

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

"LA METODOLOGÍA PARTICIPATIVA UNA ALTERNATIVA  
EN LA ATENCIÓN DE GRUPOS DE PACIENTES  
DIABÉTICOS EN EL CAMPO DE LA SALUD"



Presentada a la Dirección de la  
Escuela de Trabajo Social de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala

LESITA JUDITH SANDOVAL VILLACORTA DE DE LEÓN

Previo a Conferírsele el Título de  
TRABAJADORA SOCIAL

En el Grado Académico de

LICENCIADA

Guatemala, septiembre de 1,996



PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

K  
15  
(1105)  
2-2

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR: Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco  
SECRETARIO: Dr. Otto Manuel España Mazariegos

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

DIRECTORA: Licda. Gloria Rebeca Morán Mérida  
SECRETARIO: Ing. Hernán Cortés Urioste

CONSEJO ACADEMICO  
REPRESENTANTES DOCENTES

Licenciada Carmen Mejía  
Licenciada Aída Ofelia Pérez Duque  
Licenciada Carolina de la Rosa de Martínez  
Licenciada Amparo Meléndez López  
Licenciada Blanca Mercedes Aroche

CONSEJO ACADEMICO  
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Maestra Educación Primaria Edelmira Mendoza Pinelo  
Maestra de Educación Primaria Margarita de Jesús García  
Maestra de Educación para el Hogar Claudia Lorena Alfaro  
Bachiller en Ciencias y Letras Sara O. Franco Tejada  
Maestra de Educación Primaria Lilian Noemí Lucas V.  
Secretaria Comercial Rosa Elena Barillas C.

TRIBUNAL EXAMINADOR

DIRECTORA Licda. Gloria Rebeca Morán Mérida  
SECRETARIO: Ing. Hernán Cortés Urioste  
REVISOR: Lic. Carlos F. Noriega Castillo  
ASESOR: Licda. MARTA SONIA ORTIZ BARRIENTOS  
AREA TRABAJO SOCIAL Licda. Elsa Arenales de Franco.

Guatemala, 28 de mayo de 1,996

Licenciado Edgar Flores G.  
Coordinador del Programa  
Especial de Licenciatura  
Escuela de Trabajo Social  
Universidad de San Carlos

Licenciado Flores:

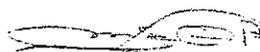
Atentamente me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que la Trabajadora Social Lesbia Judith Sandoval de De León, con número de carnet: 78-03 477, ha concluido su trabajo de Tesis el cual se titula: "LA METODOLOGIA PARTICIPATIVA UNA - ALTERNATIVA EN LA ATENCION DE GRUPOS DE PACIENTES EN EL CAMPO DE LA SALUD", el cual constituye un aporte interesante para la práctica profesional dentro del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, ya que posibilita una mejor atención a los usuarios.

En tal sentido, doy por APROBADO este Informe Final, rogando le trasladarlo a donde corresponde para continuar su trámite

Agradeciendo su atención, me suscribo de usted.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

  
Lic. Marta Sonia Ortiz B.  
ASESORA

MSOB/ah

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL  
EDIFICIO 2-1, 2da. FASE

Ciudad Universitaria, Zona 11  
Guatemala, Centroamérica

Teléfonos:  
1-4 y 760985-86-88, Ext. 238-219  
Líneas Directas: 769530-769602  
Fax: 769590

Guatemala, Agosto 14 de 1996

DICTAMEN 222-09/96

Licda. Gloria Rebeca Morán Mérida  
Directora  
Escuela de Trabajo Social  
Edificio

Apreciable Señora Directora:

Por este medio tengo a bien informarle que en esta fecha he concluido el proceso de revisión-orientación del Informe final: "LA METODOLOGIA PARTICIPATIVA UNA ALTERNATIVA EN LA ATENCION DE GRUPOS DE PACIENTES EN EL CAMPO DE LA SALUD" de la estudiante Lesbia Judith Sandoval Villacorta De De León, mismo que me fuera encomendado, según notas Ref. PEL-61-95 y PEL-089/96 de fechas 13-7/95 y 28-5-/96 respectivamente.

Considerando que en el caso presente han sido incorporadas las observaciones señaladas por el suscrito le doy por APROBADO, sugiriendo se le autorice la orden de impresión y se le autorice fecha y hora para el exámen de graduación profesional correspondiente.

Atentamente,

"DID Y ENSEÑAD A TODOS"

  
Lic. Carlos F. Noriega Castillo  
Investigador-Revisor

IIETS

c.c. archivo

CFNC/mod.



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



**ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

Edificio S-1, 2º Nivel  
Ciudad Universitaria, Zona 12  
Guatemala, Centroamérica

Teléfonos:

60790-4 y 4760985-86-88

Ext. 288-289

Teléfonos Directos:

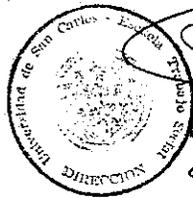
69590 y 4769606

Fax: 4769590

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL. UNIVERSIDAD DE  
SAN CARLOS DE GUATEMALA.-----

En vista de los dictámenes favorables que anteceden de los Licenciados Marta Sonia Ortiz B. y Carlos Federico Noriega Castillo, en calidad de Asesor y Revisor respectivamente, esta Dirección autoriza la impresión de la tesis "LA METODOLOGIA PARTICIPATIVA UNA ALTERNATIVA EN LA ATENCION DE GRUPOS DE PACIENTES EN EL CAMPO DE LA SALUD", presentada por Lesbia Judith Sandoval de De León, previo a conferírsele el título de Trabajador Social en el grado de LICENCIADO, una vez haya sustentado el examen respectivo.

En la ciudad de Guatemala, a los veinte días del mes de agosto de mil novecientos noventa y seis.



