilos de vida saludables. Componentes de la calidad e vida. MSP 1997

permanentemente sujeta a situación de pobreza extrema y de preocupaciones constantes en relación con la subsistencia. Los investigadores sociales, han establecido otras categorías de necesidades, definiéndolas como: de existencia, de relacionamiento de crecimiento, físicas, sociales, culturales, políticas, de subsistencia y de formación humana. Es así como el desarrollo a escala humana implica compromiso generalizado de todos los sectores: político, económico, religioso, social, cultural, individual, colectivo, etc. Neugarten (1974) expresaba que la satisfacción de vida contiene: la satisfacción en las actividades diarias, el significado de la vida individual y colectivo, haciéndose responsable de la misma; la percepción de logro de metas de vida, la autoimagen y la actitud hacia la vida. Sin embargo, para San Martín y Pastor (1988) es la respuesta a una interrelación de estímulos a nivel individual y social en un ambiente total.

Conjugamos las dos definiciones anteriores y lo objetivo - subjetivo con lo individual y colectivo, con la definición de **calidad de vida** que hace la psicóloga Rocio Fernández Ballesteros, en la cual globaliza la participación de factores personales y socio ambientales para alcanzar una satisfacción de necesidades que origine calidad de vida y por consiguiente desarrollo. Entre los factores personales, la autora incluye la salud, el ocio, las relaciones sociales, las habilidades funcionales y la satisfacción de necesidades. Entre los segundos las condiciones económicas, servicios de salud y sociales, calidad del ambiente, factores culturales y apoyo social. Unos y otros, por su naturaleza física, social o ideológica, determinan estilos de vida individuales y colectivos. Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico (Bibeau y col 1985).

En lo *material*, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido. En lo *social*, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones. En el plano *ideológico*, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

Desde esta perspectiva integral, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del *proceso de desarrollo* que como fue expuesto es *dignificar la persona humana en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar*. Los estilos de vida se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico pero no la salud como bienestar bio- psico- social espiritual y como componente de la calidad

de vida. En este sentido se definen como **Estilos de Vida Saludables** a los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

Los estilos de vida son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

Algunos de los factores protectores o estilos de vida saludables, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes bio- psico- sociales- espirituales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano, podrían ser: Tener sentido de vida, objetivos y plan de acción; mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad; mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender; brindar afecto y mantener la integración social y familiar; tener satisfacción con la vida, promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación; capacidad de autocuidado, seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes; ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio, comunicación y participación a nivel familiar y social; accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos y seguridad económica.

La estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludables es en un solo término el compromiso individual y social convencidos de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona.

Destacamos por su importancia el concepto de **Desarrollo Humano**, que implica el mejorar la participación de la población en las instancias de decisión que afectan su vida y fortalecer la cooperación, la equidad, la sustentabilidad y las posibilidades concretas de incrementar su potencial con mayores niveles de conocimiento, para lograr su inserción a los procesos de desarrollo y a los frutos que éste genera en igualdad de condiciones.

Uno de los propósitos fundamentales del Desarrollo a Escala Humana es que el estado estimule los procesos endógenos. Esto estimularía la educación, la participación, la conciencia crítica y la creatividad.

Conjuntamente a este propósito, Weinstein plantea el concepto **integral** de salud. Apunta a la salud como una *meta colectiva* donde debería de llevarse a cabo por el Movimiento

Socialista. Siendo relevante su concepción referente a la *autogestión*, la que implica autoformación, creatividad, comunicación, solidaridad, complementación.

Estas ideas se complementan además con el "Modelo Antropológico Alternativo"¹⁶ que plantea el respeto y validez por el saber colectivo que implica una estrategia popular; rescata lo afectivo como parte de la salud; la importancia al medio familiar o comunal como potencial del primer nivel real de atención; apropiación del saber y prácticas médicas y normalización de las mismas por parte de la población; predominio de relaciones basadas en la solidaridad más que en la transacción; necesidad de cuestionamiento institucional y control del mismo a partir de la participación popular.

Otro concepto que creemos pertinente que hace a este lineamiento, es el de Participación "*... proceso social a través del cual los distintos sectores de la población en función de sus propios intereses intervienen directamente o por medio de sus organizaciones en la marcha de los distintos aspectos de la vida colectiva*"¹⁷

Hasta hace poco tiempo, la preocupación de los estados y de la sociedad estuvo centrada en la enfermedad y las maneras de cómo atenderla, razón por la cual un alto porcentaje de los recursos humanos y financieros del sector fueron dirigidos hacia los hospitales y centros de atención.

En la actualidad como resultado de la trayectoria histórica por la que ha pasado la salud, podemos notar cambios de relativa importancia en las concepciones anteriores, que se reflejan en el mayor énfasis puesto en la salud, tomando en consideración los comportamientos y los estilos de vida individuales y colectivos que de ellos se desprenden.

"Si deseamos mejorar el nivel de salud de la población de nuestro país, es necesario establecer un reordenamiento de las actuales prioridades de la atención de la salud poniendo mayor énfasis en la prevención de las enfermedades y en la promoción de la salud"¹⁸

Es necesario que los administradores de salud participen de este esfuerzo con una mayor comprensión de los problemas de salud que presentan los pacientes y ampliando sus actividades dentro de la comunidad o población objetivo.

¹⁵ Menéndez E. "El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos" Rev. Desarrollo Económico Vol. 24 n° 96, 1985

¹⁷ Velásquez V. "Lineas conceptuales para el análisis de la situación ciudadana" Ponencias centrales del Taller Nacional "Movimientos sociales y participación comunitaria" Colombia 1986

¹⁸ Levee Alan. Epidemiología y administración de servicios de salud. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la salud. 1992.

"Los administradores de la salud deben extender sus servicios a la comunidad de manera de atender no solo a los pacientes que se acercan a la consulta sino también a aquellos en **situación de riesgo** en virtud del medio ambiente, el estilo de vida o la herencia. El objetivo de los administradores de salud debe ser la salud de la comunidad en su totalidad y de sus miembros individualmente ofreciéndoles programas preventivos" ¹⁹

Toda la carga que representa mejorar la práctica de la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud no puede descansar sobre la institución o los profesionales médicos en su conjunto. Es necesario ampliar el mercado de promoción de la salud de manera que la gente comience a hacerse más responsable del cuidado de su propia salud.

A su vez Dever (1992: 223) plantea que la interacción entre los profesionales de la salud y sus pacientes no ocurre dentro de un vacío sino dentro de una organización que está a su vez rodeada y modificada por factores sociales y culturales.

Por lo tanto, la utilización de los servicios de salud se ve influenciada por elementos socioculturales y de organización, así como por factores relativos al consumidor y relativos a los profesionales de la salud.

Los factores socioculturales que determinan la utilización de los servicios de salud incluyen tecnología y valores.

La tecnología ejerce su influencia sobre la utilización de los servicios en algunos casos baja el nivel de enfermedad o limita la necesidad de atención médica.

Esta tecnología ha sido diseñada para compensar los efectos discapacitantes de ciertas enfermedades para lo cual la medicina no puede dar una respuesta adecuada; en otras palabras, para "compensar los efectos de la enfermedad" o demorar la muerte.

Los valores sociales también ejercen su influencia sobre la utilización de los servicios de salud.

La segunda categoría de factores determinantes de la utilización de los servicios de salud incluyen "las estructuras y procesos propios de la organización de la atención médica que rodean y afectan al proceso de atención médica" (la interacción paciente- profesional). Estos factores organizativos comprenden: la disponibilidad de recursos, la accesibilidad geográfica, la accesibilidad social, las características de la estructura (organización formal) y el proceso de prestación de servicios.

¹⁹⁾ Dever, Alan. Epidemiología y administración de servicios de salud. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 1992.

La disponibilidad refiere a la relación entre el volumen y tipo de recursos existentes con los recursos necesarios para satisfacer las necesidades de atención sanitaria de la población.

Se considera que un recurso está disponible cuando existe o es posible obtenerlo sin considerar cuán fácil o difícil resulta su utilización. La disponibilidad de recursos necesariamente determina su utilización; se puede utilizar un servicio solamente si este está disponible.

Se considera que la accesibilidad se refiere a las características del recurso que facilitan o impiden la utilización del mismo por parte de sus potenciales usuarios. Dos de estos factores, la accesibilidad geográfica y la accesibilidad temporal están estrechamente relacionados.

Cuanto más seria resulte la enfermedad o desorden y cuanto más sofisticado o especializado sea el recurso o servicio, menos importantes o estrecha será la relación entre accesibilidad geográfica y volumen de servicios utilizados.

La accesibilidad social puede ser dividida en dos dimensiones: la aceptabilidad y la posibilidad de pagarlos (capacidad económica). La aceptabilidad se refiere a los factores psicológicos, sociales y culturales y la posibilidad de pagarlos a factores económicos.

Penchansky y Thomas (1981: 129) definen la aceptabilidad como "la relación entre las actitudes de los usuarios respecto de las características y prácticas del personal de la salud con las características del personal que efectivamente presta el servicio así como las actitudes de los profesionales hacia los usuarios". La utilización de los servicios resulta de una interacción entre consumidores y profesionales de la salud dentro de una organización social. Muchas de las características y atributos de los usuarios están relacionados con su utilización. El nivel de enfermedad o necesidad de atención médica es sin duda uno solo. Otros autores incluyen entre los indicadores de necesidad de atención al nivel de *movilidad, los síntomas percibidos de enfermedad, la limitación crónica de la actividad, y el diagnóstico*.

