

Educación Entre Pares... afianzando prácticas saludables en diabetes

María Noelia Flores

Licenciada en Trabajo Social. Especialista en Salud Social y Comunitaria (Argentina)

Resumen

Con el objeto de promover un espacio de trabajo específico con jóvenes, la experiencia de “Educación entre Pares” que se desarrolla, se realizó durante los años 2012 a 2014 en el Hospital Córdoba de la Ciudad de Córdoba Argentina, con jóvenes con diabetes mellitus tipo I, de entre 15 y 25 años que se atendían en dicho hospital y presentaban escasa adherencia al tratamiento indicado.

La metodología empleada fue la de talleres lúdico-recreativos en el marco de la educación popular desde un abordaje de grupos operativos centrados en la tarea.

La experiencia permitió avanzar en el conocimiento de los procesos destructores de la salud, que obstaculizan en dichos jóvenes las conductas de autocuidado, como así también promover procesos protectores tales como (autoestima, empatía, habilidades sociales), descubriendo de manera conjunta nuevos recursos que favorecen el cambio de hábitos.

Palabras claves

Educación entre Pares, diabetes mellitus, adherencia a tratamiento, talleres lúdico-recreativos, educación popular, grupos operativos centrados en la tarea, procesos destructores, procesos protectores, autocuidado.

Abstract

In order to promote a specific area destined to work with young people, the experience of “Peer Education” was conducted during the years 2012-2014, in Córdoba Hospital, located in Córdoba city, Argentina. The interest group was shaped by young people with diabetes mellitus I, from 15 to 25 years old, who were attending in Córdoba Hospital and had limited adherence to prescribed treatment.

The methodology used was a ludic-recreational workshop, within the framework of Popular Education.

The experience led to greater awareness of the destructive health factors that hinder young people in these self-care behaviors, as well as promoting protective factors such as self-esteem, empathy, social skills, together discovering new resources that promote behavior change.

Keywords

Peer education, diabetes mellitus, adherence to treatment, recreational fun workshops, popular education, operating groups focused on the task, destructive processes, protective processes, self-care.

Introducción

La experiencia a desarrollar surge en la Ciudad de Córdoba Capital, provincia de Córdoba, Argentina, durante los años 2012, 2013 y 2014 de manera consecutiva; a partir de la inquietud y motivación de profesionales que se desempeñaban en la División Trabajo Social del Hospital Córdoba, a la hora de evaluar la adherencia a tratamiento de los jóvenes de entre 15 y 25 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo I que concurrían al Servicio de Diabetes de dicho hospital; identificando como principal problema la escasa adherencia al tratamiento indicado.

Luego de un relevamiento sobre las distintas experiencias llevadas a cabo en el trabajo con este grupo etáreo, se encontró que las principales dificultades se relacionaban con: escasa continuidad en la asistencia a los grupos terapéuticos e instancias individuales del área de Salud Mental, escasa continuidad en la asistencia a los controles médicos, escasa motivación hacia el tratamiento en pacientes y profesionales. De esta manera se propone como estrategia alternativa para la realización del proyecto de intervención, la utilización de la *Estrategia de Educación Entre Pares*.

Presentación del tema

Según Piotti (2000):

Tanto la infancia como la adolescencia son construcciones socioculturales, como tales no existieron siempre y tampoco se dan de la misma manera en sentido diacrónico y sincrónico, es decir varían en las diferentes etapas históricas y en un mismo momento histórico hay formas distintas de vivir esta etapa de la vida en las culturas y zonas del planeta y en los sectores y clases sociales, de una misma región.

Podemos hablar de diferentes concepciones de la adolescencia que coexisten en la actualidad:

El adolescente **como ser peligroso o atravesando una etapa de crisis**, inmanejable por los adultos o etapa de alta vulnerabilidad plausible de caer en vicios o delitos. Todas estas representaciones refuerzan las políticas de control social sobre este sector de edad.

La adolescencia juventud **como edad dorada del nada que hacer**, salvo el disfrute hedonístico o de moratoria social, solo viable para quienes cuentan con recursos económicos para vivir sin necesidad de trabajar, visión sobre protectora que genera en los jóvenes falta de proyectos sobre la propia vida, desolidarización entre estratos sociales diferentes.

La adolescencia **como recurso capital humano para el futuro**, esta concepción lleva a planificar, la formación de las niñas y los niños para el “todavía no”, así cuando lleguen a la edad adulta puedan ser personas socialmente útiles, infantiliza a los adolescentes sin reconocer los derechos y considerarlos constructores del mundo y de sus vidas en el presente.

Prioriza una perspectiva utilitarista de la primera edad.

Los adolescentes con ciudadanía limitada y decidida por los adultos. Son acreedores de algunos derechos civiles. Los derechos sociales y políticos no pueden ser ejercidos por este sector de edad. Son sujetos de derechos otorgados por los adultos, reconocidos de manera indirecta a través de sus mayores y en forma individual. Sin que puedan ser pensados como seres comunitarios.

