



Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

Grupo de obesos, diabéticos e hipertensos

Presentación de experiencia en un primer nivel de  
atención en salud

Agustina Mozzo Solari

Montevideo

Octubre, 2019

Docente Tutor: Luis Giménez

Docente Revisor: María Julia Perea

## Índice

|   |    |
|---|----|
| Introducción.....   | 3  |
| Fundamentación y objetivos.....   | 4  |
| Grupo de obesos, diabéticos e hipertensos en el Centro Auxiliar de San Ramón..... | 6  |
| Descripción del grupo.....  | 6  |
| Objetivos del grupo ODH.....  | 7  |
| Objetivos de los encuentros de grupo ODH.....                                     | 7  |
| Objetivos del equipo técnico.....   | 7  |
| Planificación y registro de campo de los encuentros del grupo ODH.....            | 8  |
| Primer encuentro: introducción y rol del grupo.....                               | 9  |
| Segundo encuentro: cuidados y autoestima.....                                     | 10 |
| Tercer encuentro: ejercicio físico.....   | 12 |
| Cuarto encuentro: enfermedad crónica.....   | 13 |
| Quinto encuentro: diabetes mellitus.....  | 14 |
| Sexto encuentro: hipertensión arterial.....                                       | 15 |
| Séptimo encuentro: obesidad, colesterol y ácido úrico.....                        | 16 |
| Octavo encuentro: dieta saludable y balance calórico.....                         | 17 |
| Cuadro de síntesis de los encuentros.....   | 19 |
| Articulación conceptual.....  | 20 |
| Obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial.....                          | 20 |
| Enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo.....                  | 20 |
| Determinantes sociales y calidad de vida.....                                     | 22 |
| Modelos de atención del grupo ODH.....  | 24 |
| Aspectos emergentes de los modelos de atención existentes en el grupo ODH.....    | 28 |
| Grupo ODH en el primer nivel de atención.....                                     | 29 |
| Conclusiones.....   | 33 |
| Referencias bibliográficas.....   | 35 |

## **Grupo de obesos, diabéticos e hipertensos**

### **Presentación de experiencia en un primer nivel de atención en salud**

#### **Introducción**

El presente trabajo final de grado tiene como objetivo una reflexión conceptual sobre la experiencia práctica personal como observadora participante, realizada en un grupo de personas diagnosticadas con obesidad, diabetes mellitus y/o hipertensión arterial (grupo ODH). Dicha experiencia fue llevada a cabo en el Centro Auxiliar Dr. José Bove Arteaga, en la ciudad de San Ramón del Departamento de Canelones, durante el año 2018.

El mismo es de carácter cualitativo con un enfoque psicosocial, con fundamento en revisión bibliográfica, observación participante y registro de campo.

La experiencia práctica se desarrolló en el marco del convenio existente entre la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) con la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. El mismo tiene como objetivos la formación de psicólogos en el área de la salud, con los niveles de calidad y actualización requeridos por la sociedad uruguaya y acorde a los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud, así como la producción de conocimientos psicológicos que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población uruguaya (ASSE y Facultad de Psicología de la Universidad de la República [UdelaR], 2009).

Con este fin, a partir del año 2010, se realiza anualmente un llamado dirigido a estudiantes avanzados en la formación de la Licenciatura en Psicología. La selección de los practicantes la realiza la Facultad, para lo cual toma en cuenta la escolaridad, una carta en la que el aspirante fundamenta el interés de realizar el practicantado, y en última instancia una entrevista. La labor del estudiante consiste en 40 horas semanales distribuidas en 25 horas de trabajo en un servicio de salud y 15 horas de actividades académicas, durante un año (ASSE y Facultad de Psicología UdelaR, 2009).

El Centro Auxiliar de San Ramón, servicio donde fue desarrollada la práctica objeto del presente, se enfoca en el primer nivel de atención. Si bien es el más cercano y el del primer contacto con la población, cuenta con la particularidad de tener médicos especialistas y salas de internación. Permite satisfacer las necesidades de atención básicas, y sus principales estrategias de intervención en salud son actividades de promoción, prevención de enfermedades, tratamientos y seguimientos de procesos de baja complejidad.

La pasantía de la estudiante en este servicio de salud, le brindó la oportunidad de trabajar como observadora participante en consultas de policlínica con diferentes profesionales como Licenciado en Psicología, Doctora en Psiquiatría Pediátrica y Licenciada en Trabajo Social, y en ocasiones con Doctora en Medicina Familiar y Comunitaria y Partera. Le brindó además la posibilidad de trabajar en red y en territorio, de forma interdisciplinaria.

## **Fundamentación y objetivos**

El grupo de obesos, diabéticos e hipertensos (ODH) fue coordinado de manera interdisciplinaria por distintos técnicos del servicio de salud. El mismo fue llevado a cabo en el Centro Auxiliar de San Ramón por primera vez en el año 2018, y consistió en ocho sesiones de una hora y media cada una con frecuencia quincenal, el cual comenzó en agosto y finalizó en noviembre, continuando en la actualidad.

La participación de la practicante en psicología en el grupo ODH comenzó respondiendo a la demanda de formar parte de un taller sobre autoestima, asistiendo finalmente a cada planificación y encuentro. Dicha participación fue el resultado del interés en formar parte del mismo como observadora participante, así como el crecimiento profesional en el área de la salud, la consolidación, el reforzamiento y la ampliación de los conocimientos adquiridos durante la formación, prevaleciendo la experiencia adquirida y la reflexión conceptual en el presente trabajo final de grado.

El interés en abordar la temática de obesidad, diabetes e hipertensión radica en que cada año mueren 41 millones de personas, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo, a causa de enfermedades no transmisibles, entre las cuales 15 millones de personas se encuentran entre 30 y 69 años de edad, y más del 85% de dichas muertes ocurren en países de bajos y medianos ingresos. La mayoría de estas muertes son a causa de enfermedades cardiovasculares (17,9 millones cada año), seguidas del cáncer (9,0 millones), enfermedades respiratorias (3,9 millones), y diabetes (1,6 millones). Estas enfermedades crónicas son responsables de más del 80% de las muertes prematuras y del 46% del gasto sanitario (OMS, 2018a).

El objetivo general del presente trabajo es realizar un análisis de las líneas de intervención que se llevaron a cabo en el grupo ODH, desde la perspectiva del Sistema Nacional Integrado de Salud. En base a lo mencionado precedentemente, reflexionar si el grupo ha trascendido el modelo biomédico para contribuir a la promoción y prevención en salud desde la atención integral, el cual está centrado en la persona y su contexto, favoreciendo el seguimiento longitudinal, fomentando buenos hábitos y mejor autocuidado, promoviendo la participación activa de los usuarios y la adherencia al tratamiento. El presente trabajo pretende dar cuenta de la importancia de los grupos ODH en el primer nivel de atención desde un enfoque biopsicosocial, atendiendo a personas con estas patologías, y reflejar cuáles fueron las fortalezas y debilidades del grupo en el transcurso de la experiencia de la practicante en psicología. Se introducirán conceptos centrales como: determinantes de la salud, grupo terapéutico, calidad de vida, modelo de atención, primer nivel de atención, trabajo en equipo interdisciplinario y educación para la salud.

Las palabras que han sido claves para la búsqueda de información fueron: “grupo de obesos, diabéticos e hipertensos”; “grupo ODH”; “grupo terapéutico de pacientes con enfermedades no transmisibles”; grupo terapéutico de pacientes con enfermedades crónicas”;

grupo terapéutico de pacientes con patologías crónicas”; “grupos de autoayuda”; “grupos de ayuda mutua (gam) en personas con enfermedades no transmisibles”; “grupos de ayuda mutua (gam) en personas con enfermedades crónicas”; “grupos de ayuda mutua (gam) en personas con patologías crónicas”.

Las bases de información consultadas fueron: Colibri (Conocimiento Libre Repositorio Institucional); Redalyc (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal); SciELO (Scientific Electronic Library Online); Timbó (Trama Interinstitucional Multidisciplinaria de Bibliografía Online); Bvs (Biblioteca Virtual en Salud); REDIB (Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico); Google académico; Revista Panamericana de la Salud Pública; página web Ministerio de Salud Pública; página web assesalud (Administración de los Servicios de Salud del Estado).

La búsqueda de información incluyó el idioma español e inglés. Se encontraron sesenta y seis artículos con relación a la temática analizada, referenciándose los más significativos. Dos de ellos abordan específicamente la temática de grupo ODH, cuatro hacen mención a su importancia para mejorar la atención hacia personas con dichas patologías, y catorce a la asociación que existe entre distintas enfermedades no transmisibles. Asimismo, once de dichos artículos refieren a grupos de ayuda mutua (gam) o autoayuda, y dos a grupo de apoyo y apoyo social. Se encontraron además, cinco artículos referentes a enfermedades crónicas en general y a la importancia de su abordaje integral y multidisciplinario, doce asociados a sus factores de riesgo y factores psicosociales influyentes, cuatro a la importancia de la educación en salud, siete sobre evaluación e intervención, y cinco respecto al cumplimiento y adherencia al tratamiento de dichas enfermedades.

La diabetes, al igual que el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y cardiovasculares son las principales enfermedades crónicas o enfermedades no transmisibles (ENT). La hipertensión arterial, el sobrepeso y obesidad, hiperglucemia (aumento de glucosa en sangre), e hiperlipemia (aumento de lípidos en sangre) son sus principales factores de riesgo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018a). La hipertensión arterial, además de ser un factor de riesgo metabólico, es una enfermedad cardiovascular (OMS, s.f.a). Por lo tanto, dicha afección es considerada factor de riesgo y a su vez enfermedad crónica (Hernández, Mena, Rivero y Serrano, 1996; Lira, 2015; Ministerio de Salud Pública [MSP] (Uruguay). Dirección General de la Salud, 2017; Soca y Sarmiento, 2009; Sociedad Uruguaya de Hipertensión Arterial, 2005). Por este motivo, por un lado se encontró bibliografía que identifica a la hipertensión como factor de riesgo para otras enfermedades cardiovasculares (Bustos, Amigo, Arteaga, Acosta y Rona, 2003; OMS, 2018a; OMS, 2015; OMS, s.f.c; Weschenfelder y Gue, 2012), y por otro, se encontró bibliografía que la identifica como enfermedad crónica (Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres y Varela, 2006; Lizama, 2016). Se identificó además información que hace referencia a los factores de riesgo que tienen en común la obesidad, diabetes e hipertensión, sin mencionarlas

como ENT (Tapia, et al., 1998).

## **Grupo de obesos, diabéticos e hipertensos en el Centro Auxiliar de San Ramón**

### **Descripción del grupo**

El equipo de medicina familiar y comunitaria integrado por médica de familia y auxiliar en enfermería, fue el encargado de la composición del grupo ODH. Los participantes fueron usuarios de ASSE residentes en la ciudad de San Ramón, de entre 50 y 85 años de edad, y diagnosticados con diabetes, hipertensión u obesidad. Consideradas la diabetes como enfermedad crónica (OMS, 2018a), la hipertensión como enfermedad crónica (OMS, s.f.a) y a su vez factor de riesgo (OMS, 2018a), y la obesidad como factor de riesgo o condición (OMS, 2018a). Los usuarios participantes compartían por lo menos una de las tres afecciones, y se encontraban en tratamiento o seguimiento con doctora en medicina familiar y comunitaria.

En los ocho encuentros concurrieron un total de veintisiete usuarios, entre los cuales veinte fueron mujeres y siete hombres.

Los encuentros en los que se registraron menor concurrencia de participantes fueron, el primero, el cual trató sobre la temática introducción y rol del grupo con la asistencia de cinco participantes; y en segundo lugar el que trató la temática cuidado y autoestima al cual asistieron seis. Al encuentro relacionado con hipertensión arterial, aumentó la participación a siete usuarios, y ocho, nueve y diez usuarios asistieron a los talleres cuyas temáticas fueron dieta saludable y balance calórico, obesidad, colesterol y ácido úrico, y diabetes mellitus, respectivamente.