La percepción de la enfermedad o de la probabilidad de que ocurra es casi siempre un factor necesario para la utilización de los servicios de salud. Dentro de los factores determinantes de la utilización se incluyen lo que ellos llaman factores posibilitantes. Entre ellos, las variables relacionadas con la familia, tales como ingresos, seguro de salud, tipo y acceso a las fuentes regulares de atención y también a los factores relacionados con la comunidad, como la disponibilidad de atención, el precio de los servicios de salud, la región del país en la que éstos se realizan y el carácter urbano o rural de los mismos.

Las variables demográficas incluyen edad, sexo, raza factores étnicos, estado civil y nivel socioeconómico (educación, ocupación, ingreso)

Los distintos individuos tienen una **percepción** diferente de los síntomas de la enfermedad que los afecta. Es lógico pensar que las distintas personas se comportarán de manera diferente al recurrir a la atención médica según sea su percepción del problema. Algunos individuos pueden actuar sobre un grupo de problemas en tanto otros eligen desatenderlos o no actuar sobre ellos. *Además de la percepción de la enfermedad las actitudes o creencias respecto de la atención médica, los profesionales o las enfermedades determinan el modo de utilización.*

La última categoría de determinantes de la utilización de los servicios de salud está constituida por los factores relacionados con los profesionales de las salud, especialmente el médico

Los usuarios de los servicios no tienen verdadera conciencia de la magnitud de sus necesidades o la definición de necesidad es diferente según el punto de vista del profesional o el del usuario

Los usuarios a menudo no pueden evaluar qué profesional puede ofrecer "mejor" servicio o qué sustitutos se le pueden ofrecer

La aparición de una enfermedad en un momento dado es un fenómeno aleatorio involuntario a menudo de carácter urgente. Debido a esto y al hecho de que no se sabe qué beneficios resultarán de la utilización de los servicios antes del tratamiento, los consumidores no pueden tomar decisiones "racionales" respecto de la utilización de los servicios

La mayoría de los tratamientos requieren la aceptación por parte del paciente.

"El entorno en el que trabajan los médicos también afecta su actividad profesional, es sabido que las normas y reglamentaciones ejercen influencia sobre su conducta. Finalmente, otros factores tales como número y calidad del personal auxiliar, equipos y utilización de innovaciones tecnológicas están estrechamente relacionados con la conducta del profesional"²⁰

²⁰ Dever Alan Epidemiología y administración de servicios de salud Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la salud 1992

Capítulo III

De la Subjetividad a la objetividad de la temática en estudio: La voz de los actores intervinientes a partir de la técnica de historias de vida breve.

Debemos mencionar, en primera instancia, que la muestra seleccionada se vio reducida por el hecho de que en el momento de la realización de las entrevistas se obtuvo una negativa explícita por parte de algunos de los entrevistados. Creemos que esta dificultad corresponde en parte a que este estudio se realizó en una ciudad del interior donde "todos nos conocemos" y por otro, el encuentro hacia a que se hablara de una enfermedad que es difícil de compartir.

Organización de Datos: se transcribieron todas las entrevistas. Después de cada entrevista se redactaron notas sobre la entrevista incluyendo las nuevas preguntas realizadas y señalando aquellas que fueron omitidas.

Los nombres que figuran en la selección de testimonios que aparecen en el desarrollo del trabajo son ficticios de forma de preservar la identidad de las personas entrevistadas

3.1 Análisis de Datos

En primer lugar se debe destacar que para dar comienzo al análisis, se distribuyeron las variables en tres categorías de investigación, ya que este proceso requiere comparar temas comunes y buscar relaciones entre los conceptos.

Las categorías son:

- Concepción de la enfermedad
- Percepción de la enfermedad
- Opinión de la enfermedad

También es importante tener en cuenta que esta distribución de las variables y su respectivo análisis hacen referencia al conjunto de variables seleccionadas de las entrevistas a pacientes diabéticos y sus familiares.

Concepción

Dentro de esta área se encuentran agrupadas las variables que tienen que ver con los sentimientos que provoca (pasados y actuales) padecer dicha enfermedad complicaciones físicas y/o emocionales (cambios de humor), y sexualidad. Variables que

se deben considerar a la hora de definir la acción y efecto de concebir una vida con dicha patología

1 ¿Como se siente en gral. con la enfermedad?- sentimientos pasado y actuales que le provoca padecer esta enfermedad ?

*-"Frustración agobiado, a través de los años es peor. miedo me va a pasar lo mismo que tulano"
Antes apoyo no- tenía mucho y era el de mi madre nomás y económicamente también a mi los doctores siempre me decían lo que me podía pasar y yo decía no a mi no me va a pasar, total de algo hay que morir ,pero con el paso de los años uno se da cuenta y si hubiese hecho esto ahora la visión la tendría Siempre la negué" **Norberto***

-"rabia bronca porque a mi, nunca lo asumí Cuando era chica la inconsciencia nunca lo asumí como nunca lo asumió nadie en mi familia , era una niña totalmente sana, lo mas grave que tuve era un resfrío. En su momento pasaba, yo empecé con todos los síntomas me llevaron a la pediatra y dijo que era una vaga que era la adolescencia que era cosa mía, no me mando a ser análisis ni nada A la semana hice un coma de 4 gr pico, en un primer momento yo pensaba que era algo que iba a pasar nunca supe realmente que era que me pasaba

"Siempre fui de mal comer, abundante grasas, fue difícil porque yo no me acuerdo de que haya habido un control me compraban verduras, frutas fiambres, pero no me acuerdo sinceramente yo lo que siento es que de mi infancia borre etapas, las borre mentalmente, no me acuerdo, no se si paso el hecho de estar controlada, dietas supongo que mis padres deberían estar preocupados y todo lo demás" "Hay momentos que me entra la psicosis, cuando me acuesto muchas veces pienso en los riñones, en los pies, pero en general bien Como no he tenido un desajuste grande no me doy cuenta pero tampoco quiero ir al medico para que me diga nada ando disparando"

Beatriz

-"Es difícil, muy difícil, como uno esta totalmente metido en esto, capaz que no puede dimensionar ciertas cosas. Ultimamente yo creo que actué como un robot, es todo por reflejo, a una hora tal cosa a otra tal otra, inyecciones, higiene varias veces según la situación (usa pañales) y por su propia diabetes sufre diarreas frecuentes y además hay que ser muy cuidadosa con la ingesta de alimentos, porque como no los digiere normalmente, por mas que se conserve la dieta y como esta siempre en cama, tiene dos por tres vómitos, acidez, etc

Por supuesto que uno vuelca todo su amor en poder atender al paciente, sino no se puede sobrellevar esto así porque si Hemos hablado muchas veces con mis hijos de todo esto, pero creo que si bien estamos muy informados y habíamos tenido experiencia con la mamá de mi esposo nunca uno piensa que va a ver al otro ser tan deteriorado y eso duele mucho

Además uno pasa a desempeñar roles diferentes por ejemplo de esposa pasa a ser madre"

Milagros

2 ¿ Como se siente físicamente? ¿Padece de complicaciones en la visión, cardiopatía, insuficiencia renal, etc.?

"En el pie me salio como un honguito en el dedo hace 8 años agarro infección seguia igual, se enteraron que yo hacia todo me ponía un chancleta y me iba a hacer los mandados, no hay uno que siempre cuente y me agarraron y me internaron 23 dias sali igual
Yo te voy a decir la verdad, no fue el doctor, yo fui a un medico ahi a Rivera ahi me opero sin cortar y desde ahi no estuve mas sentada ya me estaban por cortar el pie y en dos meses salvo todo curándome me salio el hueso por el agujero, ah yo tenia coraje me curaba nomás
Había tomado hasta agua de Querétaro que en aquel tiempo era el tal sacrificio comprarla
Ahora me cuido cantidad, me baño y me pongo doctor Selby, me separo cada dedo con un algodón y me lo vendo" **Adriana**

"La vista, fijate que no veo, la visión mismo ya te lleva a sentirte insegura para caminar para andar para desplazarte y hacerte las cosas, para todo Vista debo llevar unos tres años, diálisis va a hacer un año en marzo, incluso entre a diálisis sin saber mucho lo que era y después que estaba adentro pero no había otra opción, porque cuando fui ya estaba muy hinchada, horrible, tenia una hinchazón tremenda, me costo mucho recuperarme, tuve un mes y medio internada, no queria comer, estaba anémica, no habia forma de que yo pudiera tragar la comida pero gracias a dios estoy mejor con la ayuda mucho de mi familia
Me hago diálisis 3 veces por semana cuatro horas, hay que tener constancia yo no he faltado nunca porque ahora como que he tomado mucha conciencia de lo que es la enfermedad ya que me ha tocado a mi pero hay compañeras que faltan pero les hacen mal porque después pasan mal" **Griselda**

"Yo tengo, ahora un lente intraocular, porque yo en un momento veía a la gente de la cintura para abajo, pero de la cintura para arriba no los veía, siempre vea como algo sucio que no era transparente
Afectado la parte física, se pierde la vida social, yo nunca entendi en mi caso el hecho de que después de que me operaron no quiso nunca mas salir de casa, ni ver conocidos nunca lo acepte a eso
Yo decía que posiblemente porque todo cerro, no es que uno no quiera salir es que trabajaba y me jubilaron, tuve las operaciones, es como entrar en un pozo no se porque me costaba ser conocidos, nunca entendi eso, porque ver conocidos me afectaba tanto

La gente se aleja porque si, no por mi, la gente no viene porque ellos no quieren venir, no porque yo los quiera o no ver, son ellos los que se deben hacer cargo de si nos vemos o no nos vemos

Dardo

3 ¿Tiene cambios en el humor?