Tomando en cuenta el desarrollo teórico anterior y habiendo analizando estas concepciones, la elaboración y desarrollo de la experiencia se realizó en el marco de la teoría de la Promoción Social de la Infancia/Adolescencia- Protagonismo Infantil y Juvenil Organizado.

Piotti (2000) refiere:

Desde esta teoría la adolescencia se presenta como una invención cultural del capitalismo, una forma de opresión sobre esta edad para impedirle gozar de los derechos de la vida adulta, tales como el derecho a trabajar, a transitar libremente, a formar una familia, a la vida política, representando y eligiendo sus representantes. Desde esta teoría el adolescente es un adulto marginal a quien no le está permitido actuar según sus deseos, necesidades e intereses, es un adulto socialmente infantilizado y la llamada crisis de la adolescencia no es un hecho natural de la etapa vital, sino que está relacionada con esta situación de opresión.

El proyecto de intervención realizado, partió de modificar la concepción del sujeto con el cual trabajaríamos. **Concebimos la adolescencia entonces, siguiendo a Piotti (2000), como una etapa de la vida con características específicas, no designados desde la heteronomía (desde terceros) sino desde la propia capacidad, decisión y acción colectiva de los jóvenes.** Trabajamos desde la concepción de adolescentes como sujetos de derechos, sujetos de deseo, sujetos económicos, sociales y políticos. Nuestro rol como adultos que acompañamos el proceso de crecimiento será el de colaborar en la construcción de otra cultura de la infancia y adolescencia que promueva nuevos dispositivos de intervención en el área de la salud.

En lo que respecta a salud, nuestra sociedad define la adolescencia como una etapa particularmente conflictiva del ser humano. Los cambios hormonales y psicológicos que ocurren en esta edad, llevan a que el cuerpo ocupe un interés privilegiado. Esto se manifestará de diferente manera según las condiciones objetivas de vida.

La aparición de una enfermedad como la diabetes en este período suele provocar intensos sentimientos de rechazo. El joven con diabetes se siente en la mayoría de los casos “distinto” al resto de sus pares y amigos. Esto le provoca muchas veces sentimientos de minusvalía y baja autoestima, así como también sensación de soledad y aislamiento. En referencia al concepto de adherencia a los tratamientos a largo plazo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) habla del mismo como un espacio de negociación y participación continua. Proponemos que en el trabajo con cada joven tengamos presente este concepto ya que las características de la etapa evolutiva, el contexto sociohistórico y las características particulares de esta enfermedad crónica, hacen que el proceso de salud/enfermedad sea fluctuante; por lo que será necesario y fundamental la construcción de un espacio de negociación y participación continua.

Solis y Vaudagna (2007) expresan:

Participar es ejercitar el derecho a tomar decisiones y en base a ellas, intervenir y transformar la realidad. Implica un ejercicio permanente no sólo del derecho a tomar decisiones, sino también de la responsabilidad que en ellas va implícita. La combinación entre derechos y responsabilidades es la base de todo proceso participativo.

Por todo lo planteado, se consideró fundamental que el proyecto de intervención no sólo abordara la diabetes como problema, sino que fundamentalmente promoviera una serie de competencias para la promoción de un desarrollo sano de manera integral. Es decir, siguiendo a Breilh (2003), fortalecer procesos protectores tales como: Autoestima, confianza en sí mismo, empatía, Proyecto de vida, habilidades comunicacionales, etc.

Desarrollo

El objetivo general de la experiencia desarrollada fue el de promover un espacio para los jóvenes con DBT tipo I que se atienden en el Hospital Córdoba, que los “integre” con otros “pares” que están atravesando una situación similar (la convivencia con una enfermedad crónica) a fin de poder compartir las vivencias que esta situación les genera y, a partir de allí, favorecer la aceptación de la diabetes y una mayor adherencia al tratamiento médico.

Como objetivos específicos, se plantearon los siguientes:

- Avanzar en el conocimiento de los procesos destructores de la salud, que obstaculizan en los jóvenes que participan de la experiencia, las conductas de autocuidado
- Lograr una mayor aceptación y comprensión de la diabetes por parte los jóvenes que participan de la experiencia.
- Promover procesos protectores tales como (autoestima, empatía, habilidades sociales)
- Descubrir nuevos recursos que favorezcan el cambio de hábitos.
- Compartir con otros una misma circunstancia vital que les permita a los jóvenes que participan de la experiencia, salir de la sensación de soledad y comprender que “no soy el único”.
- Desarrollar la capacidad de escuchar y ser escuchado.
- Lograr que el joven se vuelva un protagonista central en el autocuidado y el tratamiento de su diabetes.
- Favorecer la articulación entre el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad y el Hospital Córdoba, en el seguimiento y acompañamiento del tratamiento de cada joven.
- Promover la realización de actividades de extensión con el grupo de jóvenes (talleres de educación entre pares en escuelas, en el Hospital de niños con jóvenes próximos a cambiar de centro de atención, participación en redes de jóvenes, etc.)