Los encuentros en los que se registró mayor participación de los usuarios fueron el tercero y el cuarto, los cuales trataron la actividad física y enfermedad crónica, con la asistencia de doce usuarios cada uno.

La usuaria que asistió con mayor frecuencia a los encuentros, participó en seis de ellos, y solo un usuario concurrió a un único encuentro, quien demostró no encontrarse a gusto con las actividades propuestas.

Los únicos datos personales de los usuarios obtenidos de los encuentros fueron la relación de parentesco sanguíneo entre dos usuarias quienes concurrían juntas, la dificultad para movilizarse de tres usuarias, y la dificultad en lectoescritura de un usuario a causa de no haber culminado enseñanza primaria. No se obtuvieron datos relacionados a su vida diaria, núcleo familiar, creencias, deseos y/o proyectos.

En lo que respecta a la salud mental de los usuarios, la única información obtenida fue a raíz de la participación de la practicante en psicología en las consultas psicológicas, y del trabajo interdisciplinario con el equipo de medicina familiar y comunitaria. Tres usuarias asistían a consultas psicológicas, una por violencia doméstica y dos por depresión. Asimismo, el equipo técnico tuvo conocimiento de que una participante del grupo fue usuaria del equipo de salud mental y se encontraba en tratamiento psicofarmacológico por trastorno de personalidad.

### **Objetivos del grupo ODH**

Los objetivos generales del grupo fueron fomentar el autocuidado de la salud individual como responsabilidad propia de cada persona, brindar herramientas que ayuden a mejorar el estilo de vida de los participantes, y promover el ejercicio en salud como derecho y responsabilidad de la sociedad en la que vivimos.

Los objetivos específicos fueron promover el cuidado de la salud individual mediante la participación grupal, incentivar la identidad del grupo, el proceso colectivo y la búsqueda de objetivos comunes, fomentar la aceptación de las propias enfermedades, concientizar acerca de la importancia de una alimentación saludable y el ejercicio físico, colaborar en la disminución de factores de riesgos cardiovasculares, lograr valores de presión arterial ideales o próximos según los objetivos individuales, disminuir glicemias en ayunos, y lograr el descenso de peso en usuarios con sobrepeso u obesidad.

### **Objetivos de los encuentros de grupo ODH**

Los objetivos generales propuestos alcanzar en cada encuentro fueron promover la actividad grupal como herramienta para el cuidado de la salud, incentivar la integración, fomentar la continuidad y participación activa de los integrantes, y propiciar la identidad y autonomía del grupo, el proceso colectivo y la búsqueda de objetivos comunes. Dependiendo de la temática a trabajar se objetivizó estimular los cuidados personales en salud y autoestima en los aspectos físicos y mentales, brindar información para fomentar el conocimiento y reflexión sobre los conceptos y características de la diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, colesterol y ácido úrico, y así concientizar sobre los factores de riesgo, la importancia de los controles para la prevención, la alimentación saludable, y la realización de ejercicio físico, logrando estilos de vida saludables y una mejor adherencia al tratamiento.

### **Objetivos del equipo técnico**

Los objetivos del equipo técnico fueron realizar actividades grupales de tipo educativas para fomentar la socialización entre los usuarios, el seguimiento, el control y la evaluación de sus respectivas enfermedades crónicas.

El equipo técnico se propuso que los usuarios pudieran asistir a los talleres, formar parte de un equipo de caminatas, tener un seguimiento continuo con controles una vez por semana de presión arterial y una vez al mes de peso, cintura abdominal y talla, y concurran a consulta con nutricionista por lo menos dos veces al año.

## **Planificación y registro de campo de los encuentros del grupo ODH**

Durante la experiencia desarrollada de la practicante en psicología en el año 2018, el grupo ODH consistió en ocho encuentros realizados en el Salón de Eventos del Centro Auxiliar de San Ramón, comenzó en agosto y finalizó en noviembre, con una frecuencia quincenal.

Los encuentros generalmente se llevaron a cabo en dos modalidades, una teórica de tipo explicativa y expositiva con apoyo de diapositivas para brindar información, y otra basada en dinámicas recreativas con el objetivo de fomentar la participación activa de los usuarios, en relación a las temáticas a trabajar.

El programa del grupo y de los encuentros, fueron acordados por el equipo de medicina familiar y comunitaria, así como los objetivos, los cuales fueron logrados en menor o mayor medida. Los temas propuestos a trabajar fueron introducción y rol del grupo; cuidados y autoestima; actividad física con la participación de docente en educación física; enfermedad crónica; diabetes mellitus; hipertensión arterial con la colaboración de licenciada en nutrición; obesidad, colesterol y ácido úrico; y dieta saludable y balance calórico. A partir del desarrollo del grupo, la practicante en psicología propuso la realización de un encuentro para trabajar la estimulación cognitiva, y a partir del cual poder identificar y fortalecer estas funciones a los efectos de que sirvan como factores protectores y promotores de calidad de vida. Sin embargo, la propuesta no fue de interés para el equipo técnico, manifestando que las temáticas prioritarias de los encuentros eran otras y ya se encontraban establecidas para el año 2018, sugiriendo realizarlo al año siguiente.

Las ocho planificaciones de sus respectivos encuentros tuvieron lugar en el Centro Auxiliar de San Ramón, cada quince días, en las cuales se determinó el tiempo de duración, los objetivos y las actividades programadas en la apertura, desarrollo y cierre de los mismos. En dichas planificaciones se estipuló que los encuentros tendrían una hora y media de duración cada uno. Los primeros cuatro tuvieron una duración de entre 60 y 75 minutos, no siendo así en los restantes, los cuales duraron el tiempo estipulado ya que se realizaron controles en salud como presión arterial, peso, talla y perímetro abdominal de los usuarios participantes. Generalmente los encuentros transcurrieron según lo planificado, excepto en aquellos en los cuales surgieron inconvenientes por problemas técnicos o por falta de tiempo.

En lo que respecta a la concurrencia de los integrantes del equipo técnico, la doctora en medicina familiar y comunitaria participó en la totalidad de las planificaciones y encuentros, auxiliar en enfermería y practicante en psicología estuvieron presentes en la totalidad de las planificaciones y en siete de los ocho encuentros, y licenciada en enfermería en cinco planificaciones y cuatro encuentros. Los profesionales invitados por el equipo coordinador para participar en determinados encuentros fueron docente en educación física, quien formó parte de uno de ellos y de su correspondiente planificación; y licenciada en nutrición, quien asistió a tres encuentros y participó únicamente en una planificación. Se contó además con la presencia de

subdirectora del centro de salud en una de las planificaciones, y de partera en uno de los encuentros.

En la primera planificación se estipuló que al finalizar cada encuentro se llevaría a cabo su correspondiente evaluación a los efectos de tener un registro del número de participantes, del cumplimiento de los tiempos pautados y de la participación activa de los integrantes. Sin embargo, se realizaron solo tres correspondientes a los talleres sobre introducción y rol del grupo, cuidados y autoestima y actividad física, las cuales consistieron en reconocer aspectos positivos y a mejorar, no realizándose las restantes cinco por falta de tiempo. Es necesario destacar que no solo no se realizaron las cinco evaluaciones planificadas, sino que además no fueron considerados en las que se realizaron, aspectos como la participación activa y reflexiva de los integrantes, la dificultad en movilizarse, y la dificultad en la lectoescritura de algunos de los usuarios a causa de su nivel educativo o como consecuencia de no concurrir a los encuentros con sus lentes, datos que fueron registrados por la practicante en psicología durante los encuentros.

### **Primer encuentro: introducción y rol del grupo**

Los objetivos propuestos para el primer encuentro correspondiente a la temática introducción y rol del grupo, fueron promover la actividad grupal como herramienta para el cuidado de la salud, incentivar la identidad del grupo y la continuidad en la participación e integración de los usuarios, el proceso colectivo y los objetivos comunes.

En dicho encuentro participaron cinco usuarios, médica de familia y practicante en psicología.

Previo al inicio del taller existieron inconvenientes con los dispositivos tecnológicos a utilizar, y mientras se pretendió solucionar esta dificultad, los usuarios fueron llegando y aguardando en el exterior del salón, quienes, según se percibía, estaban inquietos y molestos.

A modo de apertura y a medida que los usuarios fueron ingresando al salón, la doctora en medicina familiar y comunitaria les entregó a cada uno una tarjeta de un color determinado y con una palabra escrita, para posteriormente ser utilizada en un momento de presentación. Dichas tarjetas estaban duplicadas, las cuales fueron seleccionadas al azar por la médica de familia, y dependiendo qué usuario tenía la coincidente debía presentarse diciendo su nombre y una característica que quisiera mencionar. Durante la presentación, las miradas de los usuarios estuvieron dirigidas hacia la médica.

Ínterin la doctora explicaba cuáles eran los objetivos del grupo, escribía en el pizarrón palabras claves que mencionaba e inmediatamente borraba. Seguidamente, a modo de exposición, hizo referencia a una breve reseña histórica sobre los grupos ODH, a las reglas grupales, el concepto de grupo ODH y lo que implica la medicina familiar y comunitaria.

La siguiente actividad consistió en encontrar cartulinas que contenían palabras, las cuales fueron previamente escondidas en el salón, para lo que los usuarios se agruparon en dos

subgrupos dependiendo el color de las tarjetas que fueron utilizadas para la presentación. Durante esta dinámica se percibió que uno de los usuarios se encontraba sin ganas de participar, y al descubrir las cartulinas se las entregaba a su compañera de equipo, expresándole: “tome, acá le conseguí una/otra”, y en ocasiones preguntaba cuántas restaban para finalizar.

Durante el transcurso del taller, dos usuarias se mostraron alegres y afines, una usuaria adulta mayor realizó buenos aportes aunque por momentos demostró no entender o no escuchar las consignas, y un participante se mostró retraído pero con interés en las actividades planteadas.

Se planificó que cada subgrupo debatiera sobre las palabras encontradas en la actividad referida anteriormente, con relación a estilos de vida saludables, y colocarlas dentro o fuera de un círculo dibujado en el pizarrón, según la importancia con la que fueran consideradas. Sin embargo, no se procedió de dicha manera ya que la consigna no fue explicada claramente, lo que determinó que se dialogara y reflexionara sobre la temática de manera grupal.

Finalmente se les propuso la realización de caminatas grupales, se les entregó a cada usuario un cronograma referido a los próximos encuentros y un formulario con preguntas a responder, con la finalidad de indagar sobre la participación en otros grupos, si se consideraban portadores de enfermedades crónicas, cuánto consideraban que sabían sobre las mismas y los conocimientos que tenían sobre la temática estilos de vida saludables.

Además de lo planificado, se les entregó una hoja a cada usuario para que anónimamente expresaran los objetivos que esperaban alcanzar como grupo. Uno de los usuarios manifestó no haber podido culminar la enseñanza primaria, y que haría lo posible para expresarse de la mejor manera y sin faltas de ortografías, requiriendo la ayuda de sus compañeros.

Al finalizar el taller, el usuario que se percibió sin ánimo de participar en las dinámicas del encuentro, le expresó a la médica de familia el desconocimiento de los efectos positivos que podrían llegar a tener las instancias grupales, frente a lo cual ella le manifestó la no obligación de asistencia.

En la evaluación del primer encuentro, realizada por el equipo técnico, se identificaron como aspectos positivos el correcto desarrollo de las dinámicas programadas en la planificación, el abordaje de los puntos importantes a trabajar y la posibilidad de reflexión de los usuarios sobre el tema propuesto. Como único aspecto a mejorar se consideró la ineficaz convocatoria telefónica, debido a que algunos de los usuarios no respondieron al llamado, o que el centro de salud no contaba con un correcto registro de los números de teléfono de los mismos, lo que desencadenó la asistencia de cinco, de veinticinco usuarios convocados.