- "Cambia uno por cualquier bobadita, A veces me molestan hasta los nietos, los amo, los adoro pero me sacan" " Si yo no hablo es porque estoy mal" **Analia**

- "Si lo noto y mas ahora, soy muy temperamental no me puedo controlar tanto como antes"

Micaela

"Humor cambia, cambia tu lo podes ver totalmente dócil y amable como lo podes ver totalmente agresivo o aislado"

¿Agresividad pareja o en gral? "La agresividad que el manifiesta por lo pronto es general, y yo lo llamo parte de la agresividad, eso de que se aísla del mundo, eso para mí es una agresividad porque cuando tu entras a ignorar el resto ya es una agresión tanto para ti como para el resto de la familia, cuando tu entraste en eso de que estoy acá pero estoy como una cosa ya eso para mí es un terrible agresión hacia el y hacia el resto de las personas"

No se, lo que ha pasado en los últimos años lo noto aislado, muy aislado, el como que no tiene amigos, no integra determinados grupos, como que hay momentos que no te da pelota a mucha cosa, por no decir a nada

El paso por una angustia terrible hace 4 o 5 años atrás, que estuvo imponente, de ahí a ahora a mejorado, pero vos siempre tienes el miedo a la reincidencia, como que siempre estas expectante a ver que es lo que pasa, como que recién ahora esa intentando insertarse de vuelta, no se si tanto en la sociedad sino en su vida misma, como que recién ahora esta intentando hacer cosas de incentivarse para hacer, me voy a poner una meta cortita y la voy hacer pero como que recién ahora, te estoy hablando de 2 años para acá, un año y medio para acá, como que esta volviendo a empezar **Celeste**

" Todavía hoy hay problemas emocionales que no he superado, son difíciles de llevar, vos decís bueno con todo lo que se y lo que hago voy a llegar, no se si ponerte un plazo en gral, yo cuando empecé con la diabetes dije bueno hasta los 40 años probablemente llegue bien, tenía 15 llegar a los 40 era un disparate, hoy casi a los 43 años no tengo grandes problemas, (por lo menos los que se vean apunta riendo) no hay demasiada alteración, yo pienso que 20 años mas psicológicamente 20 años mas no va haber problema, Te digo que hay momentos en que se baja el platón, porque te enfermas, por distintas causas, te agarras una gripe, te lastimas un pie y todo

el mundo pone el grito en el cielo porque te lastimaste un pie, yo no me asusto, hoy no me asusto como quizás se asustaban antes, hasta quizás un médico se asusta, porque ya lo conozco se más o menos a que nivel de cuidado estoy, pero siempre queda esa duda

¿Que pesa más? Ah!!!! Lo emocional, los estados de ánimo cuando estas nervioso las angustias o otras alteraciones emocionales eso te influye tanto en el nivel de glicemia no tanto al bajar si no al subir si siempre

Y una cosa que no se si mucha gente lo sabe es que el aumento de la glicemia te lleva a cambios de humor, irritación y cuando hay hipoglicemia también, pero ese es otro mecanismo" **Efrain**

4 Con respecto a la sexualidad ¿padece de disfunción sexual?

"Uno no dice nada, y todo se termina. Se habla poco (con la pareja) pero me comprende, el tampoco entiende mucho, es por falta de información

Sobre eso me gustaria saber mas" **Analia**

"Si hay disfunción, mi marido no entiende tampoco en este aspecto, no llega a entender como incide la diabetes en la vida de uno, perder de pronto el deseo y de no ser comprendida tampoco soy consciente de que tengo una persona al lado que tiene deseos y necesidades que obviamente las tiene que llevar a cabo y bueno a veces a sido para mi un poco doloroso"

No tengo miedo perder a mi marido por eso porque si para el es mas importante va a ser su problema y no el mio..." no me doleria me ayuda mi carácter y el hecho de hacerme valorar en otros aspectos de la vida mas que en eso por que a veces uno debe de renunciar a ser mujer primero soy madre y luego mujer, siempre e tratado de mantener esta linea"

"Es machista mas que egoista, prima el machismo... que le vas a hacer es una realidad que uno tiene que asumir y bueno" "El matrimonio se compone de pequeñas grandes cosas, en mi caso prima primero el amor, yo por amor lo haria, tal vez el no esta capacitado para ayudarme yo por amor lo haria" **Micaela**

- "cuando tuvo la diabetes altísima se preocupó por impotencia momentánea, en mi caso esa vez y nada mas era cuando dejo de ver y todos los síntomas, nosotros hablamos mucho y buscamos el porque hay un problema de salud, agotamiento, estrés, etc. Pasa por el dialogo por la educación por la disposición entonces si un hombre es impotente y no tiene un dialogo con la mujer la cosas se distorsionan" **Silvana**

Percepción

Esta área comprende las variables discriminación, perjuicio, apoyo familiar y la relación médico- paciente, que abarcan la manera que se tiene de recibir las impresiones desde el exterior

5 ¿Piensa que se discrimina a las personas con diabetes? ¿Ud. se discrimina?

- "Yo pienso que sí, me he dado cuenta. Pienso que no más a la gente que tiene diabetes sino como yo, que quede ciego, al diabético no, yo seguí con mi curso normal, nadie nunca me dijo de **no tomar mate** fue lo mismo

¿En lo Laboral? "estoy en ese lugar por tener la enfermedad, yo prefiero tener buena salud y hacer cualquier otro trabajo que estar así. Yo empecé trabajando en los baños, quede para las cuadrillas y dos por tres me tenían que traer por los bajones, estaba trabajando y por hacer tanto esfuerzo físico me venían bajones. Muchas veces los compañeros no sabían y me traían así como estaba y había que llamar a (mutualista). Sabían y yo siempre llevaba cosas pero cuando quería ver ya me había dado el hajón, ya era tarde

Hay gente, compañeros que lo dan a entender así, como el director mío que me echó en cara que yo estaba trabajando gracias a él y yo pienso que no, yo tengo que no veo pero yo pongo voluntad para trabajar, yo en el año no falte un día, no tuve un día de médico, hay gente que ve y va y hace lo mismo que yo, está seritado, pienso que no es una ganancia para mí

Primero me dijo que un 2% de los funcionarios podían trabajar como discapacitados, dice que es una ley, eso me dijo cuando me llamo para el trabajo que hago ahora y ahora me dijo que gracias a él y una compañera yo estoy trabajando y yo como que me sentí mal, no era lo que yo esperaba, no es un favor **Norberto**

"Yo voy a todos lados como que no tengo nada" **Adriana**

6 ¿Te perjudica tener esta enfermedad? ¿en que?

- "Creo que sí, en muchos factores tanto en lo físico en lo emocional, es una enfermedad que interfiere en el estado emocional en la persona y pienso que por ser mujer ya es un problema y estoy cursando una etapa difícil de la mujer. Con la operación quizás se aceleró el proceso de la menopausia, veo que si me ha afectado..." **"La diabetes siempre es un factor de riesgo para lo que sea"** **Micaela**

"A mí sí, en el trabajo, por los horarios para la insulina y para todo, la comida, por las horas de las comidas" **Raúl**

- "Si no lo hubiese tenido hubiese hecho otra. yo me limite mucho también trate de hacer una vida lo mas normal, pero eso me perjudico a la vez porque trate de estar tan normal que nunca asumi lo que tenia, creo que si que me freno en muchas cosas ¿En el estudio? En todo en todo yo siempre fui muy frenada. fui muy cerebral, fui muy de calcular todas las cosas antes de hacer algo pensaba demasiado entonces supongo que si no hubiese tenido la diabetes seria un poco mas lanzada en un montón de cosas. en cosas diarias. en ser mas animada a otras cosas por ej los novios era mas, con vergüenza yo creía que me veían con esa cosa de pobrecita. yo siempre me puse un freno Lo note en la adolescencia después, después de los 17 años tuve gente que acompaso todo lo mío. yo no me acompañe" **Beatriz**

7 ¿Comprenden los amigos y/o familiares lo que Ud. necesita? ¿Cuenta con el apoyo familiar?