Para el desarrollo de la experiencia se utilizó el nivel de abordaje grupal y la “Teoría de Grupos Operativos centrados en la Tarea”, “se centra en la relación que los integrantes mantienen con la tarea. Es decir el vínculo fundamental, establecido o a establecer es la relación entre un grupo y sus miembros con una tarea determinada” (Pichón Riviere, 1982).

La estrategia seleccionada fue la “Estrategia de Educación entre Pares”.

Solis y Vaudagna (2007) refieren:

Hace referencia a los procesos educativos que se desarrollan entre personas de un mismo grupo social, es decir, que comparten algunas características identitarias como: sexo, edad, nivel socioeconómico, una actividad que les brinde cohesión, la vivencia de problemáticas similares y/u otras temáticas que le den identidad particular al grupo. Esta práctica plantea la posibilidad de que una minoría de un grupo o de una población de iguales intente transformar las actitudes y conductas de sus pares a través de distintas dinámicas de trabajo.

La Educación entre Pares resulta particularmente útil en los grupos de jóvenes debido a las similitudes que existen en los usos del lenguaje y en las formas de relacionarse.

Esta modalidad permite crear y utilizar mensajes que ellas/os consideran relevantes y apropiados a sus realidades favoreciendo el intercambio de información y experiencias.

La metodología empleada constó de talleres quincenales con un enfoque socioeducativo, utilizando técnicas lúdico participativas y desde una perspectiva de “Educación Popular”, entendida esta, como un “proceso mediante el cual se van reconfigurando conceptos en la medida que los sujetos participan mediante acciones pedagógicas”, “la educación popular permite crear escenarios de debate constante en donde se configuran y reconfiguran los sujetos” (Freire 1997).

El Hospital Córdoba es un hospital de alta complejidad que se ubica en el tercer nivel de atención de nuestro sistema de salud, estas características hacen que los profesionales del área de la salud que se desempeñan en dicha institución cuenten con una concepción que privilegia la atención inmediata del daño en detrimento, muchas veces, de actividades preventivas y/o de promoción de aspectos más amplios relacionados a la salud.

Los dispositivos para la atención instituidos son los tradicionales. Se observa una escasa articulación de diagnósticos que integren las determinaciones de la salud, llevando a la focalización. Y como ya se expresó, se observa también, una escasa motivación en algunos profesionales a la hora de repensar estrategias de intervención.

Con respecto a la construcción del dispositivo grupal de Educación entre Pares en el Hospital Córdoba, como institución donde se desarrolló la experiencia, el mismo implicó necesariamente dos aspectos fundamentales:

- La disposición de los/as adultos a trabajar de forma diferente a la tradicional, aceptando nuevas concepciones, una nueva organización del tiempo, el espacio, las metodologías, la evaluación de contenidos.
- Esfuerzo por parte de los adultos para aprender a promover y aceptar la participación real de los-as adolescentes, y su paulatina asunción de protagonismo.

Se invitó a profesionales del área de salud mental del hospital Córdoba a participar de la experiencia quedando constituido el grupo de trabajo por dos trabajadoras sociales y dos psicólogas, luego en el desarrollo de la experiencia se invitó a una médica que participo de manera esporádica.

Con respecto al seguimiento y acompañamiento de los jóvenes del Hospital de Niños que comienzan a tratarse en el Hospital Córdoba, nos propusimos facilitar la inserción y el pasaje del joven de un hospital infantil a un hospital de adultos. Esto implicó: tener contac-

to con profesionales del Hospital de niños, realizar derivaciones referenciadas, solicitar que el joven traiga un resumen de historia clínica, la realización de una entrevista y un recorrido por el hospital Córdoba al momento de ingresar al mismo e invitación al grupo de jóvenes.