## **Segundo encuentro: cuidados y autoestima**

El segundo encuentro, relacionado con la temática cuidados y autoestima, fue realizado con el objetivo de promover los cuidados de la salud, atendiendo su relación con la autoestima, abordando la temática desde una perspectiva lúdica y alentando la participación activa de los

integrantes del grupo.

Los participantes del equipo técnico que concurrieron al segundo encuentro fueron licenciada en enfermería, auxiliar en enfermería, doctora en medicina familiar y comunitaria y practicante en psicología. Los usuarios participantes en dicha instancia fueron seis, y dos de ellos concurrieron al primer taller.

Quince minutos previos a la hora de comienzo del encuentro, la doctora en medicina familiar y comunitaria y la practicante en psicología concurrieron al salón a los efectos de organizar las sillas formando un círculo, y en dicho momento surgió la idea de escribir en el pizarrón frases motivadoras.

Debido a que algunos usuarios se presentaron antes de la hora de inicio pautada, se aprovechó el momento para realizar controles en salud, lo cual había sido planificado para el cierre del encuentro.

Como fue estipulado, se realizó un breve resumen del primer encuentro y se repitió la misma dinámica de presentación. Durante las presentaciones, las miradas de los usuarios estuvieron dirigidas hacia ellos debido a la ubicación en ronda, a diferencia del primer encuentro en el cual las miradas de los usuarios estuvieron dirigidas hacia la médica de familia.

La doctora explicó cuáles eran los objetivos del grupo y le brindó a cada usuario el cronograma con las fechas de los próximos encuentros. Posteriormente, hizo referencia a una dinámica lúdica a desarrollarse durante el encuentro. Antes de continuar dicha actividad, la practicante en psicología mencionó el interés por reflexionar sobre las frases motivadoras escritas en el pizarrón, habilitándose así un espacio de intercambio de ideas, y enfatizándose por parte de la practicante que no existe un saber único y que el equipo técnico también aprendía de y con los usuarios.

Posteriormente, se prosiguió con un juego de mesa elaborado por el equipo técnico con cartulina, incluyendo un tablero con veintidós casilleros y un dado, diseñado para dos subgrupos. El juego consistió en lanzar un dado, y según el número obtenido recoger una tarjeta. Dichas tarjetas contenían una frase escrita, a la cual los usuarios debían responder sobre la veracidad o falsedad de la misma, las cuales indicaban además el número de casilleros a avanzar o retroceder. La dinámica del juego transcurrió según lo planificado, y todos los integrantes del equipo técnico participaron en los subgrupos, excepto la doctora en medicina familiar y comunitaria quien se limitó únicamente a dirigir la actividad. Durante el transcurso de dicha dinámica, se pautó que todos los integrantes debían leer por lo menos una frase, sin tener en cuenta que uno de los usuarios había mencionado su dificultad en lectoescritura en el encuentro anterior. Cuando le correspondió el turno de leer, una usuaria que también había asistido al primer encuentro, le expresó “deme, yo leo, que usted no sabe leer”, generando un momento de tensión entre los participantes.

El juego propició un espacio de reflexión, donde todos los participantes expresaron sus

opiniones.

Los usuarios expresaron su conformidad con la dinámica del taller, y demostraron interés en el siguiente encuentro. Al momento de retirarse todos los usuarios le agradecieron al equipo técnico y se despidieron con un beso.

Al finalizar el encuentro, el equipo técnico identificó como aspectos positivos el correcto desarrollo de las dinámicas propuestas, el abordaje y la posibilidad de reflexión de los usuarios sobre la temática autoestima. Como aspecto a mejorar se consideró la convocatoria telefónica, lo que desencadenó la poca concurrencia de los usuarios.

### **Tercer encuentro: ejercicio físico**

El tercer encuentro, relacionado con la temática de ejercicio físico, tuvo como objetivo estimular su realización como pilar fundamental en la salud, para lo cual se propuso promover la actividad física como prevención, fomentar distintos tipos de ejercicios físicos e informar sobre los cuidados básicos necesarios según las patologías de los usuarios.

En el mencionado encuentro estuvieron presentes, licenciada en enfermería, auxiliar en enfermería, doctora en medicina familiar y comunitaria, practicante en psicología, invitado docente en educación física y doce usuarios. Además concurrieron las hijas de dos usuarias. De los doce usuarios, uno concurrió al primer encuentro, y dos al segundo.

Algunas de las usuarias, al ver que otras habían llegado acompañadas, manifestaron su deseo de ser también acompañadas a los siguientes encuentros por personas de su vínculo familiar, a lo que la doctora les respondió que el grupo solo se integraba por usuarios que padecieran obesidad, hipertensión arterial y/o diabetes, y que estuvieran en seguimiento por ella.

Según lo planificado, el encuentro se dividió en dos secciones, una teórica referente a la importancia de la actividad física en las patologías crónicas, y otra práctica, al aire libre, en la cual se realizó ejercicio físico a cargo del docente invitado.

Al inicio del taller, los participantes se ubicaron sentados en sillas mirando hacia la pared, debido a que estas se encontraban en dicha posición, ya que la doctora presentaría la temática utilizando proyector y diapositivas, lo cual no había sido planificado.

Previo al encuentro el docente en educación física, profesional invitado, no se comunicó con el equipo técnico del centro de salud ni envió vía e-mail su propuesta, tal como se comprometió durante la planificación en la que se encontró presente, lo cual determinó que la doctora diseñara una presentación con diapositivas en relación a la temática. Dicha situación tuvo como consecuencia dos presentaciones expositivas, una de la médica de familia y otra del docente en educación física, siendo reiterativos. Durante la presentación de las mismas, la médica se situó detrás de los usuarios imposibilitando el contacto visual con ellos, a diferencia del docente en educación física que dando cuenta de esto, se ubicó adelante para que todos pudieran verlo y así poder interactuar. Algunos usuarios comentaron no poder ver lo presentado ya que no llevaron

consigo sus lentes.

Durante el transcurso del encuentro, una usuaria levantó la mano y dirigiéndose a la doctora le preguntó “perdón doctora, ¿puedo hacerle una pregunta al profesor de educación física?”, a lo que ella respondió “sí, claro.”

A continuación la doctora mencionó los objetivos propuestos para el taller, destacando la importancia de la actividad física, contando con el aporte del docente.

La actividad física coordinada por el profesional invitado fue acorde a las edades de los usuarios, durante la cual se escuchaban risas, y si bien algunos tenían dificultad para moverse activamente, hacían lo que podían.

Al finalizar, los usuarios evacuaron dudas acerca del comienzo de una rutina de actividad física. Posteriormente se realizaron controles de peso, talla y perímetro abdominal.

Los usuarios expresaron haberse sentido a gusto con la asistencia del profesor en educación física, y al momento de retirarse se despidieron con un beso, agradeciendo.

El equipo técnico identificó como aspectos positivos del tercer encuentro, la posibilidad de disponer de recursos materiales, tales como computadora y proyector, lo que permitió realizar una presentación sobre lo concerniente a la actividad física, así como el rol activo del docente en educación física invitado. Asimismo, se identificó además como aspecto positivo la asistencia de dos acompañantes que no formaban parte del grupo ODH por no tener ninguna de las afecciones requeridas.

#### **Cuarto encuentro: enfermedad crónica**

El cuarto encuentro se realizó sobre la temática enfermedad crónica. Los objetivos del mismo fueron informar sobre el concepto y las características de las enfermedades crónicas no transmisibles, los pilares fundamentales para lograr un buen control, y concientizar sobre sus factores de riesgo y la importancia de la prevención de sus complicaciones.

Los participantes de dicho encuentro fueron licenciada en enfermería, auxiliar en enfermería, doctora en medicina familiar y comunitaria, practicante en psicología, partera, y doce usuarios de los cuales seis concurrieron al encuentro por primera vez, tres habían asistido a uno, y tres a los dos encuentros anteriores, percibiéndose respecto de estos últimos mayor confianza. A medida que los usuarios ingresaban al salón, se ubicaban en las sillas las cuales se encontraban posicionadas en forma de círculo.

Al comienzo del taller, se realizó un breve resumen sobre los tres primeros encuentros, y posteriormente se dio lugar a la presentación de cada integrante.

Para realizar las actividades planificadas, la doctora agrupó a los usuarios en cuatro subgrupos según números elegidos al azar. Las mismas consistieron en formar definiciones de enfermedad crónica, hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus y dislipemias, partiendo de tres palabras que se les había asignado. Asimismo, se le entregó a cada subgrupo una tarjeta

escrita con un mito sobre las enfermedades crónicas, a los efectos de reflexionar y debatir sobre el mismo.

Durante el desarrollo de dichas actividades, las cuales transcurrieron según lo planificado, todos los integrantes participaron de las dinámicas grupales, excepto la doctora quien observaba a cada subgrupo mientras caminaba por el salón. Para culminar, se realizó una puesta en común sobre las actividades realizadas entre los diferentes subgrupos.

Una vez finalizado el encuentro y al momento de retirarse, solo una usuaria se despidió de la doctora diciéndole “chau doctora, muchas gracias”.

### **Quinto encuentro: diabetes mellitus**

El quinto encuentro se llevó a cabo para abordar la temática diabetes mellitus. Para esto tuvo como objetivos informar sobre el concepto de diabetes mellitus, concientizar sobre la importancia de su diagnóstico, tratamiento y de un buen control como prevención de sus complicaciones, además de promover estilos de vida saludables.

Las integrantes del equipo técnico presentes en dicho encuentro fueron auxiliar en enfermería, doctora en medicina familiar y comunitaria, practicante en psicología, licenciada en nutrición como invitada, y diez usuarios de los cuales dos concurren por primera vez, tres asistieron a tres encuentros anteriores, tres a dos de ellos, y dos a un solo encuentro.

Al ingresar al salón los participantes se ubicaron en sillas posicionadas formando un círculo, y al comienzo del taller se realizó una breve presentación.

El equipo técnico en conjunto con licenciada en nutrición, programaron como dinámicas subgrupales la dramatización de representaciones ficticias, ya determinadas en la planificación, de usuarios diagnosticados con diabetes mellitus en consultas médicas, y además una actividad que consistió en que los usuarios determinaran la veracidad o falsedad de frases referentes a la temática. Respecto a la primera actividad, la practicante en psicología sugirió en la planificación, que las escenas a dramatizar fueran elaboradas por los propios usuarios, sin embargo el resto del equipo técnico manifestó que dicha consigna resultaría muy difícil para ellos. Durante la dramatización de las escenas, se escucharon risas y comentarios de los usuarios haciendo mención a que se identificaban con lo representado.

En cuanto a la segunda actividad consistente en el verdadero o falso de las frases indicadas por licenciada en nutrición, los participantes se mostraron interesados. Situados los presentes formando un círculo, y a modo de cierre de dicha dinámica, la doctora propició un espacio para que los usuarios pudieran realizar preguntas, opiniones y comentarios.

Una de las usuarias, quien asistió al grupo por primera vez, expresó su malestar ante las reiteradas interrupciones de su tratamiento debido a las renuncias de sus médicos tratantes al trabajo en el Centro Auxiliar de San Ramón. La doctora sentada sobre la mesa, ubicada al lado del pizarrón y con el marcador en la mano, sugirió continuar con los aportes de otros usuarios, y

posteriormente con las actividades planificadas, frente a lo cual la usuaria insistió en abordar su problemática. Propiciando un espacio de reflexión, la practicante en psicología manifestó comprenderla y, dirigiéndose al resto de los participantes, preguntó si les había ocurrido algo similar a lo planteado por la usuaria, a lo cual respondieron afirmativamente. La usuaria utilizó dicha instancia para dar cuenta además de situaciones personales de su vida diaria relacionadas con su enfermedad, haciendo énfasis a las actitudes machistas de su cónyuge, y lo difícil que le resultaba continuar con el tratamiento a partir de su diagnóstico de diabetes. Frente a la respuesta omisa de los presentes, cambió su ubicación posicionándose frente al pizarrón, dándole el lugar a la doctora para proseguir con la explicación sobre las causas del diagnóstico de diabetes. Durante dicha explicación, una usuaria se encontraba ubicada en posición opuesta al pizarrón, en el cual la doctora escribía palabras referentes a la temática, que subrayaba e inmediatamente borraba, y las cuales no se lograban leer debido a que el marcador que utilizó no tenía tinta. La practicante en psicología le manifestó a la médica dicha situación, frente a lo cual le respondió “no importa, voy a seguir escribiendo igual”.