"D Y ENSEÑAD A TODOS"

*Licda. Gloria Rebeca Morán Mérida*  
Licda. Gloria Rebeca Morán Mérida  
Directora

GRMM/cdm  
c.c. :archivo

**ACTO QUE DEDICO**

**A DIOS:** Guia y Fortaleza en el logro de mis más preciados ahelos

**A MI MADRE:** ZOILA ESTELA VILLACORTA VDA. DE SANDOVAL, porque ahora igual que siempre, siento su Amor y protección dentro de mi ser

**A MI ESPOSO:** ROBERTO LEONEL DE LEON LOPEZ

**A MIS HIJOS:** ARELY YOSAHANDI, ALEJANDRO FRANCISCO y RICARDO LEONEL  
Con todo mi amor y para que este triunfo sea un ejemplo en su formación académica

**A MIS HERMANOS,  
ESPOSAS E HIJOS:** Con amor fraternal

**A LA FAMILIA:** DE LEON LOPEZ

**A MIS PADRINOS  
DE GRADUACION:** Lic. FRANCISCO ABRAHAM SANDOVAL VILLACORTA  
Licda. NELLY ANTONIETA SALGUERO DE DE LEON  
Licda. VILMA AURORA LOPEZ CANTORAL  
Licda. BERTHALIS CUMMINGS BECKER  
Con respeto y cariño

**AGRADECIMIENTO ESPECIAL A**

**ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL, Universidad de San Carlos de Guatemala y al  
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social**

Por las oportunidades de superación que me han brindado

**AL CUERPO DE SUPERVISORES Y TRABAJADORES SOCIALES del Departamento de  
Trabajo Social del IGSS**

Porque tenemos el compromiso de seguir trabajando por el  
desarrollo técnico profesional de nuestro Departamento

**PROFESORA: RUTH MARICELA SANDOVAL VILLACORTA**

Por su apoyo y solidaridad siempre manifiesto,  
mi reconocimiento y cariño

**Licda. SONIA ORTIZ BARRIENTOS**

Asesora del trabajo de tesis, por su constante estímulo  
para el logro de esta meta

**Lic. CARLOS F. NORIEGA CASTILLO**

Revisor de tesis, gracias por compartir sus  
conocimientos y experiencias

**"Los autores serán los responsables de las opiniones y criterios expresados en sus obras."**

Artículo No. II, Reglamento del Consejo Editorial de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

## I N D I C E

	Pág.	No.
<b>INTRODUCCION</b>		<b>i</b>
<b>CAPITULO 1</b>		
<b>SEGURIDAD SOCIAL EN GUATEMALA</b>		<b>01</b>
1.1	Definiciones de Seguridad Social	01
1.2	El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	02
1.3	Programas de Cubre el IGSS	04
1.4	Organización Médico Asistencial del IGSS	13
1.5	La Seguridad Social Participada	19
<b>CAPITULO 2</b>		
<b>DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL DEL INSTITUTO</b>		
<b>GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL</b>		<b>23</b>
2.1	Marco Teórico	23
2.2	Trabajo Social en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	25
<b>CAPITULO 3</b>		
<b>LA DIABETES MELLITUS</b>		<b>34</b>
3.1	Aspectos Generales	34
3.2	Definiciones	35
3.3	Epidemiología del Paciente Diabético	41
<b>CAPITULO 4</b>		
<b>TEORIA DE LA METODOLOGIA PARTICIPATIVA</b>		<b>48</b>
4.1	Aspectos Generales de la Metodología Participativa	48
4.2	Principios Básicos de la Metodología Participativa	52
4.3	Pasos Básicos del Proceso	56
4.4	Características Fundamentales de la Metodología Participativa	63
4.5	Obstáculos	68
4.6	Principales Componentes de la Metodología	72
4.7	Diseño de un Taller Participativo	74

	<b>Pág.No.</b>
<b>CAPITULO 5</b>	
<b>ORIGEN Y PROCESO DEL METODO DE TRABAJO SOCIAL DE GRUPO</b>	82
5.1 El Rol del Trabajador Social de Grupo	89
5.2 Principios Básicos de la Práctica del Trabajo Social de Grupo de Gisela Konopka	92
5.3 Principios Básicos de la Práctica del Trabajo Social de Grupo de Natalio Kisnerman	92
5.4 Análisis Crítico de la Metodología del Trabajo Social de Grupo en su Aplicación en América Latina	93
<b>CAPITULO 6</b>	
<b>ANALISIS DE LA OBSERVACION DE GRUPOS DE PACIENTES DIABETICOS Y DATOS ESTADISTICOS</b>	97
6.1 Grupos de Pacientes Diabéticos del Seguro Social	97
6.2 Análisis de Datos Estadísticos	105
<b>CAPITULO 7</b>	
<b>PROPUESTA METODOLOGICA PARTICIPATIVA EN LA ATENCION DE PACIENTES DIABETICOS A NIVEL DE GRUPO EN EL AREA DE SALUD</b>	116
7.1 Introducción	116
7.2 Propuesta Metodológica	122
<b>CONCLUSIONES</b>	128
<b>RECOMENDACIONES</b>	130
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	132
<b>ANEXOS</b>	

## I N T R O D U C C I O N

Socialmente, las instituciones están ahora más que nunca obligadas a prestar mayores y mejores servicios a una población que si siempre ha clamado por una Seguridad Social, hoy la exige como principal asidero frente al desempleo, la inflación, el deterioro de la salud y en general a las malas condiciones de vida.

Este trabajo responde en parte a la problemática que presentan los afiliados al Seguro Social que son atendidos en los Hospitales o Consultas Externas que presentan enfermedades crónicas, entre ellas, la DIABETES.

Los diabéticos deben obtener del Seguro Social un servicio médico integral que les facilite la capacitación y educación necesarias para mejorar su calidad de vida, pero para ello se debe tener un lineamiento de trabajo institucional que les permita tener un papel protagónico en donde participen activamente y así hacer valer su derecho como afiliado ya que cotizan mensualmente por ese servicio.

El área médica social constituye hoy por hoy el mayor empleador de Trabajadores Sociales, por lo que se hace urgente plantear nuevas alternativas de trabajo y es en la acción preventiva en donde éste encuentra su espacio profesional, utilizando una metodología participativa de Trabajo Social de Grupos, induciendo a la organización de los pacientes diabéticos y contribuir con ello a reducir las constantes hospitalizaciones, las complicaciones a las que se ven expuestos (ceguera total, amputación de sus miembros, etc.), y sobre todo reducir la mortalidad.

Esta investigación también pretende dar una respuesta concreta y una guía de trabajo a aquellos Trabajadores Sociales que se desempeñan en el área de salud y que dedican su quehacer profesional a observar, analizar y replantear lineamientos de trabajo que mejoren el sistema de atención médica a los afiliados del Seguro Social, como iniciativa personal y profesional.

A estas consideraciones y la experiencia en 16 años de laborar para el IGSS, es un compromiso presentar una propuesta metodológica de participación de pacientes en forma grupal, siendo el ideal constituirla en una política institucional no sólo para los enfermos diabéticos sino para aquellos pacientes que presentan otras enfermedades crónicas como: Cáncer, hipertensión arterial, artritis, psoriasis, alcoholismo, insuficiencia renal, hemofilia, etc., que los observamos a diario en las salas de los hospitales o en los pasillos de la consulta externa.