ACTIVIDADES REALIZADAS

- Construcción de base de datos de posibles participantes, a partir de los listados de pacientes totales con DBT integrantes del PROGRAMA CORDOBA DIABETES (PROCORDIA-dicho programa brinda cobertura en atención y medicación, a personas que se atienden en hospitales públicos y no cuentan con obra social en vigencia).
- Trabajo con médica del Servicio de DBT para la actualización de datos clínicos de los posibles participantes, trabajo con casos “problema”.
- Planificación de talleres con las psicólogas que participan de la experiencia.
- Convocatoria a través de acciones de difusión como folletería, carteles, vía telefónica, etc.
- Se desarrollan talleres con frecuencia quincenal desde Octubre de 2012 hasta Octubre de 2014, con un total máximo de 12 participantes.
- Actividad de presentación y conocimiento entre los participantes (se trabajo con letra y música del tema de Masacre “Algo en que creer”).
- Taller sobre diversidad I (se trabajo en base a imágenes y sus representaciones).
- Taller sobre diversidad II (se continuo con las representaciones y se trabajo en base a un cuento de Elsa Borneman “Caso Gaspar”).
- Taller “La línea del tiempo” (se trabajo sobre las historias de vida personales y diferentes trayectorias históricas que confluyen en el presente compartido).
- Participación de los jóvenes en la actividad desarrollada por el día mundial de la DBT en el Hospital Córdoba (presentación del grupo, de las actividades que desarrollan, entrega a los demás participantes de la jornada del cuento “Caso Gaspar” y de frases elegidas por los jóvenes).
- Taller “Bazar Mandala” (se desarrolla una técnica de fantasía guiada para luego trabajar con las características positivas de cada uno desplegadas en la construcción de un mandala en arcilla como símbolo).
- Taller de músico-terapia (se trabajo en base a aptitudes musicales de los participantes, festejo de cumpleaños).
- Dos talleres psicoterapéuticos coordinados por Psicología (durante las licencias anuales de las trabajadoras sociales).
- Articulación con profesionales integrantes de PROCORDIA del Hospital de Niños para la planificación de actividades conjuntas.
- Taller sobre identidad (trabajamos con gasa enyesada en la construcción de moldes para mascarar, se trabajo en base a lo que soy, a lo que puedo ser, y a como me ven).
- Talleres orientados a la creación de una obra de teatro del grupo para la presentación a los participantes del programa de transición y a otros pacientes (propuesta de los jóvenes).

- Talleres lúdicos educativos con diferentes temáticas relacionadas a la DBT.
- Incorporación de médica diabetóloga al grupo, para el seguimiento de los participantes.
- Participación en jornadas para la creación del Programa de Transición de Hospitales de Niños a Hospitales de adultos.
- Realización de proyecto institucional en el marco del “Programa de Transición” en coordinación con los hospitales de niños (referencia y contrareferencia, turno, recibimiento, entrevista de conocimiento, recorrido institucional, presentación de referentes de DBT: secretaria, enfermera, médica, psicóloga, trabajadora social; invitación al grupo de jóvenes).
- Se comenzó a trabajar sobre la propuesta de los jóvenes que cuentan con más experiencia con respecto a la enfermedad, en torno a la creación de “apadrinamientos” con los jóvenes que ingresan al grupo a partir del programa de transición.
- Planificación y realización del Primer taller con jóvenes del Hospital de Niños y sus padres en el marco del “Programa de Transición” donde se presentó como producto de lo trabajado durante el año una obra de teatro que se utilizó como disparador; se trabajó en dos espacios paralelos uno con los jóvenes que se encontraban en transición y otro con los padres, al finalizar se trabajó en un espacio común.

ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

Para realizar el análisis de la experiencia se utilizaron dos modelos teóricos, “El proceso Grupal” y la construcción de “Perfil Epidemiológico”.

Con respecto al primer modelo teórico, Pichon Riviere (1982) refiere:

El proceso grupal, se centra en la relación que los integrantes mantienen con la tarea. Es decir el vínculo fundamental, establecido o a establecer es la relación entre un grupo y sus miembros con una tarea determinada; dejando un poco de lado los problemas personales centrados en el individuo y de los problemas totales, que están incluidos también como suma de partes, de individuos que anuncian aspectos personales de forma global... los grupos entonces se clasifican según la técnica de abordaje del mismo, centrados en el individuo, centrados en el grupo, centrados en la tarea.

Existe un espiral dialéctico entre tarea explícita y tarea implícita. En el grupo se plantean dificultades en la tarea explícita, lo que constituye el obstáculo epistemológico; a medida que el proceso grupal promueve un acercamiento al centro de la cuestión se evidencian los miedos básicos, miedo al cambio y miedo al ataque, se plantea la resistencia al cambio y el trabajo con la tarea implícita. Lo explícito se interpreta hasta que aparece algo nuevo, un nuevo descubrimiento, un nuevo aspecto de la enfermedad.

El autor presenta indicadores a observar para analizar el proceso grupal y re direccionar las intervenciones de ser necesario, a continuación se presenta el análisis realizado.

INDICADORES OBSERVADOS EN EL GRUPO QUE PARTICIPO DE LA EXPERIENCIA:

- **PERTENENCIA:** Se observa elevada pertenencia al grupo por parte de los participantes que presentan mayor daño físico permanente en su salud. El grupo está constituido por 6 participantes. Además de compartir la vivencia de una enfermedad como la diabetes, algu-

no de los integrantes presentan morbilidades de esta enfermedad y otras patologías (uno de ellos es no vidente y trasplantado de riñón, otra de las integrantes posee hipotensión y escasa visión en su ojo derecho).