Al culminar el encuentro, algunos de los usuarios expresaron sentirse a gusto con la asistencia de licenciada en nutrición, y manifestaron interés en que siguiera participando en próximos encuentros.

Posteriormente a que los usuarios se retiraran del salón, y encontrándose a solas el equipo técnico, la practicante en psicología hizo referencia a lo enriquecedor que había sido el encuentro, frente a lo cual un integrante del mismo le respondió “sí, pero una masa la usuaria nueva”, haciendo referencia a la usuaria que manifestó su problemática personal.

### **Sexto encuentro: hipertensión arterial**

El sexto encuentro, correspondiente a la temática hipertensión arterial, tuvo como objetivos brindar información sobre dicha afección, estimular cambios de vida saludables para la persona diagnosticada, reflexionar sobre los cuidados y la prevención de las complicaciones, y promover una mejor adherencia al tratamiento.

Dicho encuentro estuvo integrado por auxiliar en enfermería, doctora en medicina familiar y comunitaria, invitada licenciada en nutrición, y siete usuarios de los cuales uno concurrió a cuatro encuentros anteriores, otro a tres, tres asistieron a dos, y dos solo a uno.

Es preciso señalar que si bien la practicante en psicología no participó del encuentro por motivos personales académicos, formó parte de la planificación del mismo. Según los datos obtenidos por medio de la doctora en medicina familiar y comunitaria, el encuentro transcurrió tal como fue planificado.

Se planificó realizar una breve introducción sobre la temática hipertensión arterial, y se propusieron para el desarrollo del encuentro tres dinámicas subgrupales, las cuales fueron juego de cartas, sopa de letras y búsqueda del tesoro. El juego de cartas consistió en entregarle a cada

subgrupo veinte cartas con una palabra escrita cada una relacionada con la temática hipertensión arterial, uno de los integrantes del equipo técnico leería una definición respecto a dicha temática, y los participantes debían identificar la palabra que se correspondiera a la misma. La segunda actividad radicó en que cada usuario debía buscar las palabras previamente trabajadas, en sopas de letras entregadas por el equipo técnico. Por último, la actividad búsqueda del tesoro consistió en la búsqueda por parte de los usuarios de etiquetas nutricionales escondidas en el salón.

Para finalizar el encuentro, se les brindó a los usuarios información sobre la dieta correspondiente para una persona con hipertensión arterial.

### **Séptimo encuentro: obesidad, colesterol y ácido úrico**

El séptimo encuentro aconteció con la finalidad de abordar la temática obesidad, colesterol y ácido úrico. El mismo tuvo como objetivos brindar información sobre la temática, reflexionar sobre la importancia de sus cuidados y prevención, y estimular cambios de vida saludables.

Los integrantes de dicho encuentro fueron licenciada en enfermería, auxiliar en enfermería, doctora en medicina familiar y comunitaria, practicante en psicología, y nueve usuarios de los cuales uno concurrió anteriormente a cinco encuentros, dos asistieron a cuatro, otros cuatro a tres, uno a dos, y uno por primera vez. El encuentro se llevó a cabo en dos espacios físicos diferentes, una primera parte en el jardín del centro de salud, y la segunda en el salón.

En el jardín se les explicó a los usuarios la dinámica a desarrollarse, la cual radicó en el juego del cartero. Dicha actividad consistió en que los participantes preguntaran “¿prevención, para quién?”, a lo que la doctora respondía nombrando a un usuario al azar “para (...), de la siguiente definición (...)”, y los usuarios debían responder cuál era la palabra que hacía alusión a la misma, con la ayuda visual de las palabras escritas en dos papelógrafos. El usuario que respondiera correctamente avanzaba el número de pasos correspondiente a las sílabas de la palabra. Durante el desarrollo de dicha actividad, la licenciada en enfermería fotografió a los participantes, y en determinado momento respondió un llamado telefónico. Se observó que dos de las usuarias se apoyaron en columnas de hormigón debido a la dificultad que tenían para mantenerse de pie, y otros no lograron visualizar las palabras escritas en los papelógrafos. La dinámica transcurrió tan rápidamente que incluso a la practicante en psicología se le dificultó identificar las palabras correspondientes a las definiciones, teniendo en cuenta que había participado de la planificación. Por este motivo, le mencionó al equipo técnico la posibilidad de que cada usuario leyera una definición a los efectos de darles participación en la dinámica, respetando así los tiempos de reflexión de cada uno. La licenciada en enfermería estuvo de acuerdo, sin embargo la doctora no demostró interés ignorando dicha propuesta.

Finalizada la dinámica en el jardín del centro auxiliar, los participantes se dirigieron al salón, donde se sentaron en las sillas formando un círculo, tomándose unos minutos para descansar. La doctora mencionó, transcurriendo el mes de noviembre, que faltaban solo dos encuentros para

culminar las actividades propuestas para el grupo, por lo cual les sugirió a los usuarios que pensarán en una actividad que quisieran realizar a modo de cierre, como por ejemplo una merienda compartida o un baile. Les preguntó además qué temas consideraban de interés para abordarlos el próximo año. La practicante en psicología hizo referencia a que su pasantía finalizaba en enero, motivo por el cual los usuarios se mostraron afligidos.

A modo de cierre, la doctora aludió a que en “la próxima clase” se trabajaría sobre la temática dieta saludable y balance calórico, con la colaboración de licenciada en nutrición.

Según lo planificado, la auxiliar en enfermería realizó controles de peso y altura, generándose un espacio de diálogo entre los usuarios, quienes realizaban bromas planificando quién llevaría sidra y pan dulce al encuentro de despedida.

### **Octavo encuentro: dieta saludable y balance calórico**

El octavo encuentro fue planificado con la finalidad de trabajar sobre la temática dieta saludable y balance calórico. El mismo tuvo como objetivos concientizar sobre la importancia de una alimentación saludable para la salud, y reflexionar sobre las calorías presentes en los alimentos.

Los integrantes de dicho encuentro fueron auxiliar en enfermería, doctora en medicina familiar y comunitaria, practicante en psicología, licenciada en nutrición como invitada, y ocho usuarios de los cuales solo uno concurrió a seis encuentros, otro a cinco, dos concurrieron a cuatro, uno a tres, y tres a dos.

A medida que los usuarios ingresaban al salón, la practicante en psicología les entregó a cada uno folletos informativos y juegos tales como sopa de letras, verdadero o falso, y otro que consistía en unir palabras con sus correspondientes definiciones, todo sobre la temática violencia de género, por el día de la Violencia contra la Mujer. Sentados en sillas ubicadas en forma de círculo, los usuarios realizaban dichas actividades ayudándose entre sí, mientras aguardaban a que llegaran el resto de los usuarios. La doctora le comentó a una participante que dichas actividades fueron entregadas para que cada uno las realizara en sus respectivos hogares, ya que esto no fue planificado, a lo que la practicante manifestó que las podían realizar en dicho momento, ya que era una instancia de participación grupal que fomentaba el diálogo entre ellos.

El taller se conformó por dos dinámicas, una diseñada y coordinada por el equipo técnico del centro de salud, y otra por la invitada licenciada en nutrición. La primera se llamó Bingo y consistió en un tablero de cartón con dibujos de alimentos saludables, en el cual los usuarios debían colocar semillas de maíz sobre el dibujo que se mencionaba según tarjetas que se seleccionaban al azar por la doctora. Se sugirió por parte de la practicante en psicología que la selección se realizara mediante rotación, a los efectos de que los usuarios tuvieran mayor participación. Siguiendo dicha propuesta, cada uno de los usuarios seleccionó una tarjeta, favoreciendo así la interacción entre ellos. Todos los integrantes, incluso la invitada licenciada en nutrición, participaron

de la dinámica.

La segunda actividad fue diseñada y coordinada por licenciada en nutrición, la cual consistió en entregarles a los usuarios dibujos de platos vacíos en los cuales debían colocar y/o escribir alimentos utilizados en la dinámica del Bingo, y que habían sido ingeridos por ellos en sus almuerzos del día anterior. Una vez finalizada la dinámica por los usuarios, y mientras la nutricionista evaluaba las calorías correspondientes a cada alimento, se escucharon risas y comentarios que propiciaron para pensar en conjunto cómo balancear la alimentación durante el día.

Se planificó realizar controles de peso, talla y perímetro abdominal, que no fueron llevados a cabo por falta de tiempo.

Los usuarios manifestaron haberse divertido en dicho encuentro, y que para el próximo, a modo de despedida para la practicante en psicología, cada uno llevaría un alimento saludable con la finalidad de realizar una merienda compartida.

A dicha despedida concurren seis usuarias. Uno de los usuarios que participó de los encuentros con frecuencia no pudo asistir, por lo que envió un alimento mediante una de ellas. Se encontraron presentes además, doctora en medicina familiar y comunitaria, auxiliar en enfermería y practicante en psicología. Algunas asistieron con alimentos saludables acorde a lo propuesto, y otras con alimentos o bebidas que contenían azúcar. Las presentes se despidieron de la practicante en psicología emocionadas, y le obsequiaron un regalo como recuerdo de su participación en el grupo ODH. Luego de finalizada la merienda compartida, la doctora mencionó sorprendida que dos de las usuarias habían ingerido alimentos no saludables, sin tener en cuenta que ella se encontraba presente.

### Cuadro de síntesis de los encuentros

| Encuentros  | Participantes  | Objetivos   | Actividades realizadas  | Evaluaciones   |
|---|--|---|---|--|
| Primer encuentro: introducción y rol del grupo        | Médica de familia, practicante en psicología y cinco usuarios  | Promover la actividad grupal, integración en el grupo y continuidad en la participación. Fomentar la identidad del grupo, el proceso colectivo y la búsqueda de objetivos comunes.      | Presentación de integrantes y objetivos. Dinámica lúdica. Diálogo y reflexión sobre temática. | Dinámicas desarrolladas correctamente. Logro de los objetivos. Posibilidad de reflexión. Ineficaz convocatoria telefónica.               |
| Segundo encuentro: cuidados y autoestima              | Licenciada en enfermería, auxiliar en enfermería, médica de familia, practicante en psicología y seis usuarios.                              | Abordar conceptos de autoestima y cuidados, y su relación con la salud. Promover la participación activa de los integrantes.  | Controles en salud. Presentación de integrantes y objetivos. Dinámica lúdica.                 | Dinámicas desarrolladas correctamente. Logro de los objetivos planificados. Reflexión de los usuarios. Ineficaz convocatoria telefónica. |
| Tercer encuentro: ejercicio físico                    | Licenciada en enfermería, auxiliar en enfermería, médica de familia, practicante en psicología, docente en educación física y doce usuarios. | Estimular la realización de ejercicio físico. Informar sobre cuidados básicos según patologías.   | Exposición teórica. Presentación de objetivos. Ejercicio físico al aire libre.                | Se contó con recursos materiales. Participación activa del docente. Participación de acompañantes. Ineficaz convocatoria telefónica.     |
| Cuarto encuentro: enfermedad crónica                  | Licenciada en enfermería, auxiliar en enfermería, médica de familia, practicante en psicología, partera y doce usuarios.                     | Abordar concepto y características de enfermedad crónica. Concientizar sobre factores de riesgo e importancia de los controles en salud. Prevención de complicaciones.                  | Trabajo en grupo sobre definiciones y mitos. Puesta en común.                                 | No se realizó  |
| Quinto encuentro: diabetes mellitus                   | Auxiliar en enfermería, médica de familia, practicante en psicología, licenciada en nutrición y diez usuarios.                               | Abordar concepto de diabetes, su diagnóstico y tratamiento. Concientizar sobre buen control en salud. Promover estilos de vida saludables.  | Dramatización de representaciones ficticias. Verdadero o Falso. Espacio de reflexión.         | No se realizó  |
| Sexto encuentro: hipertensión arterial                | Auxiliar en enfermería, médica de familia, invitada licenciada en nutrición y siete usuarios.  | Abordar el concepto de hipertensión arterial. Promover estilos de vida saludables y una mejor adherencia al tratamiento. Reflexionar sobre los cuidados y prevención de complicaciones. | Exposición teórica. Dinámicas lúdicas.  | No se realizó  |
| Séptimo encuentro: obesidad, colesterol y ácido úrico | Licenciada en enfermería, auxiliar en enfermería, médica de familia, practicante en psicología y nueve usuarios.                             | Abordar el concepto de obesidad, colesterol y ácido úrico. Promover estilos de vida saludables. Reflexionar sobre cuidados y prevención.  | Dinámica lúdica. Espacio de reflexión. Controles en salud.                                    | No se realizó  |
| Octavo encuentro: dieta saludable y balance calórico  | Auxiliar en enfermería, médica de familia, practicante en psicología, invitada licenciada en nutrición y ocho usuarios.                      | Concientizar sobre la importancia de alimentación saludable. Reflexionar sobre calorías ingeridas.  | Dinámicas lúdicas.  | No se realizó  |