Para orientar el desarrollo de la investigación se plantearon los objetivos siguientes:

#### GENERALES:

- 1) Formular una propuesta metodológica de Trabajo Social de Grupos en el área médico social del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- 2) Contribuir a replantear estrategias encaminadas a la proyección de la medicina preventiva en el Trabajo Social de Grupos en pacientes diabéticos.

**ESPECIFICOS:**

1) Lograr que los pacientes diabéticos sean más participativos en la reflexión y educación de su enfermedad para mejorar su nivel de vida.

2) Propiciar un cambio de actitud en los pacientes diabéticos y en los trabajadores de salud hacia el tratamiento de la enfermedad.

Estos objetivos fueron satisfechos en su mayor parte, aunque los específicos quedan sujetos en su cumplimiento a la reacción de las partes cuando se aplique la metodología participativa en el sector salud.

De igual manera se plantearon las hipótesis siguientes:

**HIPOTESIS GENERAL:** La ausencia de una estrategia metodológica que permita al paciente diabético, jugar un papel protagónico, incide en el incremento de las tasas de morbilidad y mortalidad en la población afiliada, beneficiaria y jubilada.

**HIPOTESIS ESPECIFICAS:**

1) El Trabajador Social en el área médico social no está capacitado para utilizar una nueva alternativa metodológica (de grupos) que facilite la participación de los pacientes diabéticos.

2) La acción puramente paliativa y curativa en la atención de los pacientes diabéticos, mantiene la alta incidencia de consultas médicas a repetición y al ingreso al encamamiento en los Hospitales del Seguro Social.

La primera y tercera hipótesis en su totalidad fueron comprobadas no así la segunda, pues en la actualidad ya algunos Trabajadores Sociales están trabajando con grupos de pacientes en forma planificada pero no con una metodología participativa, siendo éstos simples receptores de la información.

Una de las razones más importantes es que no hemos (como Trabajadores Sociales) sentido la necesidad de tener un aprendizaje participativo, porque el hecho de que seamos profesionales sociales, ello no implica necesariamente que nuestra sociabilidad nos conduzca a la participación social. No se aprende teóricamente a participar, tampoco es algo que se estudia, se aprende a participar participando y esto implica dos dimensiones principales: 1) Desarrollar actitudes y comportamientos participativos; y 2) Formarse para saber participar.

La metodología empleada en el proceso de investigación se basó en el Método Inductivo-Deductivo porque se partió de elementos particulares como lo son los pacientes diabéticos llevando a globalizar su entorno institucional, induciendo también el análisis de la medicina preventiva y el Trabajo Social de Grupos como una metodología participativa que nos llevó a la formulación de una propuesta aún no utilizada por las Trabajadoras Sociales del IGSS en el área médico social.

Las técnicas utilizadas fueron: la observación, entrevistas estructuradas, análisis de contenido y técnicas de recolección de información.

Esta tesis consta de siete capítulos, que son:

El Capítulo 1, expone un marco teórico : conceptual de la Seguridad Social, sus programas y cobertura en Guatemala.

El Capítulo 2, caracteriza el desenvolvimiento del Trabajador Social en el área de salud y el Departamento de Trabajo Social del IGSS.

El Capítulo 3, desarrolla conceptos y un análisis institucional de la DIABETES MELLITUS sin profundizar en terminología médica sino su impacto que demuestra a nivel nacional e internacional.

El Capítulo 4, comprende una revisión del método de Trabajo Social de Grupos en aspectos teóricos y prácticos.

El Capítulo 5, plantea un marco conceptual de metodología participativa estableciendo una guía de trabajo con grupos.

El Capítulo 6, constituye la presentación de cuadros estadísticos y su análisis en correspondencia con las hipótesis planteadas.

El Capítulo 7, propone una alternativa al Trabajo Social de Grupos utilizando una metodología participativa con grupos de pacientes diabéticos que obliga a hacer una revisión de trabajo en el área médico social y con ello se proyecte el Departamento a la población afiliada y beneficiaria con eficiencia y eficacia. Se enfoca y se da primordial importancia al área de salud donde el Trabajador Social debe ser responsable de luchar y mantener un espacio profesional dentro de una concepción acorde a su esencia.

Se propone también que los mismos pacientes diabéticos participen mediante la organización de grupos y que compartan una Seguridad Social que "asegure" un mejor nivel y calidad de vida.

Finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones en base a la investigación realizada; concluyendo con la bibliografía consultada.

## CAPITULO 1

### SEGURIDAD SOCIAL EN GUATEMALA

#### 1.1 Definiciones de Seguridad Social:

Para tener una visión más amplia de lo que es la Seguridad Social, es conveniente revisar los conceptos o definiciones de tratadistas reconocidos de acuerdo a sus tendencias ideológicas, políticas, económicas y jurídicas. "Desde el punto de vista ideológico la Seguridad Social, es una aspiración y en consecuencia, su estudio como realidad sólo puede alcanzarse por el conocimiento y análisis de las realizaciones legislativas y de su desarrollo institucional, que constituyen y concretan finalmente su concepto doctrinario" 1/.

Para William Beveridge, "la Seguridad Social, es la abolición de la necesidad asegurando al ciudadano una renta para que le pueda hacer frente a sus necesidades primordiales; siempre que el fondo de dicha renta provenga de la contribución del asegurado ante cualquier riesgo" 2/.

Altmeyer de los Estados Unidos, considera que la "Seguridad Social es un derecho universal de los seres humanos por tener una vida mejor, para liberarse de la miseria, la salud, educación y de tener un trabajo adecuado y seguro" 3/.

Para González Posada, la "Seguridad Social, son las medidas que un Estado moderno adopta para liberar a los ciudadanos de cualquier riesgo" 4/.

---

1/ Citado por Jorge E. Barrascout, **Evolución, Concepto y Principios Fundamentales de la Seguridad Social**. Guatemala, Ponencia en el XXIII Congreso Nacional de Medicina, 1972. Pág. 22.

2/ Ibid.

3/ Ibid.

4/ Ibid.

Pérez Leñero, dice que la Seguridad Social, es la parte de la Ciencia Política que, mediante adecuadas instituciones técnicas de ayuda, previsión y asistencia, tiene por fin defender y propulsar la paz y prosperidad general de la sociedad a través del bienestar individual de todos sus miembros.

La O.I.T. dice que la Seguridad Social es el conjunto de medidas tomadas por la sociedad y, en primer lugar por el Estado, para garantizar a todos, los cuidados médicos necesarios, así como asegurarles los medios de existencia, causadas por circunstancias no dependientes de su voluntad.