- **PERTINENCIA:** Se observa elevada pertinencia en la totalidad de aportes que realizan los participantes, se observa elevada identificación en el relato de uno con el otro lo que permite relaciones empáticas y fluidez en la comunicación.

- **COMUNICACIÓN:** Las relaciones de empatía permiten una comunicación dinámica, democrática, multidireccional, solo en ocasiones se observa que la palabra es detenida por algún integrante. Se observa cierto grado de asimetría con respecto a las observaciones que realizan los profesionales. Se observa capacidad de escucha, entendimiento y respeto en los participantes. A medida que transcurrieron los encuentros los participantes comenzaron a intercambiar sus números de teléfono, recordando entre todos la fecha del próximo taller. Una de las integrantes del grupo creó una página en facebook para compartir materiales educativos, música, fotos, etc.

- **COOPERACIÓN:** Se observan actitudes cooperativas entre los participantes, consejos sobre el tratamiento, comparten la medicación cuando alguno no posee, comparten diferentes recursos institucionales y demás.

- **CLIMA GRUPAL:** El clima es agradable, los talleres se desarrollan en un espacio de distensión activa que permite la introspección, la producción y el aprendizaje. El grupo trabaja por consenso y trata de obtener un elevado grado de relaciones interpersonales agradable lo que va posibilitando una adecuada resolución de los problemas.

- **ROLES:** no se observaba el rol de sabotaje hasta la incorporación del último miembro del grupo. El liderazgo de la tarea se concentra en uno de los participantes con más experiencia con la enfermedad, sin que el mismo sea desarrollado de una manera autoritaria por lo contrario es un líder democrático que favorece la palabra haciéndola circular, indaga, reflexiona y promueve las habilidades de los integrantes y del grupo. El rol de portavoz en un principio estuvo detenido por uno de los participantes siendo en este momento compartido por todos los jóvenes. Si bien no existe adjudicación del rol de chivo emisario por parte de los integrantes, el mismo es asumido en reiteradas oportunidades por uno de los jóvenes. En la actualidad el rol de saboteador de la tarea es asumido por el último miembro incorporado al grupo, el trabajo de encuadre y de no reagudización de este rol en esta persona es llevado adelante por profesionales y miembros del grupo de manera espontánea por parte de estos últimos.

Con respecto a los trabajadores sociales que coordinamos el grupo, aprendemos del grupo y acompañamos el proceso aportando a la construcción conjunta de los aprendizajes, brindando distintas herramientas, se planteó como desafío para los profesionales psicólogos que participaron la profundización en el estudio de la estrategia y la teoría de grupos seleccionada que permita la construcción de un ECRO (Esquema Conceptual Referencial y Operativo) común en el equipo de profesionales.

- APRENDIZAJES:

Pichón Riviere (1982) refiere:

Está estrechamente relacionado con la noción de vínculo ya que el proceso de aprender implica una acción y por lo tanto una relación con un objeto. Toda conducta supone un

vinculo humano ya que resulta de las distintas formas de acercamiento y descubrimiento que haya realizado anteriormente el sujeto en su experiencia y su interacción en el mundo (...) vínculo y aprendizaje constituyen un devenir y un proceso que contempla el sentir, el pensar y el hacer, los cuales están interrelacionados y se dan simultáneamente (...) es un proceso que direcciona a pensar como actuamos y somos en la vida cotidiana. Aprender es contemplar de manera dialéctica el sentir el pensar y el hacer como un todo articulado y que operan simultáneamente. Integrar lo que esta disociado, conectar aquello que se presenta desarticulado. El sujeto en el proceso de aprender se desestructura frente al nuevo conocimiento y debe volver a estructurarse en un proceso que lo interpela y lo transforma. Es el movimiento dialectico entre el mundo interno y el mundo externo que posibilitara la ratificación y rectificación de ECRO (Esquema conceptual. Referencial y Operativo) del sujeto.

Aprendizajes alcanzados por el grupo:

- Explicitación de hechos vitales significativos.
- Develamiento de problemáticas personales significativas.
- Capacidad de escucha activa, utilización de la palabra, comunicación democrática.
- Construcción colectiva de acuerdos para su funcionamiento (respeto activo por la diferencia, matrices y ECROS muy diferentes).
- Relaciones interpersonales de empatía, construcción de vínculos.
- En la actualidad el grupo funciona como sostén para el desarrollo y análisis de algunas ansiedades que permiten la movilización de aprendizajes.
- Reconocimiento y utilización del grupo y de las profesionales de trabajo social para afrontar/transitar situaciones problemáticas.

DESARROLLO DE LA TAREA EXPLÍCITA: se desarrolló sin inconvenientes, los participantes expresan disposición y apertura a las actividades que se plantean. El desarrollo de la tarea es muy rico debido a la heterogeneidad del grupo.