"Mi hijo adolescente se cria con que mamá es enferma y hay que cuidarla..... si me tiene que higienizar lo hace últimamente es muy pendiente de mi. lo he visto llorar " a mi me pasa con mi esposo. él carece de una información total mas allá de que una pueda tratar de explicar pero no Quiere estar al margen el piensa que debo estar siempre igual no le gusta que este en cama no le gusta saber que es una enfermedad que me esta afectando no quiere saber de eso El nunca ha hablado con el medico. nunca me acompaña al medico acerca de mi enfermedad yo lo haría lo hago

A veces le hablo le reprocho. en muchas oportunidades me siento sola, **una diabética sola**

Micaela

- "No en eso tengo lucha, yo creo que mi flia me cuesta mas que mis amigos. por el hecho de que nunca lo asumieron. puede ser por información Siempre estan con la noveleria de comprar me una cosa u otra, edulcorantes mejores porque hay algunos que son un veneno pero acompañamiento no En reuniones, cumpleaños, marcha torta. en cuanto la bebida si, yo nunca supe decir que no nunca ellos nunca asumieron el hecho de estar pendiente etc Conocidos puedo tener un montón. pero amigos muy pocos. pero siempre fue así. me gusta estar sola, no se que va primero mi carácter o si fue a raíz de tener diabetes. no se" **Beatriz**

"La familia, entre nosotros juntos, pero cada uno en su interior lo sufre. si bien lo hablamos creo que muchas veces nos metemos para adentro para no transmitirte al otro la tristeza Me parece que nos protegemos así. Lo que prima entre nosotros es el gran amor que nos tenemos todos En la parte familiar, o sea fuera, del núcleo, ninguna, un horrón total Como dice mi hija, si estas vivo estas bien estas mal cuando te moiste" **Milagros**

8 El Contacto entre el medico y el paciente ¿cómo es? ¿Se toman las decisiones en conjunto, se le brinda la información que espera, existe confianza en el profesional? ¿Con otros profesionales (enfermeros, psicólogos, psiquiatras) como es su relación?

- "Lo que yo se es por el. Busca una alternativa si yo no me puedo comprar algo" "Al Psicólogo fui mas por problemas de mi menopausia, al psiquiatra fui solo dos veces. Ahora no porque no lo necesito" **Analia**

- "Creo que soy una paciente con participación, muchas veces les he sugerido"... "No tengo ninguna versión para los profesionales psicólogos. Con información de toda índole, con conocimiento puede defenderse uno mismo, el diabético es el que mejor se conoce te respetan con una confianza total de los médicos para mi persona" **Micaela**

- "Al médico le pido que me apunte yo me olvido enseguida, algunos son correctos otros te tratan medio a prepo... Psicólogo no me gusta para nada. Necesitamos estar mas informados" **Jorge**

- "El médico en Montevideo era distinto, era divina, se metía en tus cosas, aca no tengo feeling, soy yo que no quiero saber nada con los médicos, me mando hacer análisis, los hice los mire y como estaba todo bien no se los lleve nunca, yo soy la que me freno en todo. **Yo pienso que el día que vaya me van a matar, el día que caiga voy a caer para buenas, me da miedo, quiero ir pero me pongo el freno para no ir, lo mio es una negación total**
Psicólogo fui por mi negación total, se lo pedi a mi medico, me vine para el interior y lo siento como un freno. Yo sentí y lo siento que sola no podía, fue una actitud espontanea y me hizo bien el tiempo que estuve yendo me hizo bárbaro yo senti que me ayudo mucho". **Beatriz**

- "el no tiene un medico para la diabetes, un cardiólogo es quien lo controla otro me dio las indicaciones generales, no tiene un seguimiento estricto porque no ha tenido mayores complicaciones. Solo hay un medico especializado en diabetes la información gral es por el fuimos a una charla que dio el sobre el cuidado de los pies
Psicólogo no lo considere en ningun momento, si lo tendria que hacer lo haria. Cuando se zafa lo hizo consciente. Por algo están los profesionales" **Silvana**

- "Ellos técnicamente marcan eso si o esto no pero no se fijan en lo demás. ahora por ejemplo he visto que viene a controlarme las heridas y nunca me saca una venda, me esculta pero el tiene que ver eso no puede ser!!"

El diabético, yo pienso que debe tener un médico de cabecera. Un médico que sepa escuchar, y que sepa informarte voz podes o no comer o hacer esto. Hay enfermeros que algo saben, algo saben, como uno, entienden, y hay otros que no saben ni entienden nada"

¿Psicólogo? "Yo creí que nunca lo necesite, el médico me decía que por mi temperamento que era especial podía salir, yo siempre dije que si te entregas vas a morir y a padecer mas que voz podes salir solo. Con el psicólogo hablábamos de todo y en un momento ensambla todo" **Dardo**

Opinión

Dentro de las variables a analizar en esta área se encuentran la idea de porque se desencadena la enfermedad, barreras al tratamiento, importancia de grupo de autoayuda información, que nos posibilitaran entender la idea o juicio que han formado en cuanto a la enfermedad.

9 ¿Porque cree Ud. que se desencadena la enfermedad y porque cree Ud. que tiene la enfermedad?

- "Me parece que por problemas de familia, por disgustos. ¿Algún hecho puntual? No recuerdo, es nervioso" **Analia**

- "Por las cosas dulces, el mate" **Paola y Jorge**

"Para mi fue por los nervios" **Raúl**

"Podría ser ya que en esa época Raúl desde chico trabajo, tuvo poca infancia" **Nancy**

- "Me entere por casualidad, fui a hacerme una ficha medica y en el examen de orina, ahí me entere, después supe que los sintomas que yo tenia, el beber agua porque tenia mucha sed era parte de tener diabetes, veía muy bien y no podía ver de lejos, empecé a tener calambres. Es Hereditaria, mi madre, mi hermana, ambas son insulín dependientes" **Leandro**

- "La diabetes le vino por los nervios, pero es hereditaria, el padre tenia nunca se controló y las hermanas tienen pero no se pueden controlar porque son gente pobre y no pueden hacer dieta estricta, hay que tener cuidado, así mismo yo con el ando peleando porque a veces abusa" El psiquiatra es de Montevideo, porque el de acá a veces no venia o tenia mucha gente y los médicos de acá (yo iba a la psicóloga) me recomendaron uno de allá que es particular vamos todos los meses

El psiquiatra fue mas bien por el cambio de trabajo que tuvo el, trabaja en AFE, como pintor andaba todo el día, además entraba mas dinero a la casa, a pasar a una escuela a limpiar salones.

baños con los chiquilines ahí entonces fue que empecé a tener una caída mental por los nervios se juntaron las dos cosas " **Natasha**

10 En el Tratamiento ¿cuales son las barreras que dificultan su adherencia?(estilo de vida, educación, económico, alimentación)

- "Yo antes me daba 40 unidades y ya arrancaba de mañana con coca cola bizcochos, todo lo que no podía comer entonces claro la diabetes nunca iba a bajar la diabetes estaba allá arriba estaba en 5 o 6 gramos y ahora no hago una dieta adecuada tomo **la tisana** y noto que me ha hecho bastante bien por eso me doy cada vez menos de insulina, la voy regulando"

"Dieta se me dijo que yo podía comer de todo pero de todo limitado fideos de sémola La azúcar la he eliminado del todo, yo antes era azúcar para todo, ahora ella (esposa) me da café con azúcar de mañana pero siempre previendo que no me de un bajón a la mitad de la mañana Porque siempre un poquito de azúcar hay que consumir porque el organismo necesita azúcar Edulcorante usaba si, uso lo que tiene el edulcorante es que de tanto usarlo te cansa el gusto Ahora las cosas dulces no me llaman la atención, postres como antes no" **Norberto**

- "es por lo caro que sale todo, todo lo diabético es carísimo todo lo dietético es carísimo"

Raúl

- "él fumar, fuma El tema del alcohol estamos a prueba porque realmente lo dejó hace 5 meses estaba con un problema de alcohol bastante importante una adicción la cual si no tomaba un litro de vino o 2 litros o lo que fuera, o tuviera como que no era el Es la segunda vez que dejó el tuvo un reincidencia ahora hace 5 o 6 meses que dejó pero como que siempre existe el miedo a que vuelva, últimamente lo que pasaba era que quedaba agresivo de más No agresivo con los hijos sino que conmigo cuando llegamos a la situación límite de que me quiso autoeliminar y que terminé internado y que yo obviamente por el hecho que por todo lo que viene detrás no me fui como que es jodido, estamos justo en una época en que me voy o me quedo, es claro, pienso que es cuando te sentís sola, viste Bueno pienso que es por eso

el problema por el tema de la comida no tiene, por el tema de la educación tampoco el sabe lo que tiene que comer, no es de hacer eso desfillos de comer cosas que no debe nosotros comemos mucha verdura, no se come carne, pero no comemos carne porque el no tolera la carne realmente no le gusta el es de comer carne una vez cada 15 días Se come pescado, aún, las harinas tratamos de que por ej, si come pizza, de noche, al otro día le meto verduras Siempre tiene mucha fruta porque eso sí el prefiere la fruta al pan, eso tal vez es de educación mis hijos por ej comen más fruta que pan pero es porque ya somos así, Además que con la locura de los trabajos como que tampoco nos da mucho el tiempo para tener cosas prontas por eso para

nosotros la fruta es lo básico, a parte de las verduras. las frutas es lo elemental. Aca no te podrá haber pan, harina, azúcar pero fruta **tiene que haber**". **Celeste**

- "un poco la parte económica y por otra los tiempos, cocinar a parte, y el hecho de tener hijos chicos y tener dulces en la heladera y que el se siente

Es cara y se siente en los cuidados estrictos cuando se estaba por operar mas, es difícil por el entorno de la flia., y por la parte económica. Alimentos, sabemos que debe comer y a veces se zafa en algunas comidas. Si un día tenemos que hacer tratamiento estricto nos va a pesar por lo económico y por todo" **Silvana**

11 ¿Asiste o asistiría a un Grupo de autoayuda? ¿Porqué?