Al analizar en forma global estas definiciones se puede deducir que la Seguridad Social como política estatal aplicada en Guatemala tiene un sentido restrictivo ya que el concepto en sí tiene similitud con Bienestar Social tomando en cuenta: educación, protección familiar, regulación de salarios, reglamentación de condiciones de trabajo, pensiones por ancianidad y desempleo, seguro médico, subsidios para maternidad, etc., y el Estado ha descargado casi toda la responsabilidad de Seguridad Social en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social que cubre parte de la población guatemalteca en algunos riesgos anteriormente citados, pero en forma muy restringida, como se podrá inferir cuando se describan los programas y cobertura.

#### **1.2 El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social:**

El I.G.S.S. fue creado por el Decreto 295 del Congreso de la República, el 30 de Octubre de 1946. La creación de un régimen de seguridad social, es una medida que contribuye a la elevación del nivel de vida de nuestro pueblo cuyo objetivo final es el de dar

protección mínima a la población trabajadora del país en base a una cuota obligatoria que esté de acuerdo a los ingresos de cada uno y la distribución de los beneficios a cada afiliado o a los familiares que dependan económicamente de él; estos beneficios deben tener un carácter mínimo, dirigido a dar soluciones a largo plazo.

"Para que el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social cumpliera su función como tal, fue necesario dotarlo de un amplio margen de autonomía económica, jurídica y funcional, de las facultades y obligaciones para que sus gestiones no constituyan un hecho aislado dentro del conjunto de la política democrática y progresista del Estado, sino por el contrario que se planeen en íntima armonía con las actividades asistenciales y sanitarias; con las actividades docentes y culturales; con la legislación de trabajo y con las directrices que para su correcta aplicación se trace el Organismo Ejecutivo; con los estudios que sobre aspectos etnográficos, sociológicos y demográficos adelanten otras entidades, especialmente en lo que se refiere al problema indígena; con el adecuado desenvolvimiento de las profesiones médicas y de las relacionadas con éstas y en general, con las demás actividades de naturaleza económica o social con las que se deba mantener una coordinación constante. Al estar dirigidos sus programas a todo un conglomerado de personas para su protección y elevar gradualmente su nivel de vida sin distinción de clases, ideas, grupos o partidos" 5/.

El Artículo 100 de la Constitución Política de la República reconoce el derecho de la Seguridad Social para beneficio de los

---

5/ Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Guatemala, 1988. Págs. 1-2.

habitantes de la población. El I.G.S.S. es semiautónomo, descentralizado, con personería jurídica y funciones propias de conformidad con su Ley Orgánica y sus reglamentos especiales.

Su régimen se instituye en forma nacional, unitaria y obligatoria, dado a que la sociedad organizada y civilizada no puede ignorar los problemas que por una u otra causa afligen al conglomerado de habitantes de un país, ya que todo ser humano espera que el grupo social del cual forma parte, para el que vive o trabaja, se preocupe por él y le de apoyo cuando se presenten situaciones que lo afecten y que a él sólo le es imposible resolver; este principio se enmarca en la solidaridad humana.

El I.G.S.S. tiene como finalidad beneficiar al pueblo protegiendo a todos los trabajadores afiliados que se encuentran expuestos de un modo u otro a contingencias que disminuyen o terminan sus ingresos cuando debe de suspender su trabajo por causas de accidente, enfermedad, maternidad, invalidez, vejez o sobrevivencia.

### 1.3 Programas que Cubre el I.G.S.S.:

#### Programas Actuales:

- Programa sobre Protección Relativa a Enfermedad y Maternidad.
- Programa sobre Protección Relativa a Accidentes en General.
- Programa sobre Protección Relativa a Invalidez, Vejez y Sobre vivencia.
- Programa de Atención Médica Integral para Pensionados (AMIP).

**1.3.1 Programa Sobre Protección Relativa a Enfermedad y Maternidad:** Este programa entró en vigor el 30 de octubre de 1968 conforme el Acuerdo 475 de Junta Directiva del IGSS, modificado en la actualidad por el Acuerdo 410 de la Ley Orgánica. La protección está dirigida a:

- Los trabajadores afiliados que viven y trabajan en los Departamentos de Guatemala, Zacapa, Chiquimula, Jalapa, Baja Verapaz, Totonicapán, Sacatepéquez, El Quiché, Sololá, Escuintla y Suchitepéquez.

- A la esposa, mujer de hecho o compañera de trabajador afiliado al IGSS durante el período de maternidad, en los departamentos que se mencionan en el inciso anterior. (Exceptuando el Departamento de Guatemala, dichas señoras tienen derecho a la atención por enfermedad según el Acuerdo que regula la extensión familiar).

- A los hijos de los trabajadores afiliados del IGSS hasta cinco años de edad y en los casos de existir anomalías congénitas tienen derecho hasta los 15 años (según el Acuerdo 652 de Junta Directiva).

- A las trabajadoras afiliadas en los Departamentos ya indicados.

- Prestaciones en Servicio: La Ley Orgánica indica que las prestaciones en servicios son promoción y prevención de enfermedades; asistencia médico quirúrgica, hospitalización, asistencia odontológica, consulta externa, asistencia farmacéutica; rehabilitación, suministro de aparatos ortopédicos y protésicos, transporte y hospedaje.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

- Prestaciones para Hijos de Afiliados: Estas prestaciones consisten en atención de prematuros; tratamiento de anomalías y enfermedades congénitas, exámenes médicos de control de salud, asistencia médico quirúrgica, vacunación contra enfermedades transmisibles, ayuda láctea, escuela de salud donde se educa a la madre o responsable sobre el cuidado y alimentación del niño.

- Prestaciones en Dinero: Comprende un subsidio diario por incapacidad temporal que corresponda a las dos terceras partes del salario base; en caso de muerte del trabajador afiliado o beneficiario se otorga una cantidad de Q.412.00 de cuota mortuoria.

### 1.3.2 Programa de Maternidad al Igual que el de Enfermedad Otorga Prestaciones en Servicio y Dinero:

- Prestaciones en Servicio: Estas prestaciones se otorgan en las fases prenatal, natal y post-natal, así: asistencia médica quirúrgica general y especializada, preventiva y curativa; hospitalización, asistencia odontológica, asistencia farmacéutica, exámenes complementarios, servicio social, transporte y hospedaje; educación sobre higiene, cuidado del niño, nutrición, economía doméstica, etc.; las trabajadoras afiliadas continuarán en tratamiento; las esposas o compañeras de los afiliados posterior al parto tendrá un derecho de 55 días más de asistencia médica cuando sufran enfermedades consecuentes al embarazo, parto, ayuda láctea y canastilla materna.