DESARROLLO DE LA TAREA IMPLÍCITA (lo latente): se encontraba liderada por uno de los participantes, a medida que fue transcurriendo el tiempo el grupo va avanzando en la construcción de un ECRO grupal común que posibilita los aportes y explicitaciones personales, se van trabajando los obstáculos epistemológicos que permiten la movilización hacia el aprendizaje.

Con respecto al segundo modelo teórico empleado, Breilh Jaime (2003) refiere:

La categoría perfil epidemiológico (...) es en gran medida, un recurso para sistematizar, de acuerdo con las múltiples dimensiones de la reproducción social, los procesos protectores y destructivos que participan en la definición del modo de devenir de la salud (...)

Los modos de devenir que determinan la salud se desarrollan mediante un conjunto de procesos. Esos procesos adquieren proyección distinta frente a la salud, de acuerdo a

las relaciones sociales en que se desarrollan- condiciones que pueden ser de construcción de equidad, mantenimiento y perfeccionamiento, o que por el contrario pueden tornarse elementos de inequidad, privación y deterioro-.Entonces los procesos en que se desenvuelve la sociedad y los modos de vida grupales adquieren propiedades protectoras/benéficas (saludables) o propiedades destructivas/deteriorantes (insalubres). Cuando un proceso se torna beneficioso, se convierte en un favorecedor de las defensas y soportes y estimula una direccionalidad favorable a la vida humana, individual y/o colectiva, y en ese caso lo llamamos proceso protector o benéfico; mientras que cuando ese proceso se torna un elemento destructivo, provoca privación o deterioro de la vida humana individual o colectiva, lo llamamos proceso destructivo. Se comprende que un proceso puede corresponder a diferentes dimensiones y dominios de la reproducción social, y además puede tornarse protector o destructivo según las condiciones históricas en que se desenvuelva la colectividad correspondiente.

Los procesos epidemiológicamente activos se desarrollan en el seno de una formación social y enmarcados por las posibilidades reales de cada modo de vida y sus relaciones, pero se concretan en el movimiento concreto de un estilo de vida (...) en su desarrollo concreto los procesos de la reproducción social adquieren facetas o formas protectoras y facetas o formas destructivas, según qué operación desencadene mecanismos de uno o de otro tipo en los genotipos y fenotipos humanos del grupo involucrado (...) cuales facetas se expresan con más fuerza (...) depende del modo de vida y de la lógica que opera en la forma social correspondiente. Siempre existe ese movimiento de protección/destrucción en un grupo determinado, es decir siempre están en marcha los momentos de protección o destrucción de la reproducción social (...)

(Se) debe destacar algunos de los procesos (...) como de mayor importancia estratégica para la acción, sea en el sentido de evitar o contrarrestar los procesos o facetas destructivas (prevención) o sea en el sentido de fomentar los procesos o facetas protectoras (promoción de la salud); esos procesos seleccionados por su importancia para la intervención y su capacidad de desencadenar consecuencias significativas y sustentables en el modo de vida, los podemos denominar procesos críticos (...) La prevención epidemiológica profunda no necesariamente actúa con personas sino con procesos...

Se presenta a continuación la matriz de procesos críticos, Grupo de jóvenes con DBT tipo I del Hospital Córdoba.

DOMINIOS	PROCESOS PROTECTORES	PROCESOS DESTRUCTIVOS
GLOBAL	<ul style="list-style-type: none"> - RELIGIÓN. - LEY 26061.SISTEMA DE PROTECCIÓN DE DERECHOS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES. - NUEVOS PARADIGMAS.CONCEPCIONES DE PROTAGONISMO JUVENIL ORGANIZADO. - LEY DE PACIENTES. - LEY DE MATRIMONIO IGUALITARIO. - PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD. - PROGRAMA CÓRDOBA DIABETES (PROCORDIA). 	<ul style="list-style-type: none"> - DESEMPLEO - FLEXIBILIZACIÓN LABORAL. - SOCIEDAD DE CONSUMO. - RELIGIÓN. - EXISTENCIA DE VIEJOS PARADIGMAS SOBRE LA INFANCIA/ADOLESCENCIA.