## **Articulación conceptual**

### **Obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial**

#### **Enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo**

El equipo técnico del grupo ODH, de acuerdo con la OMS (2018a), considera a la diabetes como una enfermedad crónica; a la obesidad como un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, entre otras enfermedades crónicas (2018c); y a la hipertensión arterial como una enfermedad crónica (2018a), y a su vez un factor de riesgo para otras enfermedades cardiovasculares como infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, aneurismas y accidentes cerebrovasculares (OMS, 2015). Definido el factor de riesgo como característica o rasgo que aumenta la posibilidad de padecer una enfermedad (OMS, s.f.b).

Las principales enfermedades no transmisibles (ENT) o crónicas son: diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, y cáncer. Generalmente son de larga duración y progresivas, se encuentran asociadas a factores ambientales, genéticos, fisiológicos y conductuales. Pueden afectar a personas de cualquier edad, país o región, aunque generalmente se presentan en edades avanzadas, y se registra más del 85% de muertes en países de ingresos medios y bajos (OMS, 2018a).

La diabetes se genera cuando el páncreas no produce o cuando el organismo no utiliza suficiente cantidad de insulina, hormona encargada de regular el azúcar en sangre. Se clasifica en tipo 1, tipo 2 y gestacional. La de tipo 2, no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta, es la que se da mayoritariamente debido al sobrepeso, la obesidad y la falta de ejercicio físico (OMS, 2018b), siendo esta la diagnosticada a los usuarios del grupo ODH.

La obesidad es una excesiva acumulación de grasa que puede ser perjudicial para la salud. La causa es el desequilibrio entre las calorías consumidas y las gastadas, lo que se produce por el consumo de alimentos con mayores grasas y la poca actividad física debido al sedentarismo, los nuevos medios de transporte y la rápida urbanización (OMS, 2018c).

La hipertensión arterial también llamada tensión arterial alta, indica una tensión elevada y persistente en los vasos sanguíneos, y es el mayor factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares. La tensión arterial es definida como la fuerza que ejerce la sangre, al ser bombeada por el corazón, en las paredes de los vasos (arterias). A mayor tensión, mayor esfuerzo requiere el corazón (OMS, s.f.c).

Otros factores de riesgo para estas afecciones son la mala alimentación, la no realización de ejercicio físico, el frecuente y alto consumo de alcohol, la exposición al humo de tabaco, y en líneas generales, la urbanización rápida no planificada, los estilos de vida no saludables y el envejecimiento de la población (OMS, 2018a).

Los principales factores de riesgo de obesidad, diabetes e hipertensión son los relacionados con el estilo de vida de las personas, tales como la mala alimentación, la no realización de

actividad física, la alteración de ciclos sueño-vigilia, el consumo de sustancias tóxicas y el mal manejo de estrés (Grau, 2016a).

Los factores subjetivos perjudiciales o estresantes, protectores y moduladores juegan un papel importante en estas afecciones. Los primeros tienen que ver con estados emocionales como ansiedad, depresión y estrés, aislamiento social y creencias desfavorables. Los factores protectores influyentes son el conocimiento de las enfermedades, el control en salud, el apoyo social, y los pensamientos positivos que contribuyan a la resiliencia. Y por último, los factores moduladores son los influyentes en la adaptación una vez realizado el diagnóstico, como los tratamientos, la relación médico-paciente y la calidad de vida (Grau, 2016b).

Las ENT implican un gran costo para la sociedad y una gran carga económica para el sistema de salud, las empresas y las personas. Sin el diagnóstico temprano y la prevención adecuada, los costos aumentan debido a los tratamientos, procedimientos quirúrgicos y medicamentos (Organización Panamericana de la Salud [OPS] y OMS, 2014).

Las consecuencias psicosociales de las enfermedades crónicas amenazan la integridad del sujeto, afectando la seguridad económica, requiriendo la modificación de hábitos y costumbres, causando estigmas, emociones negativas así como aislamiento social, además de una “agotadora lucha emocional para conservar la integridad y el respeto a sí mismo, para preservar la auto-identidad” (Grau, 2016a, p. 140).

Las formas de prevención del individuo de las enfermedades mencionadas, corresponden a la disminución de alimentos no saludables y azúcares, la ingesta de alimentos saludables como frutas y verduras, entre otros, y la frecuente realización de actividad física (OMS, 2018a), lo cual es posible si la persona tiene acceso a este estilo de vida.

Si bien los comportamientos de la persona asociados a la voluntad y motivación inciden en la aparición de estas patologías, también tienen una gran influencia las condiciones sociales, a modo de ejemplo se puede decir que “la alimentación saludable no depende solo del conocimiento y voluntad selectiva por el alimento que se consume, sino también por la accesibilidad a los costos del mercado” (Grau, 2016a, p. 141).

Las personas enferman o tienen salud en función de la forma en cómo viven, alimentan, reproducen, trabajan, relacionan, se educan, desarrollan sus capacidades y enfrentan sus limitaciones (OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud [CDSS], 2009).

## **Determinantes sociales y calidad de vida**

A partir de la década del sesenta, el proceso salud-enfermedad toma en cuenta la nueva realidad epidemiológica, considerando la multicausalidad en la aparición de las enfermedades no transmisibles y la importancia del trabajo interdisciplinario en el primer nivel de atención, basado en la salud y no en la enfermedad (Vignolo y Sosa, 2013).

Considerar la multicausalidad en la génesis de las enfermedades, implica tener en cuenta que la subjetividad y el comportamiento de la persona son condicionantes para el proceso salud-enfermedad, siendo influyente lo social, lo político y no solo lo biológico y lo natural. El hombre es un ser social por naturaleza y las causas de las afecciones no pueden ser pensadas meramente como biológicas (Catalayud, 2009). En este aspecto radica la importancia de la psicología, así como la necesidad de intervención desde una perspectiva biopsicosocial y del trabajo inter y transdisciplinario para la promoción en salud y prevención de enfermedades.

Los determinantes para la salud son las condiciones sociales, económicas y políticas en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y el acceso a la asistencia sanitaria (OMS. CDSS, 2009).

Teniendo en cuenta esta perspectiva, y en base a los datos registrados en el transcurso de las planificaciones y de los encuentros del grupo ODH, se puede entender que existe una contradicción al considerar a dicho grupo como dispositivo enfocado en prevención y promoción basado en la fomentación de estilos de vida saludables, debido a que no fueron considerados los aspectos psicosociales influyentes en las enfermedades, ni el contexto socio cultural de los usuarios.

Los datos registrados que dan cuenta sobre lo mencionado anteriormente son: los objetivos del grupo ODH pautados por el equipo de medicina familiar y comunitaria, sin tener en cuenta las necesidades de los usuarios; la no inclusión de personas de sus vínculos familiares; la no consideración de ciertos aspectos de los usuarios como la dificultad en la lectoescritura o la dificultad para ver y movilizarse; la dinámica de dramatización de representaciones ficticias ya planificadas por el equipo técnico; la no escucha activa a una usuaria que expresó su malestar frente a interrupciones en su tratamiento causadas por las renunciadas de sus médicos tratantes al centro de salud, así como problemáticas relacionadas con situaciones de su vida diaria; la disconformidad de la médica de familia a la ingesta de alimentos no saludables por parte de dos usuarias en la merienda compartida realizada a modo de despedida, no teniendo en cuenta que se encontraba ella presente.

Los factores determinantes de la obesidad, diabetes e hipertensión son los relacionados con el ambiente, los estilos de vida y hábitos, la herencia, los niveles de estrés, y la calidad de asistencia de una enfermedad que puede llegar a ser crónica (Vinaccia y Orozco, 2005).

En las enfermedades crónicas no transmisibles juegan un rol muy importante los estilos de vida, los recursos sociales y culturales, las emociones negativas y el estrés. Con el envejecimiento

poblacional estas patologías se vuelven más prolongadas y frecuentes, “en el siglo XXI, toda persona tendrá algún tipo de enfermedad crónica y vivirá con otra que también la tenga” (Grau, 2016, p. 139). En relación con lo mencionado anteriormente, es necesario considerar nuevos modelos de control e intervención, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud, los usuarios y sus familias y la comunidad, dejando de lado la atención individual.

Lalonde (1974), propone cuatro componentes para evaluar el grado de salud de las personas: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención en salud (De Lellis, Interlandi y Martino, 2015), entendiendo que las causas de muertes prematuras y enfermedades, trascienden la atención médica.

Con relación a los aspectos que influyen en la salud y en la aparición de enfermedades, De Lellis, Saforcada y Mozobancyk (2010) plantean más específicamente

Los estilos de vida, los hábitos, las creencias, las representaciones sociales, el comportamiento, la subjetividad, los sistemas valorativos actitudinales, la autoestima, el desarrollo de destrezas para la vida, lo afectivo-emocional, el estrés cotidiano, etcétera (...) se abren en una infinidad de subcomponentes; por ejemplo, en relación a los hábitos están los que se refieren al uso del tiempo (trabajo, ocio, descanso), a lo alimentario, a la actividad corporal, a los modos de interactuar con los demás, al uso de sustancias tóxicas, etcétera. (p. 25)

Desde esta perspectiva, la vida cotidiana se encuentra estrechamente vinculada a la situación de salud de las personas, incidiendo positivamente o generando predisposición a enfermedades. Las formas de vida social abren o cierran oportunidades, las cuales son desiguales. Con relación a lo referido precedentemente, Rosen (1985) establece

En un discurso sobre la miseria de los pueblos como madre de las enfermedades y que data del año 1790, Frank afirmó que “el rico y el pobre tienen padecimientos peculiares (...) debido a que cada clase social sufre las enfermedades determinadas por su diferente modo de vivir”. (Citado en De Lellis, Interlandi y Martino, 2015, p. 17)

En la misma línea, contribuyendo a la perspectiva integral, Max Neef (1986) propone un enfoque de desarrollo a escala humana centrado en la persona y no en los objetos, relacionado con la satisfacción de necesidades básicas fundamentales clasificables en existenciales (ser, tener, hacer y estar) y axiológicas (subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad), a través del cual identifica la calidad de vida como indicador del mejor proceso de desarrollo. Según este autor, la calidad de vida está relacionada con el nivel de vida, bienestar, satisfacción y felicidad, y es el resultado de la interacción de los factores

objetivos externos y subjetivos. Los primeros se relacionan con la economía, lo socio político y lo cultural que influyen en el desarrollo de la persona, y los segundos con la valoración del estado físico, emocional y social que tiene el sujeto de su propia vida. La calidad de vida depende de las posibilidades que tienen las personas de acceder a los satisfactores los cuales se van modificando para cubrir sus necesidades, siendo estas últimas siempre las mismas en distintos periodos de tiempo y en distintas culturas. Pensar en las necesidades como carencia significa restringirlas a lo fisiológico o subjetivo, no obstante estas comprometen, motivan y movilizan a las personas, son también potencialidades y pueden llegar a ser recursos.