- Prestaciones en Dinero: Se otorgan únicamente a las trabajadoras afiliadas en un 100% de su salario base, durante los

descansos pre y postnatal; cuota mortuoria en caso de fallecimiento por maternidad de la esposa, mujer de hecho o del recién nacido.

Para fines de esta investigación, este programa es el que más interesa por la cobertura de la atención médica a los pacientes diabéticos que son parte del eje temático, literalmente se describen los derechos y limitaciones:

Artículo 7, Acuerdo 410 de la Ley Orgánica del ICSS:

- "a) Tiene derecho a las prestaciones en servicio, el trabajador afiliado sin acreditar un tiempo mínimo de contribuciones previas.
- b) El trabajador en período de desempleo, siempre que dentro de los seis meses calendario anteriores al mes en que se produzca el desempleo, haya contribuido en cuatro períodos de contribución y el enfermo reclame prestaciones en el curso de los dos meses posteriores a la fecha del desempleo. La Junta Directiva está facultada para suspender o restringir, por medio de Acuerdos, las prestaciones a los trabajadores en período de desempleo, cuando el costo de las mismas resultare gravoso debido a una marcada incidencia del desempleo u otras causas.

El subsidio en caso de enfermedad se concede al trabajador afiliado a partir del cuarto día de incapacidad, inclusive y, mientras dure ésta en la proporción de dos tercios del salario base. La duración del subsidio no podrá exceder de 26 semanas por una misma enfermedad, este plazo podrá ser ampliado hasta por trece semanas más para determinadas enfermedades de evolución o convalecencias

largas o prudencialmente casos especiales, cuando la reanudación del trabajo pudiera agravar la enfermedad o impedir su curación, siempre que tales prórrogas favorecieren razonablemente esta última.

Esta ampliación deberá hacerse por indicación del médico tratante con la aprobación del Jefe de la Unidad Médica respectiva.

El día que inicie la incapacidad temporal para el trabajo por enfermedad será pagado por el patrono.

La asistencia médica se concede hasta el restablecimiento del enfermo. En el caso de enfermedades que a juicio del médico del Instituto sean irreversibles y determinen un estado de incapacidad permanentemente para el trabajo la asistencia médica se concederá por un término de 52 semanas.

Es importante mencionar que la diabetes puede presentar complicaciones en los pacientes dejándolos con algún grado de incapacidad, y es considerada como una enfermedad irreversible. El problema del afiliado es que si no ha recibido la orientación oportuna en cuanto al tiempo de su derecho al subsidio, al tratamiento médico y al trámite de su jubilación, corre el riesgo de quedarse sin ninguna de estas prestaciones y es muy común ver a los afiliados o familiares de estos haciendo los trámites de jubilación (los cuales tardan aproximadamente 8 meses si no hay problema) y, mientras, están sin recibir medicamentos ni consultas médicas así como también, sin dinero, únicamente a la espera de la resolución de jubilado, que al salir, automáticamente adquiere el derecho a los servicios médicos.

En la actualidad se elaboró un instructivo para que todos los afiliados que presenten enfermedad irreversible e incapacitante y que se les inicie conteo de semanas se trasladen a la Oficina de Trabajo Social para que reciban la orientación correspondiente, sin embargo esto se cumple parcialmente pues la mayoría de los pacientes ignora este procedimiento y muchos de ellos posterior a la culminación del derecho de la atención médica "mendigan" en las emergencias de los hospitales insulina o alguna receta de medicamento.

**1.3.3 Programa sobre Protección Relativa a Accidentes en General:** La protección que presta está dirigida a:

- Los trabajadores afiliados en toda la República.
- La esposa, mujer de hecho o compañera del afiliado en los Departamentos que son cubiertos por el Programa de Enfermedad, Maternidad y durante el embarazo.
- A los niños menores de cinco años, hijos de los trabajadores afiliados que residan en los Departamentos que se cotiza el Programa de Enfermedad Común.

**Prestaciones en Servicio por el Programa de Accidentes:** Los trabajadores afiliados tienen derecho a recibir asistencia médico-quirúrgica, hospitalización, asistencia odontológica, asistencia farmacéutica, rehabilitación y suministro de aparatos ortopédicos y protésicos; exámenes complementarios de rayos X y laboratorio; servicio social, transporte y hospedaje.

**Prestaciones en Dinero:**

- Subsidio por incapacidad temporal, en una proporción de dos terceras partes del salario base.

-Pensiones, cuando el trabajador queda con incapacidad permanente (prolongada) total o parcial.

-En caso de muerte del afiliado, por accidente, se otorgan pensiones para la viuda, hijos o padres dependientes económicos del fallecido.

-Prestaciones globales por incapacidad permanente.

Prestación Global: Prestación global se le denomina a la cantidad de dinero que se le entrega a un afiliado cuando ha sufrido una mutilación o daño físico irreparable, el daño de que ha sido objeto el trabajador es evaluado por un médico al servicio del IGSS que se desempeña en la Sección de Medicina Legal y Evaluación de Incapacidades. La prestación varía desde tres unidades de beneficios pecuniarios hasta 30 unidades (la unidad es de Q.150.00).

**1.3.4 Programa Sobre Protección Relativa a Invalidez, Vejez y Sobrevivencia:** Este programa está en vigencia a partir del 1 de marzo de 1977, mediante el Acuerdo 788 y sus reformas en el Acuerdo 1007 de Junta Directiva aplicándose a los trabajadores de patronos de la iniciativa privada de toda la República y trabajadores de empresas descentralizadas del Estado pagados por planilla.

-Pensiones por Invalidez: Tiene derecho a pensión por invalidez, el asegurado que reuna las condiciones siguientes:

a) Ser declarado inválido. Para establecer la invalidez y su grado, los servicios de evaluación de incapacidades examinarán al asegurado, así como los antecedentes que figuran en los expedientes e informes relacionados con su caso y además podrá procederse a una

investigación económica y social en aquellos casos que así se requiera. Tomará en cuenta que para los efectos de la protección por invalidez, se considera inválido el asegurado que se halla incapacitado permanentemente para procurarse mediante un trabajo proporcionado a su vigor físico, a sus capacidades mentales, a su formación profesional y ocupación anterior, la remuneración habitual que percibe en la misma región un trabajador sano, con capacidad semejante, igual categoría y formación profesional análoga. Además se tomará en cuenta los antecedentes profesionales y ocupacionales del asegurado, su edad, la naturaleza e intensidad de sus deficiencias físicas o psíquicas y otros elementos de juicio que permitan apreciar su capacidad permanente de trabajo.