<p>PARTICULAR</p>	<ul style="list-style-type: none"> - HOSPITAL CÓRDOBA. - HOSP. DE NIÑOS. - SERVICIOS DE DIABETOLOGÍA. - INSTITUCIONES EDUCATIVAS (PRIMARIA, SECUNDARIA, TERCIARIA Y UNIVERSITARIA). - GRUPOS EVANGÉLICOS. - GRUPO DE EDUCADORES ENTRE PARES. - EMPATÍA CON MÉDICO TRATANTE EN EL HOSPITAL CÓRDOBA. - PROGRAMA DE TRANSICIÓN. 	<p>MENTAL DEL HOSPITAL CÓRDOBA (dispositivo individual y grupal psicoanalítico).</p> <ul style="list-style-type: none"> - NO CONCEPCIÓN DEL NIÑO COMO PROTAGONISTA. - INEXISTENCIA DE ACOMPAÑAMIENTO INSTITUCIONAL EN EL CAMBIO DE CENTRO DE ATENCIÓN. - INVISIBILIDAD DEL DISCURSO Y NECESIDADES DE NIÑOS Y JÓVENES POR PARTE DE LOS ADULTOS/EFECTORES DE SALUD.
<p>SINGULAR</p>	<ul style="list-style-type: none"> - PRÁCTICAS COTIDIANAS PROTECTORAS Y SALUDABLES. - CUIDADOS GENERALES ADQUIRIDOS. - PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES CULTURALES/ARTÍSTICAS. - REDES DE AMIGOS QUE REFERENCIAN COMO FAMILIA (“familia es la que uno elige”). - EXPLICITACIÓN DE HECHOS VITALES SIGNIFICATIVOS. - DEVELAMIENTO DE PROBLEMÁTICAS PERSONALES SIGNIFICATIVAS. - RELACIONES INTERPERSONALES DE EMPATÍA. - CONSTRUCCIÓN DE VÍNCULOS ENTRE LOS MIEMBROS DEL GRUPO. - EXISTENCIA DE ALGÚN ADULTO REFERENTE. - HABILIDADES PERSONALES. - AMPLIO CONOCIMIENTO SOBRE SU ENFERMEDAD, CUIDADOS Y DIFICULTADES EXISTENTES. 	<ul style="list-style-type: none"> - AFECCIÓN EN EL PANCREAS (avance de la enfermedad). - CARACTERÍSTICAS PARTICULARES DEL DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD EN CADA UNO Y MORBILIDADES ASOCIADAS. - PRÁCTICAS COTIDIANAS DESTRUCTORAS. - DIFICULTADES PARA ENCONTRAR TRABAJO DE ACUERDO A LAS POSIBILIDADES DE CADA UNO. - PERFIL PSICOFAMILIAR DESTRUCTIVO (rigidez, estereotipos de género, violencia familiar, familias autoritarias, familias sobreprotectoras, familias no continentales, marcada asimetría generacional, violencia generacional, no reconocimiento del otro como sujeto autónomo con decisión). - BAJA AUTOESTIMA - FLUCTUACIONES CONSTANTE EN EL TRATAMIENTO. - DESÓRDENES ALIMENTICIOS. - CONSUMO DE SUSTANCIAS. - MITOS SOBRE DIABETES. - RIESGO DE MUERTE.

Conclusiones

“La educación tiene un carácter permanente
no hay seres educados y no educados
... todos estamos educándonos”...

Freire, Paulo.

La totalidad de jóvenes que participaron del grupo cuentan con multiplicidad de procesos destructores del orden singular, particular y global que impactan de manera negativa en la adherencia al tratamiento. A lo largo del desarrollo de la experiencia se observó que la presencia de la enfermedad crónica actúa desde lo social, como “plus” social, acentuando la vulnerabilidad de base existente.

Desde este punto de vista, el conocimiento de cada joven con sus particularidades y el reconocimiento de los procesos protectores existentes constituyeron “la” oportunidad para la generación y potenciación de los cambios necesarios para atenuar la incidencia de la vulnerabilidad.

La construcción de la matriz de procesos críticos aportó al conocimiento de los procesos destructores de la salud, que obstaculizan las conductas de autocuidado en los jóvenes que participaron de la experiencia como así también de los procesos protectores existentes y la selección de las facetas a promover.

La construcción del espacio para los jóvenes con DBT tipo I que se atendían en el Hospital Córdoba durante los años de la experiencia, generó un impacto cualitativo. El mismo se relaciona con la adquisición por parte de los jóvenes educadores entre pares de capacidades y habilidades sociales que les permitieron afrontar su vida de manera más adecuada, profundizar el entendimiento de su proceso de salud-enfermedad y determinantes sociales, concebirse como protagonistas, aportar a su proyecto de vida.

El impacto se refiere a que la experiencia aportó a la constitución de sujetos con más recursos lo que permite un transitar social acorde a las características particulares de su vida actual. La experiencia promovió procesos protectores tales como: autoestima, empatía y habilidades sociales lo que favoreció el descubrimiento y generación de nuevos recursos que implicaron el cambio de algunos hábitos y sobre todo un mayor acercamiento de estos jóvenes al hospital intentando relacionarse de manera autónoma pero comprometida con su tratamiento.

La periodicidad de las instancias grupales permitió que los jóvenes asistieran con regularidad al hospital lo que promovió apropiación del espacio y acercamiento con el área médica y que algunos retomaran sus tratamientos.