Calidad de vida es un concepto dualista, considerado positivo o negativo, objetivo o subjetivo, social o individual. Las condiciones de vida, el entorno y ambiente saludable, la eliminación de síntomas o dolores, el fortalecimiento de la autoestima, el apoyo social y el acceso a servicios y beneficios sociales y culturales, contribuyen a la calidad de vida (Grau, 2015).

Según Vinaccia y Orozco (2005) la “calidad de vida (CV) abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual” (p. 127). Es uno de los determinantes más importantes de la salud, y la salud es producto de la calidad de vida, estableciendo así una relación recíproca.

No solo es importante tener en cuenta la calidad de vida como determinante de la salud para brindar una atención integral, sino que también es importante para el personal del área de salud evaluar la calidad de vida de los usuarios, ya que esto permite detectar fallas en la atención y determinar si lo que se hace es suficiente o no, pudiendo de esta manera mejorar los métodos de intervención (Vinaccia y Orozco, 2005).

En suma, los datos registrados del grupo ODH expuestos, son emergentes de un modelo de atención que se contrapone al enfoque biopsicosocial descrito en este capítulo.

### **Modelos de atención del grupo ODH**

Cuando se alude al modelo de atención en salud se refiere a una organización sistemática de un conjunto de acciones, prácticas y prestaciones articuladas en función de un paradigma.

Para poder contextualizar el paradigma predominante en el modelo de atención, es necesario tener en cuenta que desde la historia de la medicina, a partir de la conceptualización del proceso salud-enfermedad desde un enfoque individual restringido a lo biologicista hacia un enfoque integral relacionado a las condiciones sociales, se distinguen dos modelos diferenciados. Por un lado la medicina clínica individual reduccionista y por otro la medicina social expansiva (De Lellis, Saforcada y Mozobancyk, 2010).

Menéndez (1985) plantea que el modelo médico hegemónico se encuentra en crisis desde hace varias décadas a causa del aumento de los costos de la atención en salud, el consumo de equipos y fármacos, la intervención médica, la iatrogenia e ineficacia; debido además a que los criterios de productividad y rendimiento en la atención médica se encuentran en detrimento de su calidad, a la ampliación ideológica y técnica de la medicalización y la reducción de eficacia, a la

carencia de relación entre el aumento de los costos, al perfil epidemiológico, y al predominio de las estrategias curativas respecto de las preventivas en las instituciones de salud en general. Dicha crisis dio lugar a un modelo antropológico alternativo que enfatiza la importancia y legitimidad de la racionalidad cultural y social de los grupos, las estrategias de un saber colectivo, la importancia de la comunidad en el primer nivel de atención, teniendo en cuenta las clases sociales y las desigualdades.

En la misma línea, en relación a la salud y su abordaje, Saforcada (1999) diferencia dos modelos de atención, el modelo individual restrictivo y el social expansivo. El modelo individual restrictivo es monodisciplinario o bidisciplinario, con función rehabilitadora, enfocándose en la enfermedad desde una perspectiva biológica, dejando de lado aspectos del entorno, contexto y situación socio económica de la persona. El modelo social expansivo es multidisciplinario, con función protectora y promocional, enfocándose en el proceso de salud de la persona considerando aspectos biopsicosociales y económicos.

En nuestro país, como respuesta a la crisis de los servicios de salud y para satisfacer las expectativas y las necesidades de la población, surge la Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud en el marco de la Reforma en el Sistema de Salud (Uruguay, 2007, diciembre 13). Dicha reforma tiene como objetivo general la universalización del acceso integral a servicios de salud en base a la equidad, continuidad, oportunidad y calidad asistencial, desde un enfoque de atención integral basado en la prevención y promoción, capacidad de diagnóstico en forma precoz y tratamiento oportuno, dispensarización de lo crónico y cuidados paliativos, que funcionan como estrategias de la atención primaria en salud (APS) asegurando así una mayor capacidad resolutive en el primer nivel de atención (Poder Ejecutivo (Uruguay), 2007).

Además del cambio en el modelo de atención, el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) propuso cambios en la atención médica, reformas sociales y económicas (León y Vázquez, 2013).

La atención primaria en salud es la principal función del Sistema Nacional Integrado de Salud. Es una estrategia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas al alcance de todas las personas, familias y comunidades, con un costo alcanzable y adaptado al desarrollo de cada país. Está caracterizada por la integridad, interdisciplinariedad, participación comunitaria, intersectorialidad, accesibilidad y descentralización, implicando una organización de servicios en distintos niveles de atención diferenciados entre sí por grados de complejidad (OMS, 1978).

El grupo ODH es un dispositivo fundamental en el marco de la reforma del modelo de atención (MSP (Uruguay). Dirección General de la Salud, 2017), para lo cual es necesaria la atención integral en la prevención de enfermedades y promoción de salud. Teniendo en cuenta el enfoque biopsicosocial y la perspectiva de Max Neef (1986), los servicios de atención en salud podrán satisfacer las necesidades fundamentales en la medida que el modelo de atención sea enfocado desde un enfoque antropológico alternativo o social expansivo.

El modelo médico individual o hegemónico ha dejado instaurado el autoritarismo como consecuencia. Es por esta razón que “es muy frecuente que sea el médico (...) quien tenga “la voz cantante” con respecto a la identificación de molestias, quejas y sufrimientos del paciente, minimizando -e incluso, muchas veces ignorando- la propia opinión y el punto de vista del paciente” (Grau, 2015, p. 21).

Los objetivos del grupo ODH como grupo terapéutico, deben encontrarse enmarcados atendiendo al modelo de atención en salud como al modelo de gestión sanitaria, contribuyendo a la atención integral y longitudinal de los usuarios (Cuadrado, et al., 2013), y trascendiendo el control de las enfermedades, “generando fortalezas en aspectos cognitivos, conductuales individuales e interpersonales, en y entre quienes lo integran, así como también en el funcionamiento de los servicios de salud que los acoge” (MSP (Uruguay). Dirección General de la Salud, 2017, p. 52). Sin embargo, respecto a lo anteriormente mencionado, la experiencia evidencia indicadores de la coexistencia del modelo de atención individual restrictivo y el modelo social expansivo.

Son indicadores emergentes del modelo de atención individual restrictivo por parte del equipo técnico: la toma de decisiones respecto a los objetivos y temáticas de los encuentros sin tener en cuenta los intereses de los usuarios; el desinterés hacia la propuesta de realización de un encuentro para trabajar sobre la temática estimulación cognitiva; la importancia de utilizar el tiempo en los talleres para controles en salud; no considerar los aspectos psicosociales de los usuarios; la manifestación del rol docente (utilización del término “próxima clase” para referir al próximo encuentro, limitación exclusivamente a explicar las consignas de las actividades a desarrollar, ubicación corporal de sentarse sobre la mesa frente a los usuarios, escribir en el pizarrón aunque el marcador no tuviera tinta, o escribir e inmediatamente borrar lo escrito); ubicación de los integrantes en forma de círculo para propiciar el vínculo entre ellos; la dinámica de representación de escenas de diagnóstico médico en consultas ya planificadas, sin darle lugar a los usuarios a expresarlas basándose en sus situaciones vividas. Son indicadores emergentes del modelo social expansivo: la propuesta de la realización de un encuentro para trabajar sobre la temática estimulación cognitiva; brindar folletos informativos y juegos en formato papel sobre la temática violencia de género, por el día de la Violencia contra la Mujer; la participación en actividades compartidas con los usuarios; la integración de otros profesionales invitados como docente en educación física y licenciada en nutrición, que atendieron aspectos relacionados con la vida diaria de los usuarios.

Como consecuencia de la existencia de dichos modelos y sus diferencias, el abordaje del grupo ODH se presentó como una modalidad en tensión.

Con relación al modelo médico hegemónico emergente del grupo ODH, se evidencia un mayor o menor grado de aceptación por parte de los usuarios. Son evidencias del menor grado de aceptación a este modelo, la ubicación de una usuaria sentada en posición opuesta al pizarrón, y

la conformidad y el interés de los usuarios con la participación de invitados como licenciada en nutrición y docente en educación física en determinados encuentros. Dicha conformidad es la consecuencia del enfoque de los técnicos participantes, quienes atendieron a aspectos relacionados con la vida diaria de los usuarios, como por ejemplo el tipo de actividad física que podían comenzar a realizar, o los alimentos que podían ingerir dependiendo de sus afecciones y de las calorías de los mismos. Por otro lado, un mayor grado de aceptación se manifestó cuando una usuaria adulta mayor se dirigió hacia la médica levantando la mano para que le permitiera realizar consultas al docente de educación física, o cuando agradecía y se despedía únicamente de esta, o por parte de los distintos profesionales de la institución, cuando hacían mención al grupo ODH como objeto propiedad de la doctora.

| <b>Aspectos emergentes de los modelos de atención existentes en el grupo ODH</b>   |   |
|--|---|
| Modelo médico hegemónico o individual restrictivo  | Modelo antropológico alternativo o social expansivo   |
| <p style="text-align: center;"><u>Saber único por parte del equipo técnico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Rol docente del equipo técnico: referencia al encuentro como “clase”, caminar por el salón mientras los usuarios realizaban actividades, escribir palabras claves en el pizarrón y automáticamente borrar.</li> <li>-Objetivos del grupo y de los encuentros, establecidos por el equipo técnico sin considerar intereses de los usuarios.</li> <li>-Dinámica de dramatización de escenas por usuarios de consultas médicas ya planificadas por el equipo técnico.</li> <li>-Una usuaria se dirigió al equipo técnico para que le permitieran realizarle una pregunta al docente en educación física.</li> <li>-Distintos profesionales del Centro Auxiliar hacían referencia al grupo ODH como objeto de propiedad de la médica de familia.</li> <li>-Exposiciones teóricas sobre temáticas correspondientes a los encuentros.</li> </ul> | <p style="text-align: center;"><u>Usuarios considerados como sujetos de conocimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Participación de integrantes del equipo técnico en actividades en conjunto con usuarios.</li> <li>-Propuesta para que los usuarios pudieran crear las escenas de consultas médicas correspondientes a la dinámica de dramatización.</li> </ul>  |
| <p style="text-align: center;"><u>Atención individual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-No inclusión de personas del vínculo familiar de los usuarios.</li> </ul>   | <p style="text-align: center;"><u>Atención integral:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Realización de dinámicas recreativas o lúdicas, para fomentar la integración y participación de los usuarios.</li> <li>-Ubicación de integrantes en forma de círculo para propiciar el vínculo entre ellos.</li> <li>-Integración de profesionales invitados como docente en educación física y licenciada en nutrición.</li> <li>-Brindar folletos informativos y juegos en formato papel sobre la temática violencia de género, por el día de la Violencia contra la Mujer.</li> </ul> |
| <p style="text-align: center;"><u>Atención en enfermedad:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Invertir tiempo en controles en salud como talla, perímetro abdominal y peso.</li> </ul>   | <p style="text-align: center;"><u>Atención en salud:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Propuesta de realización de un encuentro para trabajar sobre estimulación cognitiva.</li> </ul>  |
| <p style="text-align: center;"><u>Individuos como seres biológicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-No consideración por parte del equipo técnico de la dificultad para movilizarse y la dificultad en lectoescritura de los usuarios.</li> <li>-No escucha activa hacia una usuaria que mencionó aspectos de su vida diaria.</li> <li>-No se obtuvieron en los encuentros datos de los usuarios relacionados a su vida diaria, núcleo familiar, creencias, deseos y/o proyectos.</li> </ul>   | <p style="text-align: center;"><u>Individuos como sujetos biopsicosociales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Inclusión de otros profesionales como docente en educación física y licenciada en nutrición, que atendieron aspectos relacionados con la vida diaria de los usuarios.</li> </ul>  |

## **Grupo ODH en el primer nivel de atención**

El grupo ODH se enfoca en el primer nivel de atención, focalizándose en estrategias de promoción y prevención, y en el cual la distribución de recursos de acuerdo a las necesidades de la población, la participación comunitaria, el trabajo en equipo y el trabajo en red, son esenciales. Este nivel de atención es generalmente la puerta de entrada al sistema de salud. Cuenta con la participación de profesionales con un perfil generalista, y debe asegurar accesibilidad a la población de referencia desde lo geográfico, cultural y funcional (Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011).