Para la evaluación de invalidez se reconocen tres grados: Total, parcial y gran invalidez.

b) Tener acreditados por lo menos:

-36 Meses de contribución en los 6 años inmediatamente anteriores al primer día de invalidez, si tiene menos de 45 años de edad.

-60 Meses de contribución en los 9 años inmediatamente anteriores al primer día de invalidez, si tiene de 45 a 55 años de edad.

-120 Meses de contribución en los doce años inmediatamente anteriores al primer día de invalidez, si tiene más de 55 años de edad.

c) Tener menos de 60 años de edad el primer día de la invalidez.

-Pensión por Vejez: Tiene derecho a pensión por vejez, el asegurado que reuna las condiciones siguientes:

- a) Tener acreditados por lo menos 180 meses de contribución.
- b) Haber cumplido 60 años de edad.

- Pensiones a Sobrevivientes: El Instituto otorgará pensiones a sobrevivientes por muerte del asegurado cuando:

a) A la fecha de su fallecimiento el asegurado tenga acreditados por lo menos 36 meses de contribución en los seis meses inmediatamente anteriores. En caso de fallecimiento por accidente el requisito de contribución es de tres meses anteriores dentro de los últimos seis meses calendario (es decir si tuviera vigente el derecho a subsidio).

Tienen derecho a pensión por sobrevivencia:

a) La esposa, mujer de hecho siempre que una u otra haya convivido con él hasta la fecha de su muerte.

b) En defecto de la beneficiaria a que se refiere el inciso anterior, la compañera que haya convivido maritalmente con el causante durante un tiempo ininterrumpido no menor de dos años hasta la fecha de su muerte, aún cuando el causante haya mantenido vínculo matrimonial vigente con otra persona.

c) El varón sobreviviente siempre que esté totalmente incapacitado para el trabajo.

d) Los hijos menores de 18 años, siempre que sean solteros. Los hijos mayores de 18 años incapacitados para el trabajo. Los hijos adoptados legalmente por el causante. La hijos póstumos del asegurado.

e) La madre y también el padre totalmente incapacitados para el trabajo, siempre que no estén pensionados por derecho propio en este programa y que hayan dependido económicamente del causante.

**1.3.5 Centro de Atención Médica Integral para Pensionados (CAMIP):** La Constitución Política de la República de Guatemala de conformidad con el Artículo 100 y el Acuerdo 737 de la Junta Directiva del IGSS norman el derecho a recibir gratuitamente la cobertura total de los servicios médicos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social:

a) A las personas que tengan derecho a recibir pensión del Estado, jubilación, pensión por invalidez, pensión por viudez, pensión por orfandad o pensión extraordinaria, de conformidad con la Ley de Clases Pasivas Civiles del Estado; y

b) A las personas que tengan derecho a recibir de las instituciones estatales, descentralizadas, autónomas o semiautónomas, jubilación o pensión, de conformidad con su régimen de previsión social.

El Acuerdo 835 amplía el derecho a la atención médica a todas aquellas personas que reciban pensión del Instituto. El Programa de Jubilados atiende en modernas instalaciones; teniendo los servicios: Consulta Externa, Hospital de Día y Visita Domiciliaria.

En el Hospital de Día se cuenta con programas de proyección social para personas de la tercera edad: culturales, recreativos, clubes de diabéticos, hipertensos y de artríticos, grupos musicales y otros.

#### **1.4 Organización Médico Asistencial del IGSS:**

##### **Marco de Referencia:**

##### **1.4.1 La Atención de la Salud y el Enfoque Hospitalario:**

Durante muchos años los hospitales se constituyeron en albergues para personas desposeídas o sin recursos para pagar la asistencia médica. Nacieron en la época de la caridad y, en Guatemala, con la

obra del Obispo Francisco Marroquín inicialmente, y después, con la del Hermano Pedro de Betancourt. En ese momento su función era asegurar techo y comida a los menesterosos que eran asistidos por órdenes religiosas, que tenían a su cargo su administración y sostenimiento.

Conforme la humanidad fue evolucionando, también fue variando el concepto de Hospital, de tal manera que en la actualidad esta institución cumple funciones de asistencia médica integral para sus pacientes, pero también de educación porque es el campo donde se preparan en la práctica el personal que, a su debido tiempo, ha de tener la responsabilidad de laborar en el Sector Salud, desarrollando una actividad de trascendencia en los campos de la investigación relacionada con los aspectos biopsicosociales del proceso de salud-enfermedad, así como en la investigación administrativa para hacer más eficiente la organización hospitalaria.

**1.4.2 Edificios:** Los hospitales eran, antaño, edificaciones sencillas dotadas de grandes salas donde los pacientes eran atendidos, teniendo además lo indispensable como cocina y servicios sanitarios. Generalmente había hacinamiento, lo que creaba condiciones para la contaminación y propagación de enfermedades.

Los descubrimientos de Pasteur constituyen el antecedente de los métodos científicos de prevención y los procedimientos de antisepsia de Lister fueron fundamentales para motivar nuevas concepciones de la arquitectura hospitalaria.

En el presente, la palabra hospital nos lleva a pensar en un edificio complejo en su estructura, pero funcional en su operación y mantenimiento.

La planeación requiere además de la participación de un equipo multidisciplinario, la consideración de una serie de factores que viabilicen la concepción de un edificio armónicamente integrado al entorno físico que le rodea. Significa ésto accesibilidad y concordancia para que haya funcionalidad y respuesta a la necesidad del usuario.

Cada servicio debe estar planificado hasta en sus más mínimos detalles como ambiente, espacio, iluminación, decoración, tipo y calidad de material, pintura, etc. Deberá tener además suficientes vías para evacuar y suficientes zonas de estacionamiento calculadas en relación al personal y a la población atendida para proporcionar comodidad en los días de visita.

**1.4.3 El Recurso Humano:** La formación y preparación del personal se lleva a cabo, en su mayor porcentaje, fuera del sector salud. Su formación constituye un proceso que requiere de años para completarse como el caso de los médicos, las enfermeras profesionales y otro tipo de personal representativo. Su formación científica le proporciona el marco teórico adecuado para su desempeño, pero no necesariamente las experiencias indispensables acerca de la realidad nacional.

Esta situación, aún cuando es más marcada en el ramo de la medicina y la enfermería, también abarca al resto de trabajadores que son producto de organismos formadores, no exactamente conocedores en toda su dimensión de la problemática de salud en toda su crudeza, especialmente en los países subdesarrollados como Guatemala.