- "A un grupo no he ido, me falta interés, estaría bueno ir. Tal vez en los grupos se da la información que necesito y al no ir me la pierdo" **Analia**

- "En el medio no contamos, sería importante, hay personas que están pasando por lo mismo"

Micaela

- "A mí lo que me a cortado todo es la visión, hay cosas que ya no hago porque la ceguera, bueno es difícil de explicar, uno se siente como cuando uno va a una fiesta y tiene que ir al baño ella me tiene que llevar y no va entrar al baño de los hombres conmigo, en muchas cosas me aisló, por la ceguera, no por la diabetes, por la ceguera, aunque me gustaría hacer cosas no me siento capacitado para hacerlas" **Norberto**

- "a mí me gustaría, yo estoy muy sola acá, a mí también me gustaría" **Paola y Jorge**

- "no es una persona que tu lo puedas llevarlo, no es una persona manejable, es un carácter bastante complicado, hay muchas cosas que no las acepta, si ha buscado información, le gusta el tema del reiki, busca en Internet, busca mucha cosa, la lee pero es eso, pero no se si iría, capaz que si le digo que lo encaramos a nivel familiar y te diría que capaz si lo necesita alguno de los chiquilines, capaz que si" **Celeste**

- "cuantos menos diabéticos a la vuelta mejor, no me interesa, para lo único cuando no se encuentra medicamentos" **Beatriz**

- "si pienso que si intercambiar es bueno, otros viven otra realidad y se vive la enfermedad de otra manera" **Silvana**

- "A si eso es algo positivo, son cosas positivas, se puede aprender y enseñar también porque tal vez los demás no han visto que esto es bueno o que esto es malo

¿Cuidado? "Por todos, yo pienso que si voz quieres a alguien te cuidas porque si yo fuera solo me cuidaria por mi y si tengo un hijo lo hago por el" **Dardo**

12 Relevancia en la Información

- "Si con el tema de la decodificación del ADN, si pudiera haber alguna solución alguna cosa que dijera me cuido a raja tabla durante 10 años pero se que voy a estar bien" **Beatriz**

- "A veces la gente no esta informada, piensan que es el hecho de no comer azucar y nada mas" Hay que darle mas información y educación en la parte alimenticia se ha ido evolucionando de cuando mi madre era diabética, pero falta Cuando alguien dice que es diabético intercambiamos vemos en la tele, leemos hay muy poca información al alcance de todo el mundo depende de la educación que la gente la reciba para poder aprender Hemos aprendido a comer mal desde chicos, el tema de la sal uno piensa que comer sin sal es cosa de enfermos y es al revés nos estamos enfermado A la gente hay que impactarla un poco los médicos no te dicen lo peor de las consecuencias y eso lo hace abusar porque tome la pastilla se come todo lo demás hay que decirle lo positivo y lo negativo mas lo negativo porque lo positivo lo vas adquiriendo en la marcha"

Leandro

- "En general falta muchisima información, creo que la gente no tiene la real dimension de lo que este mal afecta Falta de prevención y concientización Es una controversia, la gente quiere saber pero tiene miedo de saber Si bien hay que tener mucho aplomo y psicología para transmitir las consecuencias que tiene el padecer diabetes hay que ser claro y decir produce esto y aquello y si no te cuidas te va a pasar esto y aquello" **Milagros**

Capítulo IV

Pensando la Intervención en Salud desde Trabajo Social

Kisnerman (1978: 124) plantea que un equipo de salud enfrentará la enfermedad desde un triple enfoque, que abarca: el problema orgánico de la enfermedad, el componente psicológico de enfermedad, y el cuadro social de la enfermedad. En el estudio diagnóstico y tratamiento del cuadro social y sus consecuencias se inserta en el equipo de salud el *Trabajador Social* como el generalista de los problemas comunitarios, el que valora la salud integral de individuos, grupos y comunidades, incluyendo hábitos, creencias y formas de vida; el que involucra a los usuarios en un proceso de investigación y diagnóstico y en las discusiones respecto a las actividades que deben realizarse y cómo deben ser abordadas. Es el que aporta al equipo datos epidemiológicos y el que capacita con el ejemplo demostrativo.

El autor realiza una breve definición de las funciones del trabajo social en el área de salud, la cual desarrollaremos seguidamente, para realizar a continuación de cada una, su articulación con nuestro objeto de estudio.

Plantea que la **Promoción** tiene que ver con elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que inciden sobre las diferentes problemáticas, y suministrar información sobre derechos y deberes de los ciudadanos.

Es a partir de la importancia que tiene esta patología para todos los actores involucrados que deviene de la misma el divulgar a través de distintos programas los factores que inciden en esta enfermedad. Como punto de partida de acciones a ejecutar podemos considerar las entrevistas realizadas, las cuales sirven de guía para intervenciones futuras. Con respecto a suministrar información sobre derechos y deberes, nos remitiremos a lo expresado por algunos de los entrevistados refiriéndose a que existe cierta discriminación Laboral, pero también, este aspecto tiene que ver con la escasa información que estos tienen para manejarse y "defenderse" si fuese necesario en alguna situación específica. No solo debemos ser quienes suministremos la información, sino que debemos realizar una tarea educativa brindándoles las herramientas para que los sujetos sean quienes puedan utilizar las mismas en procura de su bienestar.

Kisnerman explica también la relevancia de realizar una tarea educativa en salud.²¹

Este planteo trae aparejado el carácter educativo del rol profesional en tanto se intenta potenciar los recursos y capacidades de los individuos para el logro de sus propias transformaciones, teniendo en cuenta el medio cultural dentro del cual se encuentran quién es el otro, cuáles son sus expectativas y su visión del problema

"El Trabajo Social procura crear una actitud crítica acerca de las causas- efectos de los problemas sociales, así como de los recursos disponibles, con el fin de que los sujetos afectados por esos problemas asuman una acción organizada y preventiva-transformadora que los supere. Para ello el trabajador social deberá: conocer científicamente esos problemas, determinar como los hombres los enfrentan y que alternativas de solución arbitran, y capacitarlos para que puedan asumir el papel de los sujetos en la acción transformadora de los mismos"²².

Por lo anterior expuesto es que se hace referencia al binomio salud- enfermedad como "un fenómeno social que trasciende lo meramente individual y biológico y abarca la comunidad como conjunto, aunque se exprese en individuos concretos"²³

Para la prevención es necesario: estudiar la incidencia de las variables socioeconómicas y culturales en la etiología, la distribución y el desarrollo de los problemas de salud; estudiar las actitudes y los valores que benefician u obstaculizan el acceso a mejores niveles de salud; estudiar el nivel de aprovechamiento por parte de los usuarios de los servicios de salud, sus programas y sus expectativas frente a ellos; participar en el estudio de la calidad y la cantidad de los servicios y recursos de salud, orientar y capacitar a la población sobre el uso de los recursos institucionales que puedan contribuir a asegurar que los individuos alcancen mejor calidad de vida; orientar y fortalecer la unidad familiar y capacitar a estos grupos para que aseguren la salud de sus miembros; capacitar a voluntarios, auxiliares y alumnos de Trabajo Social para ejecutar acciones de salud

²¹ Implica un conjunto de actividades orientadas a crear comportamientos que permitan fomentar y conservar la salud individual y colectiva. La información no basta para modificar comportamientos. La educación se nutre de la investigación en tanto necesita incorporar el conocimiento de la realidad como un todo y se centra en el aprendizaje, es decir, en el acto de pensar que lleva a la modificación más o menos estable de conductas.

La comunicación es la base de la educación para la salud, como proceso que se da entre el emisor y receptor a través de un mensaje realimentado, lo cual indica la necesidad de adecuar dicho mensaje a quien debe recibirlo.

²² Natalio Kisnerman. Salud pública y Trabajo social. Edit. Humanitas Bs As. 1978

²³ Idem

Desde nuestra intervención a través de las historias de vida es que podemos estudiar los diferentes ítems que subraya Kisnerman en la prevención, y con especial énfasis en la orientación y el fortalecimiento familiar como estructura básica de nuestra sociedad.

Recuperación: *contribuir con el equipo de salud a reducir, atender y reparar los daños causados por la enfermedad o problema social, capacitar al enfermo y su familia para que sean agentes de su recuperación.*

El diagnóstico precoz y el adecuado tratamiento tienen como resultado el evitar el establecimiento de las complicaciones de la enfermedad a corto y/o largo plazo. Luego de instaurada la enfermedad y con las complicaciones de la misma, es que el individuo debe pensarse como agente de su recuperación, de cambio. Aquí radica la importancia de plantear como un aspecto positivo el hecho de que exista y se integre la asociación de diabéticos, en el compromiso de acompañar al enfermo y su familia. La atención de la salud se desarrolla en base a un modelo predominantemente asistencialista, con énfasis en actividades dirigidas a la recuperación de la salud, lo cual va en desmedro de las actividades de tipo preventivo.

Rehabilitación *asegurar que todo individuo pueda lograr el uso máximo de su potencialidad; orientar al medio familiar, laboral, escolar y comunitario para la reubicación social del enfermo o minusválido*

Aquí debemos hacer hincapié en la conformación y funcionamiento del equipo interdisciplinario, en procura de que el individuo sea capaz de potenciar sus capacidades brindándole desde cada una de las disciplinas el soporte necesario para que esto sea posible y dando cuenta de la atención integral, que apuesta al desarrollo de las capacidades de los individuos con posibilidad de mejorar sus propias condiciones, promoviendo los estilos de vida saludables y fomentando el desarrollo individual y colectivo.