En relación a las actividades implicadas en las estrategias en promoción y prevención (Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011), el grupo tiene como medida de promoción el incremento del control de salud en los usuarios para mejorarla, abarcando acciones dirigidas a fortalecer sus habilidades y capacidades, y así poder lograr modificaciones en condiciones sociales, ambientales y económicas; y como medida de prevención evitar la aparición de otras enfermedades crónicas, detener el avance y atenuar sus consecuencias.

Las actividades grupales en el primer nivel de atención, como el grupo ODH, tienen como aspectos positivos en los usuarios evitar sensación de aislamiento, intercambio y reflexión de experiencias personales, aclaración de información, cambio de actitudes, aumento de autoestima, respetabilidad social, ayuda mutua y el desarrollo de actividades en conjunto (Martínez, Nigro, Petit, Rossi y Viré, s.f.).

Si bien un grupo puede entenderse como un conjunto de personas ubicadas en tiempo y espacio determinados, en base a ciertas normas pautadas de funcionamiento y orientadas a un objetivo común, es necesario considerar que no es una suma de personas, sino las interrelaciones que ellas construyan (Lewin, 1978). Es más fácil cambiar a los individuos integrados a un grupo que a cada persona singularmente.

Pichon Riviere (1982) define a un grupo como un conjunto de personas que, ligadas por un mismo tiempo y espacio, y articulado en su mutua representación interna, se propone en forma implícita y explícita una tarea que conforma su finalidad, interactuando a través de la asunción y adjudicación de roles. Según este autor el grupo terapéutico es un grupo operativo ya que se caracteriza por dirigirse de manera explícita al aprendizaje y a la curación. La finalidad de los grupos operativos es aprender a pensar, teniendo en cuenta que el pensamiento y el conocimiento son producciones sociales. En esta línea, el grupo ODH tiene como tarea explícita el aprendizaje de nuevos hábitos que contribuyan a un estilo de vida saludable, y como tarea implícita la ruptura de conductas estereotipadas que dificultan el aprendizaje y la comunicación, y que funcionan como obstáculo frente a la situación de cambio.

El grupo ODH es considerado grupo terapéutico (Antúnez, Antúnez de Oliveira, Durante, Heinzen, Odella y Domenech, 2014; Cuadrado et al., 2013; MSP (Uruguay). Dirección General de Salud, 2017; Sosa, Valera, Paulo, Martínez y Curioni, 2009), en el cual la educación cumple un rol

fundamental para lograr como principal objetivo cambios de hábitos y estilos de vida saludables, definido grupo terapéutico como “grupo de personas que tienen uno o varios problemas de salud en común y que se reúnen con la finalidad de compartir experiencias, aprendizajes y adquirir información, que les permitan ejercer un mayor autocontrol sobre los mismos” (Cuadrado et al., 2013, p. 170). En la experiencia del grupo ODH se constató que los usuarios compartían al menos una afección, y que la finalidad de adquisición de información fue lograda en mayor medida que la finalidad de compartir experiencias y aprendizajes entre ellos.

Brindar información como finalidad del equipo técnico sin considerar la importancia de compartir experiencias propias de los participantes, implica una limitación. Informar significa brindar el conocimiento que uno tiene y otros no, sin tener en cuenta la implicación de la comunicación en salud, en la cual es importante además la forma en que se informa, y “(...) cómo se realiza la negociación entre “lo que se debería hacer” y cómo realmente las personas o grupos practican “sus” estilos de vida y convivencias saludables” (Varela, Retamoso y Paleo, 2013, p.75). Citando a Cordaci (2008)

Es difícil convencer a alguien de que deje un hábito, ya que cuando se le dice que abandone algo, aparentemente tan simple como un riesgo para la salud definido médicamente, en realidad se le está pidiendo que renuncie a algo altamente complejo de su vida, que puede estar teniendo para él los más variados significados.

(Citado en Cuadrado, et al., 2013)

Para que la educación en salud sea una herramienta de cambio, tiene que lograr que el usuario se plantee interrogantes como “quién soy, cómo soy, por qué soy de una manera y no de otra, (...), cómo quiero ser, qué estoy dispuesto a hacer para lograrlo, (...), cuáles son mis preferencias, cuáles son mis razones profundas para vivir” (Viniestra, 2006, p. 54).

En términos generales, en el grupo ODH se trabajó en base al conocimiento tradicional, dejando de lado el pensamiento reflexivo. Educar en salud, no es suficiente para lograr cambios en los estilos de vida de las personas si no es desde una perspectiva biopsicosocial, ya que no se trata de informar, sino de fomentar cambios mediante la motivación y el estímulo. Educar en salud, estrategia fundamental para lograr cambios en los estilos de vida (Varela, Retamoso y Paleo, 2013), requiere la formación de los usuarios, para lo cual es necesario considerar la diferencia entre formación e información. Si bien es importante brindar información, hay que tener en cuenta que el proceso de formación supone espacios de participación, comunicación y reflexión, y oportunidades de aprendizajes, a los efectos de propiciar herramientas para que los usuarios puedan dar respuestas a sus problemas y situaciones. Para esto es fundamental el rol que cumplen los coordinadores, de acompañar a los miembros a pensar y a abordar el obstáculo creado por sus miedos básicos, siendo necesaria la comprensión, la tolerancia, la capacidad de

análisis, el sentido del humor, la sensibilidad y el entusiasmo. Es importante que sepan preguntar, orientar, guiar, hacer pensar, cuestionar y reflexionar, dinamizar y animar, sin imponer un saber. Deben ser cuidadosos de no herir con las preguntas, no dominar ni desalentar, manipular, condicionar, sino estimular el pensamiento crítico reflexivo (Cuadrado et al., 2013).

La coordinación de un grupo es fundamental para identificar aspectos latentes, para establecer un encuadre y para lograr la organización y funcionamiento del mismo (Bauleo, 1980). En base a esto es necesario que las evaluaciones de los encuentros sean llevadas a cabo cuantitativa y cualitativamente, analizando errores, objetivos alcanzados, grados de satisfacción de los usuarios, entre otros, con la finalidad de superar los límites (Martínez, Nigro, Petit, Rossi y Viré, 2009).

El equipo técnico del grupo ODH, en ocasiones se posicionó desde un rol docente, ubicado en un lugar de saber que enseña a otros. Sin embargo, la existencia del rol coordinador permitió en los encuentros el encuadre, el desarrollo de las dinámicas creativas, y la explicación de los objetivos y las formas de trabajo, favoreciendo un mayor funcionamiento y organización. Para esto contribuyeron las planificaciones llevadas a cabo en un espacio físico determinado, el lenguaje claro y la información compartida por las distintas disciplinas. A su vez, contribuyó identificar en cada planificación, justificación, objetivos generales y específicos, lugar, duración, recursos humanos y materiales, metodología, contenido y actividades propuestas a desarrollar.

Nuevos integrantes del equipo técnico podrán contribuir en el proceso de formación de los usuarios si lo hacen desde una perspectiva integral, interdisciplinaria, aportando conocimientos para comprender mejor la problemática a abordar y proponer vías de acción y solución. Por consiguiente, el trabajo en equipo interdisciplinario fortalece, enriquece y permite incorporar nuevas prácticas para la intervención, en la medida en que los técnicos tengan objetivos comunes y vínculos funcionales.

Los profesionales de la salud deben desarrollar destrezas y actitudes para que sea posible un equipo interdisciplinario. Los equipos de trabajo ubicados en el contexto de atención primaria en salud, se definen por la forma en que se organizan para solucionar necesidades de los usuarios, familias y comunidad (OPS, 2008).

La interdisciplina en salud implica “una conceptualización del proceso salud-enfermedad-cuidado que se descentra del tradicional abordaje individual-biológico de la enfermedad, para introducir la dimensión colectiva y subjetiva del fenómeno (...), implica ir derribando barreras, pero no se trata de las barreras entre comportamientos del saber, sino entre conocimiento y acción” (Stolkiner, 2012, p. 6). Es considerada como la integración de diferentes profesiones con la finalidad de abordar una problemática, como un proceso de enriquecimiento y complementariedad, y como un “espacio dialógico de encuentro, pero también de un ámbito de conflictos y tensiones” (Gandolfi y Cortazar, 2007, p. 4).

De acuerdo con Gandolfi y Cortazar (2007), para que exista una experiencia

interdisciplinaria es necesario

(...) un espacio de consenso, de acuerdos en torno a determinados principios (...) a una concepción de Salud integral, un posicionamiento ético-ideológico que enmarque las acciones en una perspectiva de derechos humanos en general y especialmente de equidad en Salud, una actitud de respeto hacia las personas y comunidades destinatarias de las acciones, y una ubicación del saber disciplinario en un contexto de diálogo con otros saberes, no solo universitarios, sino también los que se producen y se transmiten en las comunidades. (p. 4)

El trabajo interdisciplinario no es un estado permanente, es un proceso en donde los saberes son “herramientas de acción y la acción es inherente a la producción, reproducción y transformación de conocimiento” (Stolkiner, 2012, p. 6).

El trabajo interdisciplinario se relaciona con el trabajo en equipo. El trabajo en equipo no se logra a causa de la unión de integrantes y actividades, definición correspondiente a equipo de trabajo. Generalmente se refiere equipo de trabajo a trabajar con otras personas en un mismo lugar físico como si esto significara trabajar en equipo. Sin embargo, no es lo mismo trabajar en el mismo lugar físico, que interactuar y resolver colectivamente una tarea (Carbajal y Suárez, 2008). Para lograr trabajo en equipo, es necesario que se reconozcan objetivos comunes, se establezcan vínculos funcionales y responsabilidades compartidas (OPS, 2008). El trabajo en equipo es un proceso dinámico, abierto y participativo de la construcción técnica, política y social del trabajo en salud en el contexto de un nuevo modelo de atención; requiere “autonomía relativa de cada tipo profesional (...); la interdependencia entre los distintos profesionales en la ejecución de las acciones; la interdisciplinariedad; la horizontalidad; la flexibilidad; la creatividad; la interacción comunicativa” (OPS, 2008, p. 9).

En este sentido y en relación al equipo técnico del grupo ODH, es necesario mencionar que si bien existieron tensiones a consecuencia de los modelos de atención existentes, generalmente se trabajó en equipo, de manera interdisciplinaria. Dicho proceso aconteció a efectos de la aceptación de diferencias, complementariedad e integración de saberes, adquisición de conocimiento, flexibilidad, creatividad, y comunicación dialógica basada en el respeto y la escucha activa. Esto generó que la experiencia del grupo ODH sea desafiante pero a la vez gratificante y enriquecedora para la practicante en psicología.