Es un personal heterogéneo, con distintos grados de preparación; de esa cuenta su formación dentro de la institución es

importante porque de ella depende que haya sensibilidad, responsabilidad y eficiencia en el desempeño de su trabajo. Por los altos fines que conlleva el trabajo en el campo de la salud las entidades formadoras deben conocer la realidad, a efecto de que puedan integrarla a su mensaje científico, con miras a formar profesionales y trabajadores realmente compenetrados de su misión médico-social.

**1.4.4 La Infraestructura del IGSS:** Es evidente la deficiencia en cuanto a construcción de edificios adecuados para el funcionamiento de la red hospitalaria y unidades de consulta externa del Seguro Social a nivel nacional; las limitaciones en cuanto al poder de decisión han incidido en este problema. Veamos algunos ejemplos: el Hospital General de Accidentes (Traumatología y Ortopedia), desde su fundación ha venido funcionando en un edificio que no llena los requisitos mínimos: salas poco ventiladas, pasillos estrechos, no hay espacio para recreación, capacidad instalada insuficiente para la demanda de servicios.

El Hospital General de Enfermedad Común: es pequeño, sin áreas verdes, con ventilación deficiente y con capacidad instalada no bien utilizada; lo mismo puede indicarse sobre los módulos que se construyeron de emergencia después del terremoto para albergar provisionalmente al Hospital de Gineco-Obstetricia; y con juicios más severos, las Unidades Hospitalarias que el Instituto tiene en el interior de la República que funcionan en inmuebles alquilados y que son totalmente inadecuados, lo cual los pacientes se ven afectados por las condiciones en que tienen que pasar el período de curación.

A nivel hospitalario se puede afirmar que el Instituto cuenta únicamente con los siguientes hospitales en condiciones decorosas:

Rehabilitación, Pediatría y Juan José Arévalo Bermejo.

**1.4.5 Unidades de Consulta Externa:** Las Unidades de Consulta Externa o Periféricas que funcionan en esta capital, constituyen hasta el momento uno de los problemas que generan en alto grado la imagen negativa que el ciudadano común tiene del Instituto, por las siguientes razones:

1) Los locales donde están situados son inadecuados para la función a la que están destinados, son pequeños, oscuros, faltos de ventilación, antihigiénicos y deprimentes (con excepción de la Periférica, Zona 5).

2) No permiten mínimas comodidades para el usuario quien generalmente tiene que esperar largo tiempo su turno de consulta, de pie.

3) Los médicos y personal paramédico realizan su trabajo en condiciones de suma incomodidad, este factor aunado a los aspectos señalados en el numeral 1), posiblemente inciden en la deficiente atención que se da al afiliado.

4) La calidad del servicio es objetable; el afiliado es un número, no una persona; en ese sentido la relación humana deja mucho que desear, máxime cuando se trata de personas sencillas, ya que se les hace sentir como si estuvieran pidiendo un favor y no ejerciendo su derecho a optar por el servicio para el cual cotizan.

5) Algunos médicos no hacen ni el más breve examen durante la consulta, recetan por las referencias que buenamente puede proporcionar el paciente.

6) Los medicamentos en buen porcentaje no llenan la calidad requerida para los tratamientos necesarios.

Lo expuesto en líneas anteriores acerca del problema hospitalario y de consulta externa debe de ser objeto de análisis, con la finalidad de identificar las causas que han motivado atrasos en la construcción de la red hospitalaria y de consulta externa pues los mismos han incidido en serios perjuicios económicos para el Instituto. Finalmente habrá que hacer constar que de las unidades de Consulta Externa las que se encuentran en mejores condiciones son: CAMIP, Policlínica y la Periférica de la Zona 5, sin que ésto signifique que en unos años más su capacidad instalada sea a tal grado de insuficiente que la convierta en una unidad obsoleta.

No hay que olvidar que las unidades para ser eficientes, además de buenas condiciones físicas y equipo adecuado, deben contar con elemento humano capacitado e identificado con la Seguridad Social y con la implementación reglamentaria que permitan una óptima administración de servicios. Se enfatiza en este aspecto porque no existen manuales de normas y procedimientos que aborden específicamente las responsabilidades inherentes de cada puesto de trabajo; si se carece de estos instrumentos legales no hay marco de referencia para supervisar y para evaluar servicios; tampoco habrán elementos que permitan el desarrollo de una buena gestión administrativa para que todo marche bien, en beneficio de los usuarios y en honra de una institución que debe cumplir a cabalidad con los altos designios que su función misma le impone.

Un factor importante en todo régimen de Seguridad Social, es la definición de las políticas de salud que se deben poner en

práctica a través de sus programas de atención médica, con la infraestructura adecuada, con cobertura a todo el país y con la finalidad de que se tenga como meta de una población sana, como base importante para el desarrollo nacional.

La protección efectiva de los sectores de la población vulnerables por su situación económica y cultural, constituye además de seguridad, factor para mantener la paz social. Si a esto se agregan programas educativos, se llega a la obtención de una seguridad social integral, que conjuga la salud con el bienestar económico y la educación.

### 1.5 LA SEGURIDAD SOCIAL PARTICIPADA:

En este trabajo no puede omitirse mencionar la Seguridad Social Participada modelo generado por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (O.I.S.S.), cuya fundamentación filosófica se basa en que la sola condición de ser hombre, implica un derecho natural a la seguridad social, concebida ésta como la cobertura integral de sus necesidades, así como una garantía de que contará con los medios para el desarrollo pleno de su personalidad a través de su integración a la comunidad.

Para ello debe obtenerse compatibilidad de las políticas económicas y sociales, dirigidas fundamentalmente a la promoción del bienestar. En ese sentido la Seguridad Social debe entenderse en su esencia como una justa distribución de la renta nacional.

El Estado es responsable de que el derecho a la seguridad,

como fin esencial del mismo, adquiera la universalidad, sin discriminación por indicadores de carácter laboral sino más bien por la función social proyectada a todos los que constituyen la comunidad nacional. El derecho a la Seguridad Social es congruente con la idea de integridad, en cuanto a que no es sólo protección de contingencias relacionadas con salud y medios de subsistencia, sino la prestación de servicios como empleo, vivienda, ahorro, crédito, recreación y demás actividades que permitan la promoción del ser humano hacia su desarrollo. Responde entonces este derecho, al principio de solidaridad nacional y por lo mismo debe de estar cimentado en su sostenimiento en la contribución de todos los miembros de la comunidad que disponen de ingresos.