4.1 El trabajo social como miembro del Equipo Interdisciplinario

"Los problemas sociales solo pueden definirse a partir de un marco teórico que trascienda una disciplina particular dado que se presentan pluridimensionalmente. Por lo tanto, solo corresponde abordarlos en forma interdisciplinaria a través de un equipo de trabajo, es decir, de un grupo de especialistas en que cada uno de ellos integre los conocimientos específicos de su disciplina para lograr un código único, común y operacional. En este

sentido decimos que un equipo es un sistema porque posee un conjunto interactuante de personas que comparten un mismo objetivo y actúan en un espacio y tiempo según la estructura de su dinámica, y en el cual las conductas se relacionan con la definición de la situación global en la que están involucrados.

Un profesional aislado prestará servicios a individuos también aislados y su acción no producirá ningún cambio, trabajara sobre efectos y no sobre causas, sin trascender el mero asistencialismo. Un profesional que trabaja en equipo prestara servicios a individuos insertos en grupos, atacara mas que la enfermedad los factores que las generan¹²⁴

Aquí cabe señalar que no siempre se dan las condiciones estructurales que aseguren la salud a la población y que por lo general los hombres suelen tomar conciencia de su valor cuando precisamente les falta

Esta situación se visualiza en aquellos pacientes que al tener un impedimento físico (ceguera, diálisis, amputación) se cuestionan el hecho de no haberse cuidado cuando eran jóvenes.

Considerando los distintos aspectos teóricos antes mencionados es que desde nuestra acción se propone:

- Implementar programas de prevención y promoción de salud que atiendan a la comunidad en gral. y en particular a los pacientes y familiares de diabéticos. Para ello apostamos a realizar actividades recreativas y sociales que ayuden a la comunidad en general a aprender sobre esta enfermedad, fomentando de esta manera la interacción e integración en la comunidad.
- Realizar campaña para conocer el número aprox. de diabéticos en la localidad donde se realizaron las entrevistas, ya que este relevamiento nos permitirá elaborar estrategias de intervención que posibiliten brindar la información a cada individuo y que esto nos permita construir un espacio donde brindar apoyo y orientación al diabético y su familia.
- Este espacio a construir en las instituciones de salud busca impulsar y promover cambios (físicos, psíquicos, nutricionales, culturales, sociales) en los individuos para potenciar los recursos con que cuenta cada persona que les permita tener una mejor calidad de vida. Este espacio debe de enmarcarse en la tarea de contribuir a que los pacientes y familiares valoricen y utilicen la tarea de los distintos técnicos en procura del apoyo y acompañamiento que necesita todo enfermo crónico ya que como lo

¹ Natalio Kisnerman. Salud pública y Trabajo social Edit. Humanitas Bs As. 1978

expreso el facultativo entrevistado: "tener un diabético en la familia implica un cambio de vida, mas cuando aparecen después la enfermedades derivadas de la diabetes que eso obliga a que la familia pase hacer un apoyo del paciente. La diabetes se convierte en una espina irritaba para la familia, esto quiere decir que es una situación que si bien la padece el propio diabético, el propio paciente, se transforma en un problema de la familia"

- Se deben realizar actividades de orientación para ayudar a los pacientes y familiares a adaptarse a la nueva situación y aprender como sobrellevar la enfermedad.

El médico entrevistado se refirió, entre otras cosas, a la importancia del Trabajador social en el equipo de salud y en ellas hacemos nuestras sus palabras, "La diabetes es la típica enfermedad para manejar en equipo, es una enfermedad que es como una granada, que explota y del diabético salen muchas cosas, el diabético es un paciente que esta expuesto a problemas de la vista, cerebro, del corazón, riñones, en los pies, problemas psicologicos, entonces entra el equipo de la salud donde hay podólogos, médicos, cirujanos, internistas, diabetologos, endocrinologo, neurólogo, oftalmólogo y demás especialidades, pero eso es desde el punto de vista técnico, la mayor parte del tiempo el diabético no lo pasa con los técnicos, lo pasa con su familia, con su ámbito natural y ahí entra el papel de lo que es todo el servicio social, la asistencia social del paciente que es de primera línea, es muy importante, el equipo técnico no tiene el tiempo para brindárselo porque la propia profesion medica te resta tiempo, y allí es donde aparecen los valores humanos que cuida el asistente social, voz de repente no tenes el tiempo para venir a charlar para contentarte con la familia, porque muchas veces tampoco los ves en la familia, lo ves en el consultorio y en cambio Uds van a la casa, charlan, saben los problemas menores de la persona, desde la integración familiar, problemas laborales los problemas de salario, los económicos de la vivienda, que eso termina siendo muy importante en la vida del diabético porque si no hay condiciones adecuadas de vivienda y de economía, y un medio socio económico que lo sustente, un medio que tenga cierto nivel de estructura familiar, eso es el sostén del diabético"

4.2 Dimes y Diretes en Torno al Tema

La incidencia del trabajo social se produce en los ámbitos de los individuos, familias grupos, comunidades e instituciones. Para el ejercicio de sus funciones en dichos ámbitos, utiliza técnicas que le permiten analizar e interpretar las demandas que plantean los usuarios reales y potenciales de los servicios sociales

De este trabajo resultan evidente las diferentes expectativas generadas desde nuestra intervención. Estas expectativas depositadas en nuestra profesión hacen al gran "desconocimiento" de que cosas pueden o no hacer, teniendo en cuenta su calidad de enfermos crónicos.

Podemos valorar y definir las necesidades: ofrecer respuestas planificadas que incluyen la movilización de recursos materiales y humanos de los propios usuarios y de la propia comunidad. Estas técnicas tienen un carácter relacional. Se basan en conocimientos de las actitudes y motivaciones, así como de las relaciones y comportamientos sociales.

Fue notoriamente visible el vínculo alcanzado entre los entrevistados y entrevistador lo cual permitió ahondar en temas por momentos escabrosos (por ejemplo pregunta sobre disfunción sexual)

En su relato, las personas entrevistadas, en un porcentaje reducido, explican el diagnóstico de su enfermedad de acuerdo a "un mal", o "que fueron elegidos" no se sabe por qué razón, para padecer esta enfermedad.

El tratamiento se lleva a cabo por gran parte de los mismos a partir de infusiones e ingesta de hierbas, asistiendo a un curandero o brujo como es atribuido desde el modelo aborigen.

La mayoría de los pacientes comenzaron su relacionamiento con la institución sanitaria a partir del diagnóstico determinado por exámenes clínicos, estableciendo posteriormente el contacto con su médico. Este vínculo con el profesional varía en cuanto al compromiso que tiene el enfermo y por eso es que depende directamente del modo de pensar, sentir y actuar del diabético.

Debido a la importancia del seguimiento de dicha patología es que es de suma prioridad la información que proporcionan los profesionales, donde esta debe adaptarse a las necesidades de los pacientes y producirse en un clima de confianza.

Todo esto hace indispensable la relación del médico tratante con el grupo familiar. Un conocimiento de la situación puede ayudar a entender reacciones que se están dando en el paciente y que pueden estar desencadenadas por la situación familiar y social en la que está inserto el paciente.

Las decisiones relativas al manejo de la diabetes deben ser congruentes con la perspectiva de los pacientes ya que cuando paciente y profesional "negocian", elaborando alternativas y decisiones conjuntas, mejoran tanto su satisfacción como los resultados clínicos.

Creemos que el enfermo y su familia si asumen por lo general un papel pasivo, es debido a su falta de información, no por su carencia desde los profesionales, sino por su comprensión de la misma.

Es por eso que ubicamos a este tipo de enfermedad inserto desde el modelo popular. Se concurre al medico, pero se resiste a la vez, en acciones como automedicarse, haciendo el tratamiento de acuerdo a lo que se entiende como "esto me hace bien y esto mal"

La concepción somática fisiológica hace a que la persona no evidencie el real daño que causa la enfermedad, si en aquellos que ya tienen complicaciones físicas, pero de igual forma no pueden percibir por lo general que el daño es producto de el cuidado realizado sino que lo atribuyen a la edad, achaques propios, "de fábrica", y no a la diabetes.

En la relación médico- paciente existe esa variabilidad que plantea la concepción psíquica, no necesitan ir al psicólogo, pero eso es debido a su resistencia a que hay un problema y también debido a la etapa de la enfermedad en que se encuentran, ya que los pacientes con más complicaciones si plantean la necesidad de un apoyo desde el comienzo y su importancia. También encontramos un rechazo importante en el hecho de recibir otra ayuda

El médico entrevistado al respecto señalo "*...La relación medico paciente no es fácil, porque el primer problema que uno se encuentra es el problema económico el segundo problema que uno se encuentra es como toma la persona la diabetes la diabetes es un problema que tiene un trastorno cultural muy importante, la gente no tiene una clara imagen de lo que es la diabetes, que consecuencias trae*"

La concepción sanitaria debe apostar a la salud del colectivo, he aquí la importancia de la **prevención**, de las personas con riesgo y sin el. Para ello, es necesaria una actuación multidimensional, que mejore la organización del trabajo y proporcione soporte institucional con el fin de facilitar procesos de cambio en la práctica diaria

Lo anterior explicitado, tiene correspondencia con la concepción política- legal de la salud como bien general

La concepción económica hace hincapié en los recursos económicos, y desde la diabetes podemos inferir que es una enfermedad "cara a largo plazo" por las complicaciones que esta conlleva. Pero se ve influenciada, a su vez por la actual crisis socioeconómica que atraviesa el país. También al respecto podemos pensar en las inversiones cuantiosas en atención medica en detrimento de las inversiones en prevención, sin asegurar un nivel optimo de salud, lo cual redundo en la reaparición o el mantenimiento de la enfermedad

Diversos estudios muestran que el cuidar a una persona enferma afecta a la salud física y sobre todo al bienestar psicológico de la persona que le cuida,

La enfermedad de un miembro de la familia trae alteraciones en el resto de los integrantes, pudiéndose sumar a la crisis emocional ya producida por la enfermedad misma, la conflictiva económica que esta trae aparejada, dándose una serie de cambios a nivel familiar, los que tendrán mayor o menor magnitud de acuerdo al integrante que este enfermo.