## **Conclusiones**

El grupo de obesos, diabéticos e hipertensos (ODH), tuvo lugar en el Centro Auxiliar Dr. José Bove Arteaga, de la ciudad de San Ramón, ubicada en el Departamento de Canelones. El mismo consistió en ocho encuentros con frecuencia quincenal, comenzando en agosto y finalizando en noviembre del 2018, continuando en la actualidad.

El grupo ODH, integrado por usuarios y equipo técnico del Centro de Salud, se desarrolló a efectos de abordar temáticas en relación a las mencionadas afecciones, desde la prevención de enfermedades y promoción en salud. Para esto se propuso fomentar el autocuidado de la salud individual como responsabilidad propia de cada persona, brindar herramientas que ayuden a mejorar el estilo de vida de los participantes y promover el ejercicio en salud como derecho y responsabilidad de la sociedad en la que vivimos.

El modelo integral en el primer nivel de atención producto de la reforma en el sistema nacional de salud, en el cual se encuentra enmarcado el grupo ODH, es fundamental para la prevención de enfermedades y promoción en salud. El mismo permite considerar a los usuarios como sujetos biopsicosociales y sujetos de conocimiento. Identificar los determinantes sociales que influyen en la salud o en la aparición de las enfermedades, es fundamental a los efectos de intervenir a través de la educación, siendo esta la herramienta esencial para lograr cambios de hábitos. En contraposición al modelo de atención social expansivo, el modelo de atención individual restrictivo se enfoca en lo biológico y en el individuo, dejando de lado aspectos psicosociales como las necesidades, el modo de vida, los recursos económicos, sociales y culturales.

Si bien el grupo ODH se propuso explícitamente una atención integral desde la prevención de enfermedades y promoción de salud, la experiencia evidenció la coexistencia del modelo social expansivo y el modelo individual restrictivo. Dicha coexistencia y sus diferencias modélicas tuvieron como consecuencia un abordaje grupal que se presentó como una modalidad de tensiones.

Las tensiones y diferencias generadas en el equipo técnico a causa de la existencia del modelo individual restrictivo y el social expansivo se presentaron como aspectos obstaculizadores a la hora de trabajar en equipo interdisciplinario. El equipo técnico, en ciertos momentos se encontró sujeto al rol docente y en otros al rol coordinador, trabajando en equipo.

El trabajo en equipo y el rol coordinador son fundamentales para educar en salud a los efectos de lograr cambios de estilos de vida saludables, ya que enfatizan la importancia de los intercambios de conocimientos, experiencias y opiniones desde un pensamiento crítico y reflexivo.

Es necesario mencionar que si bien existieron tensiones en relación a las diferencias de los modelos existentes en el grupo ODH, en todo momento se encontró presente la posibilidad de generar un espacio de diálogo desde el respeto y la responsabilidad, y la integración de nuevos participantes en el equipo técnico y de usuarios en el grupo. Por esto la experiencia del grupo

ODH se presentó como un desafío y a su vez como una instancia enriquecedora de aprendizaje para la practicante en psicología.

## Referencias bibliográficas

- Administración de Servicios de Salud del Estado y Facultad de Psicología de la Universidad de la República. (2009). *Convenio entre la Administración de los Servicios de Salud del Estado (A.S.S.E.) y la Universidad de la República - Facultad de Psicología*. Recuperado de [https://psico.edu.uy/sites/default/files/convenio\\_fp-asse-2.pdf](https://psico.edu.uy/sites/default/files/convenio_fp-asse-2.pdf)
- Antúñez, M., Antúñez de Oliveira, L., Durante, R., Heinzen, J., Odella, K. y Domenech, D. (2014). Contribuyendo al cambio en el modelo de atención: creación de grupos terapéuticos dirigidos al abordaje de enfermedades crónicas no transmisibles. Una experiencia inédita en Paysandú. 2011-2013. En J. Braida y R. Ruétalo. (Coords.), *La salud andando en el territorio. Extensión e investigación en el medio. Facultad de Medicina, Udelar* (pp. 207-214). Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Psicología.
- Bauleo, A. (1980). Problemas de la Psicología Social. El Grupo Operativo - Productivo. En A. Bauleo (Comp.) *Grupo Operativo y Psicología Social* (pp. 11-18). Montevideo: Imago.
- Bustos, P., Amigo, H., Arteaga, A., Acosta, A.M. y Rona, R (2003). Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en adultos jóvenes. *Revista médica de Chile*, 131(9), 973-980. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900002>
- Carbajal, S. y Suárez, C. (2008). Equipo de trabajo y trabajo de equipo. En *Equiparse para trabajar en equipo. Conceptos y herramientas para contribuir al trabajo de equipo en el ámbito laboral* (pp. 11-40). Montevideo: Universidad de la República.
- Catalayud, F. M. (2009). Una mirada al campo de la salud y enfermedad. En *Introducción a la psicología de la salud* (pp. 17-45). Buenos Aires: Koyatún.
- Cuadrado, M., Varela, R., Piñeiro, V., Paulo, A., Pérez, G., Garré, L.,... y Retamoso, E. (2013). Grupos Terapéuticos. En J. Vignolo y C. Lindner (Coords.), *Medicina Familiar y Comunitaria* (pp. 169-192). Montevideo: Oficina del Libro.
- De Lellis, M., Interlandi, C. y Martino, S. (2015). Introducción a la salud pública como área del conocimiento y de la acción. En M. De Lellis (Cooomp.). *Perspectivas en salud pública y salud mental* (pp. 11-42). Buenos Aires: Nuevos Tiempos.
- De Lellis, M., Saforcada, E., y Monzobancyk, S. (2010). *Psicología y salud pública*. Buenos Aires: Paidós.
- Gandolfi, A. y Cortazar, M. (2007). El desafío de la interdisciplina en la formación de los profesionales en la salud. En Universidad de la República. Facultad de Psicología, *VII Jornadas de Psicología Universitaria* (pp. 73-78). Montevideo: Psicolibros.
- Garré, L., Fontes, A., Mota, S. y Sosa, A. (2013). Participación Comunitaria. En J. Vignolo y C. Lindner (Coords.), *Medicina Familiar y Comunitaria* (pp. 105-118). Montevideo: Oficina del Libro.
- Grau, J. A. (2015). Calidad de vida y bienestar subjetivo: un camino al futuro. *Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 11(1), 1-28. Recuperado de <http://www.tipica.org/media/system/articulos/>

- Grau, J. A. (2016a). Enfermedades crónicas no transmisibles: un abordaje desde los factores psicosociales. *Salud & Sociedad*, 7(2), 138-166. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439747576002>
- Grau, J. A. (2016b). Factores psicosociales y enfermedades crónicas: un gran desafío. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 6(2), 109-112. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283048876007>
- Hernández, F., Mena, A., Rivero, M. y Serrano, A. (1996). Hipertensión arterial: comportamiento de su prevalencia y de algunos factores de riesgo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 12(2), 145-149. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251996000200007&script=sci\\_arttext&lng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251996000200007&script=sci_arttext&lng=en)
- Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D. y Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universitas Psychologica*, 5(3), 535-547. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/647/64750309.pdf>
- León, I. y Vázquez, R. (2013). Atención a la salud en Uruguay. En J. Vignolo y C. Lindner (Coords.), *Medicina Familiar y Comunitaria* (pp. 49-67). Montevideo: Oficina del Libro.
- Lewin, K. (1978). *Fronteras en dinámicas de grupos. Teoría de campo en la ciencia social*. Buenos Aires: Paidós.
- Lira, M. T. (2015). Impacto de la hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(2), 156-163. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S071686401500036X>
- Lizama, A. (2016). Multidisciplinariedad en el manejo de enfermedades crónicas. *Anales de la Facultad de Medicina*, 77(3), 263-267. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1025-55832016000300011>
- Martínez, M. C., Nigro, I., Petit, I., Rossi, C. y Viré, M. (s.f.). *Recomendaciones prácticas para implementar grupos de obesos, diabéticos e hipertensos en la red de atención del primer nivel*. Montevideo: ASSE, RAP.
- Max Neef, M. (1986). *Desarrollo a Escala Humana*. Santiago: CEPUR.
- Menéndez, E. (1985). El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos. *Desarrollo económico*, 24(96), 593-604.
- Ministerio de Salud Pública (Uruguay). Dirección General de la Salud. (2017). *Recomendaciones para el abordaje de la hipertensión arterial sistémica en el primer nivel de atención*. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/recomendaciones-para-el-abordaje-de-la-hipertension-arterial-sistemica>
- Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando*

- sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44084>
- Organización Mundial de la salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Preguntas y respuestas sobre la hipertensión*. Recuperado de <https://who.int/features/qa/82/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018a). *Enfermedades no transmisibles*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Mundial de la Salud. (2018b). *Diabetes*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Organización Mundial de la Salud. (2018c). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.a). *Enfermedades cardiovasculares*. Recuperado de [https://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/about\\_cvd/es/](https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.b). *Factores de riesgo*. Recuperado de [https://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](https://www.who.int/topics/risk_factors/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.c). *Hipertensión*. Recuperado de <https://www.who.int/topics/hypertension/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2014). *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013 - 2019*. Washington: OPS.
- Pichon Rivière, E. (1982). Estructura de una escuela destinada a la formación de psicólogos sociales. En *El proceso grupal* (pp.149-160). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Poder Ejecutivo (Uruguay). (2007). *Exposición de motivos. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud* [Proyecto de ley].
- Saforcada, E. (1999). Análisis de las concepciones y prácticas en salud. En *Psicología sanitaria. Análisis críticos de los sistemas de atención de salud* (pp. 63-104). Buenos Aires: Paidós.
- Soca, M. y Sarmiento, Y. (2009). Hipertensión arterial, un enemigo peligroso. *Revista Cubana de Información de Ciencias de la Salud*, 20(3), 92-100. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1024-94352009000900007&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1024-94352009000900007&script=sci_arttext&tlng=en)
- Sosa, A., Varela, R., Paulo, A. Martínez, S. y Curione, N. (2009). Grupos terapéuticos en el tratamiento de las patologías crónicas desde una perspectiva de promoción en salud.

- Revista de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular*, 1(1), 37-42. Recuperado de <http://cardiosalud.org/files/documents/chscv-revista-cientifica-2009.pdf>
- Sociedad Uruguaya de Hipertensión Arterial. (2005). *Hipertensión Arterial. 3° Consenso Uruguayo*. Recuperado de <http://www.suc.org.uy/pdf/consenso%20ha3.pdf>
- Stolkiner, A. (2012). Derribando barreras. Diálogo sobre interdisciplina con Alicia Stolkiner. *Revista En Diálogo, Extensión Universitaria*, 12(4), 4-7.
- Tapia, R., Velázquez, O., Lara, A., Tapia, F., Jiménez, R. y Sánchez, J. (1998). *Guía de detección integrada de obesidad, diabetes e hipertensión arterial*. México: Secretaría de Salud.
- Uruguay. (2007, diciembre 13). Ley N° 18211: Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>
- Varela, R., Retamoso, E. y Paleo, G. (2013). Abordaje de la promoción de salud en el primer nivel de atención. En J. Vignolo y C. Lindner (Coords.), *Medicina Familiar y Comunitaria* (pp. 69-83). Montevideo: Oficina del Libro.
- Vignolo, J. y Sosa, A.. (2013). Prefacio. En J. Vignolo y C. Lindner (Coords.), *Medicina Familiar y Comunitaria* (pp. 169-192). Montevideo: Oficina del Libro.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 11-14 Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
- Vinaccia, S., y Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(2), 125-137.
- Viniegra, L. (2006). Las enfermedades crónicas y la educación. La diabetes mellitus como paradigma. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 44(1), 47-59.
- Weschenfelder, D. y Gue, J. (2012). Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. *Enfermería Global*, 11(26), 344-353. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eq/v11n26/revision5.pdf>