La participación activa de los jóvenes en el proyecto de transición con el hospital de niños, permitió la revalorización de los saberes propios y el ocupar un “rol” significativo en el sistema de salud. De esta manera se pasó del estigma negativo del joven problemático que no adhiere al tratamiento indicado, al rol positivo de “padrino” que desde la propia experiencia acompaña a otro adolescente/joven que transita hacia una institución de y para adultos.

Si bien esta experiencia por todo lo expresado generó oposición por parte de algunos integrantes del equipo de salud, dándose por finalizada a raíz de que el Servicio de Diabetología del Hospital Córdoba quitó su apoyo expresando que no derivarían más jóvenes al grupo, el desarrollo de la misma durante dos años nos habla de la posibilidad concreta de implementación de este tipo de estrategias que promueven la constitución de espacios socioeducativos grupales en hospitales de “alta complejidad”, es decir, la promoción de un proceso protector en el dominio particular del proceso de salud/enfermedad de este grupo etéreo.

No solo es posible sino que es necesario, no como una prueba de lo que la disciplina de trabajo social es capaz de interpretar y promover, sino como prueba de que los problemas sociales y los procesos de salud enfermedad son complejos y multi determinados y por lo tanto su modo de abordaje debe ser integral e interdisciplinario con todos los esfuerzos y concesiones necesarias que la tarea implica.

Continúa siendo un desafío primordial el develar la alienación de las instituciones de las que formamos parte, conocer a los sujetos con los cuales trabajamos tanto en sus condiciones estructurales como en la constitución de sus subjetividades, recuperar nuestros sueños y deseos, rescatar la creatividad como fuerza que nos impulsa, aporta a construir acciones concretas que mejoren las condiciones de vida a partir del ejercicio y demanda de

nuestros derechos.

El desafío social/cultural más amplio nos llama a seguir aportando al cambio de paradigma sobre la infancia/adolescencia/juventud y sobre los procesos de salud/enfermedad que implica en todo momento, en toda oportunidad continuar acompañando el proceso por el que están pasando los niños/adolescentes y jóvenes de nuestras zonas, acompañar en sus recorridos sanitarios, en la construcción de sus proyectos de vida, aportar a la construcción de su identidad individual y colectiva, recuperar la importancia y lo gratificante del encuentro con el otro, compartir también nuestras penas y alegrías con ellos... en fin, continuar compartiendo nuestras vidas con ellos, resignificarlos como sujetos protagónicos, “hacerlos parte” y correrlos del lugar del saber absoluto.

Profundizar el tipo de experiencias en salud como la desarrollada implica esforzarnos una y otra vez como profesionales y efectores públicos para visualizar de manera dialéctica el proceso grupal en cada contexto específico, promoviendo lo protector y acompañando los diferentes momentos individuales de los participantes.

Los procesos de salud enfermedad nos convocan a entablar relaciones empáticas con los sujetos con los que trabajamos, compromiso en nuestras intervenciones, creatividad para la interdisciplina; los procesos de salud enfermedad histórico sociales nos recuerdan a cada instante que entre la fragmentación y el encuentro somos sujetos en constante devenir interpelados por las acciones que llevamos adelante.

Bibliografía

- Breilh, J. (2003). *“Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad”*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Cussianovich, A. (2010). *“Aprender la condición humana”*. Ensayo sobre pedagogía de la ternura. Perú: Editorial a cargo de IFEJANT.
- Pichon Rivière, E. (1982). *“El proceso grupal”*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.
- Pichon Rivière, E. y Pampliega de Quiroga, A. (1985). *“Psicología de la vida cotidiana”*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- Dabas, E. y Perrone, N. (2001). *“Redes en Salud”*. Seminario *“El trabajo en Redes”*. Buenos Aires. Fundación Gian Piaget.
- Solis, M. y Vaudagna E. (2007). *“Cuaderno de trabajo Educación entre Pares. Prevención del VIH-SIDA”*. Fundación EGRETTA. Oficina de Educación de Unesco en Montevideo. Montevideo.
- Freire, P. *“Pedagogía de la autonomía. Saberes necesarios para la práctica educativa”*. (1997). México: Editorial Siglo XXI.
- Piotti, M. y Lattanci, L. (2008). *“La Intervención Interdisciplinaria en el proceso de constitución de ciudadanía de la infancia y la adolescencia”*. Córdoba. Escuela de Trabajo Social. UNC.
- Piotti, M., Machinandiarena, P., Flores M., Morillo, E., Rozencovich, J., Gontero, V., Audisio, M., Peretti, B., Jaime, M. y Texeira, C. *“Red Buhito. ¿Es posible trabajar con la infancia desde un paradigma movimientista?”* Córdoba. Escuela de Trabajo Social. UNC.
- Piotti, M. (2000). *“Paradigma sobre la Niñez y la Adolescencia”*. En: Apuntes de cátedra *“Seminario Anual de Niñez y Adolescencia. ETS.UNC.*