Por tal motivo es que la indagación realizada apuntaba a conocer el sentir de los familiares de los diabéticos, como así también la incidencia de quien fuese el enfermo, si la mujer o el hombre.

En la mayoría de los casos donde hay compromiso físico, el paciente es hombre, los cuales manifestaron su agradecimiento a sus compañeras, pero manifestaron su incertidumbre si hubiera sido lo contrario y el enfermo hubiera sido la mujer. Por el contrario las mujeres diabéticas manifestaron que si el esposo fuese el enfermo ellas lo cuidarían, visualizándose un claro problema de género.

Pese a la conciencia existente respecto a la importancia de la familia en la solución de los problemas del paciente, la interacción profesional- paciente- familia ha sido escasamente desarrollada durante la formación básica de las carreras del área de salud.

Los factores familiares tienen una influencia recíproca con el curso de una enfermedad, afectándose ambos mutuamente. Las enfermedades crónicas pueden reducir en grados variables el funcionamiento social efectivo de un individuo. En estos casos, el primer grupo que se ve afectado será la familia inmediata. Esto puede ocasionar una cadena de reacciones dentro de la familia que, a su vez, puede tener un efecto sobre el nivel de salud de sus miembros. Es así como frente a la diabetes, el conocimiento de la familia es vital, tanto para su reinserción en el hogar, como para asegurar la recuperación y prevenir recaídas y complicaciones.

La concepción social cobra así importancia, ya que es aquí donde aparece la relevancia de lo cultural, en cuanto a hábitos se refiere y a las expectativas de vida del paciente.

La personalidad del enfermo y la dinámica grupal influyen en la aceptación de la definición social de la salud.

La concepción ideal de la salud refiere a alcanzar el bienestar y es aquí donde confluyen los distintos saberes; el del paciente y el de los profesionales, para contribuir a la construcción de ese objetivo que se ve como inalcanzable.

Es necesario ubicar el concepto de salud dentro de un marco global para poder analizar y estudiar la relación existente entre los factores de riesgo y los estados de salud y enfermedad. El propósito fundamental es la preservación de la salud, por ello se deberán tener en cuenta todos los factores que contribuyen a la preservación y recuperación de la

salud: "...Hoy se plantea el hecho de tratar la diabetes desde el inicio tratando de evitar las consecuencias, pero todavía se va un paso más adelante, se trata de determinar los grupos de riesgo, para tratar de ver quienes son los grupos de riesgo y empezar a trabajar, porque lo ideal sería de que vez pudieras evitar en esos grupos de riesgo que aparezca la diabetes, es el ideal mayor", "es tratar de hacer tomar conciencia a la población, ya no al diabético, sino a la población, de que hay determinados factores que te predisponen a la aparición de una enfermedad que va en aumento, que ya está entre las diez enfermedades más comunes y que se plantea que para el 2025 se va a duplicar el número de diabéticos, entonces realmente es un problema de salud muy importante"

Por eso es que se plantea que la salud debe ser *integral* desde la política sanitaria.

Desde el planteamiento que hace a Laframboise acerca de los determinantes, rescatamos el estilo de vida por los hábitos o el cambio de los mismos al enfrentarse a una enfermedad que así lo requiere y al medio ambiente como entorno físico, social, cultural y económico.

No dejando afuera el sistema sanitario, que es limitado, a nuestro entender, ya que no existen las instituciones que atiendan las demandas y las necesidades de esta patología en particular, esto creemos que es debido a su alto costo incurriendo muchas veces a atender precariamente la secuelas que esta enfermedad tiene a largo plazo. También a que no se establecen desde el gobierno las medidas de prevención en estilo de vida y medio ambiente.

Esto tiene que, a su vez, con la idea de agente, huésped y medio ambiente. El agente correspondería a los excesos y deficiencias en la dieta, donde el huésped (el paciente) es susceptible a este elemento. Los factores ambientales tiene que ver con lo extrínseco y es aquí donde se relacionan ambos factores para que se establezca la enfermedad.

Desde el planteamiento que hacen Blum, Lalonde y Dever, la cuestión importante a resolver es, ¿cómo operan estos cuatro factores en el caso de enfermedades específicas o alternativamente, cómo funcionarían en ausencia de la enfermedad? (es decir, en estado de salud).

En la diabetes estos factores deben encontrarse en equilibrio, pero es Blum el que se acerca más a los resultados de esta investigación debido a que estos factores se relacionan de acuerdo a las pautas culturales. "la primera barrera que vas a encontrar en cuanto a la nutrición, son las costumbres que trae el paciente de su comida si la persona está acostumbrada a hacer una dieta balanceada durante toda su vida, cosa que no es habitual, el hecho de pasar a ser diabético no le va a cambiar demasiado la vida, salvo que va a tener que restringirse en determinados tipos de alimentos."

El compromiso para reducir los factores de muerte deben concentrarse en todos estos elementos siendo importantes, por ello, la prevención, tratamiento y la promoción de salud desde las distintas profesiones y de manera interdisciplinaria.

Este trabajo nos deja como experiencia personal, la vinculación y comprensión de las diferentes historias de vida que suceden en la cotidianidad.

Nos permitieron reflexionar sobre las mismas, provocando la autorreflexión de nuestra profesión.

Este sentimiento deriva en una serie de cuestionamientos internos, de valores y principios arraigados, lo que nos lleva a pretender la objetividad desde nuestra subjetividad.

Afirmamos que es una pretensión porque consideramos que en el "terreno", nunca dejamos de ser anteriormente a profesionales, personas, puesto que establecemos una relación sujeto- sujeto, de la cual somos parte motivadora de procesos de cambio

Con respecto a la perspectiva de la carrera y a lo construido por nosotros a lo largo de ella, es que de nuestra acción se pueden tomar elementos en el siguiente sentido:

Revalorizamos la existencia de un saber popular que muchas veces se encuentra relegado.

Por otra parte, al articular este saber con un saber académico se obtiene una coproducción de un saber nuevo, que tiene un alto componente de reflexión a partir de las informaciones y aportes o cuestionamientos de los otros.

Por supuesto que la perspectiva de la tesina, coincide con los aporte de los autores desde allí analizados, en el sentido del cambio de una relación sujeto- objeto a una relación sujeto- sujeto

Esta nueva forma de concebir las relaciones, no implica negar las diferencias existentes entre ambos sujetos, originadas por distintos saberes, historias, contextos. Por el contrario, implica aceptar y trabajar sobre las diferencias, asumiéndolas no en términos de superior e inferior, sino como diferentes, cada una con su propio valor, y desde allí aportar a una forma de relación simétrica, en la cual no exista un dominador y un dominado

Se ha enfatizado en la necesidad de desentrañar el mundo simbólico (entendido como el "velo" que por un lado impide tomar conciencia de las relaciones de dominación y que por otra parte la legitima) como parte de la acción cultural que es la que verdaderamente permite que se procesen cambios profundos a nivel social

Consideramos que esta propuesta de constituirnos como agentes externos, exige también una postura de mucha humildad y respeto, una autorreflexión permanente, y que no se agote la capacidad de sorprendernos y de admirar al otro en su diferencia.

Para concluir, me permitiré citar un fragmento de una idea elaborada por J.L. Rebellato (1997: 75), que señala de muy buena manera el sentir de la persona que suscribe y por ello lo hago propio.

"Frente al avance de los modelos neoliberales, una tarea de primer orden consiste en la lucha contra el fatalismo y la sumisión. Lo que a su vez requiere que las prácticas sociales tengan una intencionalidad política. Hablar de una intencionalidad política significa apostar a una transformación de la actual sociedad en el sentido de una sociedad sin Dominación ni Exclusión, donde los sujetos encuentren satisfacción a sus necesidades reales, nos referimos a un proceso que desarrolle el protagonismo de los sujetos populares, su capacidad de saber y de poder; la necesidad de articular estrategias y acciones distintas animadas por una lógica antagónica a la lógica del sistema y de la cultura dominantes"

El trabajo social se plantea como objetivo genérico contribuir al desarrollo e incremento del bienestar social y la calidad de vida. Para ello, se ha considerado como objetivo básico de intervención profesional *potenciar y promover* tanto las capacidades y recursos individuales y colectivos de los propios usuarios, como potenciar asimismo organizaciones, estructuras sociales y formas de vida que refuerzan el bienestar social.

Dentro de este marco profesional, el trabajo social ejerce, por una parte, una función promocional y de desarrollo social orientada a potenciar los recursos comunitarios, así como a optimizar la utilización de los recursos institucionales para una mejor respuesta a las necesidades humanas y sociales. Por otra parte, ejerce una función preventiva cuando actúa sobre las causas de determinados problemas sociales o cuando organiza programas de atención, dirigidos a grupos de población más vulnerables o que se hallan en situación de riesgo. También ejerce una función de atención a personas, familias o grupos que están en situaciones de crisis y requieren una respuesta inmediata, o bien en situaciones de carencia, que necesitan una asistencia social planificada para superar sus dificultades; y atiende también problemas específicos que tienen una dimensión colectiva. Nuestra meta es construir, con el trabajo de todos, las condiciones que permitan a cada persona desarrollar plenamente sus facultades y capacidades, para que éstas repercutan positivamente al interior de cada comunidad y en el grado de satisfacción de cada familia, y en suma, alcancemos una de nuestras más altas aspiraciones, el mejoramiento permanente de la calidad de vida de cada individuo.

Cuando hacemos referencia al trabajo desde las potencialidades del sujeto, nos referimos en este caso particular al fortalecimiento y voluntad del sujeto en cambiar la situación en que vive, para poder llevar una vida plena.

Bibliografía

- Acosta, L. Dornell, T. Rovira, C. (1987) Acción del servicio social en los programas de salud a nivel nacional. En Revista Uruguaya de Servicio Social, Editada por Eppal Ltda Año II N° 5 Setiembre
- Barran, J. P y otros (1993) La medicalización de la sociedad Ed Nordan Montevideo.
- Chiozza, Luis. (1977) Cuerpo, afecto y lenguaje Psicoanálisis y enfermedad somática Editorial Paidós Buenos Aires, 2ª edición.
- Contreras Jesús (1993) Antropología de la alimentación Eudema Antropología Horizontes Salamanca, España De Barbieri M, Esponda G, Icasuriaga A.M., Puig MR., Torres N (1971) Temas de Servicio Social Universidad de la Republica Escuela Universitaria de Servicio Social Montevideo
- De Martino, Mónica (1995) Reflexiones en torno a la Metodología del trabajo social En Demandas y Oportunidades para el trabajo social Nuevos escenarios y estrategias V Congreso Nacional de Trabajo social en Uruguay Ed Eppal Montevideo
- De Martino: Mónica.(1999)Procesos Familiares e intervenciones técnicas Perspectivas teórico metodológicas a partir d los mecanismos de integración y exclusión social Seminario taller. Setiembre
- Dever Alan (1991) Epidemiología y administración de servicios de salud Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la salud
- Eco, Umberto (1997) Como se hace una tesis Técnicas y procedimientos de investigación, estudio y escritura Editorial Gedisa, Vigésima edición, Barcelona.
- Evans, R. Barer, M; Marmor, T. (1996) ¿Porque alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones Ediciones Díaz de Santos, S A Madrid España
- Freud, Sigmund Obras completas (2003) "Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras" (1914- 1916); Duelo y melancolia (1917); volumen XIV 2ª Ed. 10ª Reimp Buenos Aires, Amorrortu editores
- García Canclini, Nestor (2001) Culturas Híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad 1ª edición actualizada Marzo Editorial Paidós Argentina

- González, Miguel. (1969) Comunicación y cambio de comportamiento. Sistemas culturales, tipos de creencias y comportamiento sanitaria. En actas de la VII Conferencia Internacional sobre la salud y la educación sanitaria. Violler, Ginebra pags. 457- 466
- Guida, C. y otros (1999). La participación comunitaria en el primer nivel de atención Facultad de Psicología- IMM, Montevideo.
- Horwitz, Nina; Iringeling, Isabel; Penna Marcela. (1991) Estrategia de capacitación en salud familiar En Revista de trabajo social N° 59 Ediciones Universidad Católica de Chile pags 74 a 81.
- Joslin (1990) Diabetes Mellitus Editorial Intermédica Duodécima edición Bs As Argentina
- Kisnerman, Natalio (1983) Introducción al Trabajo Social Tomo I. Colección Teoría y Práctica del trabajo social Ed Humanitas, Bs As., 2ª. Edic.
- Kisnerman, Natalio. (1978) Salud Pública y Trabajo Social. Ed Humanitas Bs As
- Krippendorff, Klaus (1990) Metodología de análisis de contenido Teoría y práctica Ediciones Paidós Comunicación Barcelona- Buenos Aires- México, 1ª edición.
- Laurell, A C. (coord.) (1995) Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud UAM-X, Fundación Friedrich Elbert. México.
- Max Neef, M (1986) Desarrollo a Escala Humana. Ed. CEPAAUR, Santiago.
- Menéndez, E. (1985) "El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos", Rev. Desarrollo Económico, Vol 24, nº 96
- Moise, M; (1999) Prevención y psicoanálisis; Ed. Paidós
- Netto, J P (1994) "Cotidiano. Conhecimento e Critica", Edit Cortez, 3ª Edic
- Organización panamericana de la salud. (1996) OPS. Promoción de la salud: una antología. Publicación Científica N° 557 Washington, D.C. OPS
- Pérez, Enrique Pasten, L. (1997) "Manual para el paciente con Diabetes Mellitus" Tercera edición. México. Abril.
- Rebellato, J L: (1995). "La encrucijada de la ética", Ed Nordan, Montevideo- Uruguay
- Rebellato, J L. y Giménez, L (1997) "Ética de la autonomía" Desde la práctica de Psicología con las comunidades. Edit. Roca Viva Montevideo, Uruguay
- Revista Asociación Latinoamericana de Diabetes (1996) Volumen 4 N° 3
- Reyes, Martha Galindo, Carmen. (1984) El trabajo social actual y la política de salud En Acción crítica N° 16 Edit. Celats Diciembre.
- Ruiz, Maximino (1994) "Diabetes Mellitus" Editorial Akadia " 2a edición Bs As Argentina. Agosto

- Sabino, Carlos. (1986) Como hacer una tesis. Guia para elaborar y redactar trabajos científicos. Editorial Hvmánitas 2da edición. Buenos Aires, Argentina.
- Saforcada, E. Y col.(1998) El factor humano en salud pública. Ed. Proa XXI, Buenos Aires
- Saforcada, E. (1999) "Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud" Ed. Paidós, Bs. As., Argentina
- Salleras, L. "La salud y sus determinantes", Rev Anthropos. Documentación científica de la Cultura, nº 118/119
- Terra, Carmen. El trabajo Social como Técnica científica Servicio de Documentación en Trabajo social. FCU. Sin fecha de edición
- Testa, Mario. ¿Atención primaria o primitiva? de salud. Cuadernos Médico- Sociales N°34 Cees. Rosano
- Tizón García, J. L. (1981)Componentes Psicológicos de la práctica médica Una perspectiva desde la atención primaria. Ediciones Doyma. Barcelona España
- Valles, Miguel (1977) Técnicas cualitativas de Investigación Social. Ediciones Síntesis
- Valle, P., Rocca F., Bello, L (1965) Aprenda a vivir con su diabetes S/editorial Montevideo Uruguay.
- Weinstein, L; (1989)Salud y Autogestión, Ed. Nordan, Montevideo, Uruguay.
- Werner, D. (1994) Vida y muerte de la salud para todos. Revista del Sur. Publicación de la Red del Tercer Mundo, nº 32. Mayo

Fuentes de Referencia

- Atención Primaria (marzo 2002) Series Cuidados paliativos Volumen 29 N° 4 España
- Atención Primaria. (Setiembre 2000) Series Cuidados paliativos. Volumen 26 N° 5 México.
- Atención Primaria. (Octubre 2001)Series Cuidados paliativos. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Volumen 28 N° 7
- Atención Primaria. (Mayo 2002) Series Cuidados paliativos. Volumen 29 N° 8.
- Benja, Wilson (2001) "Situación actual de la salud de los Uruguayos. Niveles de atención" Inédito.
- Boletín IDF (Noviembre 1997) Federación Internacional de Diabetes. Volumen N° 42

- Boletín del Instituto Interamericano del niño (Julio- Diciembre 1985) "La evolución del concepto de la salud" Saruè, Eduardo. Tomo LIX, N° 224 Montevideo. Uruguay.
- Boletín IDF (Junio 1997) Federación Internacional de Diabetes. Enfocando la Educación de la Diabetes, Versión en Español, Volumen 42.
- Boletín IDF (Junio 1998).Federación Internacional de Diabetes. La malnutrición temprana y la diabetes, Versión en Español, Volumen 43.
- Boletín IDF (Diciembre 1997) Federación Internacional de Diabetes. EL pie diabético Versión en Español Volumen 42.
- Boletín IDF (Setiembre 1997) Federación Internacional de Diabetes. Declaración de las Américas sobre la Diabetes, Versión en español, Volumen 42
- Boletín Epidemiológico. (Junio 2001) Organización Panamericana de la salud Vol 22, N° 2.
- Boletín Diabetes Uruguay (Agosto 1992) Organo Oficial de la Asociación de diabéticos del Uruguay Edición Promovent N° 136
- Manual de Enfoque de Calidad en Salud. (1999) MSP-FISS. Montevideo Uruguay
- O.M S - UNICEF, (2001) "Declaración de Alma Ata, 1978".Mimeo Centro Estudiantes de Psicología (Ceup)
- Publicación Científica N° 557 (1996) OPS, OMS Promoción de la Salud: un antología Washington D.C: OPS