"La Seguridad Social participada se fundamenta en los siguientes objetivos:

1) Promover la integración de los ciudadanos en una sociedad solidaria.

2) Aunar servicios públicos y privados para contribuir a la cobertura de las contingencias sociales y a la promoción del bienestar social.

3) Mejorar la calificación profesional y el incremento de puestos de trabajo para contribuir a una sociedad de pleno empleo.

4) Alcanzar dignos niveles de bienestar social para las familias que constituyen la comunidad nacional" 6/.

---

6/ Organización Iberoamericana de Seguridad Social, Nuevo Modelo de Seguridad Social Participada, Madrid, 1976. Pág. 10.

**1.5.1 Principios que Sustentan el Modelo de Seguridad Social Participada:** El bienestar social no puede basarse exclusivamente en la forma o condiciones de trabajo del hombre, sino en el hecho fundamental de que es miembro de una comunidad, en la que vive y por lo tanto su existencia debe desenvolverse en forma decorosa.

A continuación se presentan en forma sintetizada los principios en que se sustenta la seguridad social participada:

-Principio de Universalidad: Se basa en el hecho de que deben participar en el sistema de Seguridad Social, todos los ciudadanos del país. Está en contraposición de lo que hasta el momento ha sido la "Seguridad Social clásica", que sólo hace objeto de su atención a grupos de población asalariada, principalmente del área urbana, dejando al margen a amplios sectores de población, en el caso del IGSS, abarca el 27.1% de los trabajadores económicamente activos.

-Principio de Integridad y Suficiencia: Refiere a que los tipos de prestaciones respondan a las necesidades reales del sector a que va destinado, para que constituya la base de la seguridad personal y familiar, para subvenir a sus necesidades vitales y básicas.

-Principio de Solidaridad: Supone la solidaridad de todos los ciudadanos que constituyen la comunidad nacional, erradicando en esa forma el egoísmo de grupo que ha sido factor negativo para la implantación generalizada de la Seguridad Social.

-Principio de Unidad: Debe estar referido al sistema como tal, en el sentido de que toda entidad que participe en el desarrollo de prestaciones sociales de previsión o bienestar social, no debe actuar

aisladamente, sino integrarse a un sistema nacional de Seguridad Social, a efecto de optimizar la utilización de recursos.

-Principio de Participación: Supone el objetivo de participación de todos los miembros de la comunidad en el sentido de que aportan su cuota de acuerdo a sus circunstancias, para formar el patrimonio social que a su debido tiempo se distribuirá en función de las necesidades básicas y de promoción.

-Principio de Subsidiaridad del Estado: Siendo la Seguridad Social uno de los bienes del Estado, este ente jurídico tiene la obligatoriedad de hacer realidad este subsidio, utilizando mecanismos económicos de solidaridad nacional (impuestos, dispensas fiscales a quienes hagan donativos al sistema, etc.).

-Principio de Pluralismo Institucional: Siendo el campo de la Seguridad Social muy amplio y diverso, en cuanto a prestaciones y coberturas, se considera procedente basarla en este principio que tiene como objetivo evitar el gigantismo y concibe la organización de una serie de entes especializados y funcionales, capaces de satisfacer con mayor eficiencia las necesidades y acciones del sector que tiene bajo su responsabilidad.

-Principio de Planificación Nacional: Este principio de planificación condiciona la gran cuota de responsabilidad que corresponde al Estado, el que en acción conjunta con las instituciones que han participado en su desarrollo, promueve la política de Seguridad Social Participada" 7/.

---

7/ Ibid. Págs. 11-12.

## CAPITULO 2

### DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

#### 2.1 Marco Teórico:

"El Trabajo Social es una disciplina científica que aplica los hallazgos y los resultados que le proveen las ciencias sociales y que tienen por objeto atender al ser humano en función del avance económico-social de la sociedad, de su estructura y superestructura enfocada en una acción global" 8/.

Está fundamentalmente vinculado al quehacer de los sectores populares y en ese sentido, su práctica en porcentaje apreciable, se desarrolla en la motivación, concientización, capacitación y promoción de esos sectores para su autodesarrollo en el seno del avance económico-social del país.

En el proceso de autodesarrollo interdependiente con individuos, grupos y comunidades, el Trabajo Social en el desarrollo de estos proyectos se inserta críticamente y participa en el seno de las organizaciones con la finalidad de impulsar el tránsito de una situación de marginalidad a otra de una plena participación, creando las condiciones básicas para un nuevo ser humano consciente de sus potencialidades y de sus expectativas.

---

8/ Alfonso Solís De León, Tesis: "Una Propuesta de Reestructuración del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social", Escuela de Trabajo Social, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1989.

Por su propia naturaleza, el Trabajo Social potencia el esfuerzo colectivo en la búsqueda de respuestas a los problemas reales y concretos que con toda crudeza afectan a la sociedad.

Como disciplina científica que se nutre de las ciencias sociales, cuenta con una metodología propia que se concretiza en un proceso metodológico que se desarrolla dentro del ámbito del Método Científico, es decir: Investigación, Sistematización y Exposición.

Estas etapas se descodifican así:

- 1) Investigación: Investigación y Diagnóstico.
- 2) Sistematización: Planificación y Ejecución.
- 3) Exposición: Evaluación.

A este proceso se agrega la utilización de las técnicas como la entrevista en todas sus modalidades, la visita domiciliaria, así como una serie de técnicas grupales que forman parte del acervo de conocimientos del profesional de Trabajo Social, el que a su vez cuenta con instrumentos de trabajo bien definidos para el desarrollo integral de su quehacer profesional.

Esta descripción teórica está condicionada directamente en la práctica por la ideología de las instituciones u organizaciones como el caso del Seguro Social donde se tienen perfiles de cada puesto de trabajo.

## 2.2 TRABAJO SOCIAL EN EL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL:

"El Departamento de Trabajo Social del IGSS, funciona con base al Acuerdo de Gerencia No. 1228 de fecha 26 de abril de 1966, conteniendo el instructivo que norma el mismo. Este documento establece que el Departamento de Trabajo Social tiene dependencia directa de la Subgerencia de Administración de Prestaciones. Sus objetivos son:

a) Organizar, dirigir y coordinar las actividades de los Trabajadores Sociales y determinar su jurisdicción y campo de actividades.

b) Coordinar sus labores con las de aquellas dependencias del Instituto que tengan relación con sus actividades, por razón de sus funciones o conexión administrativa.

c) Coordinar sus actividades con las de otras entidades públicas y organizaciones privadas de conformidad con las normas que al efecto dicte la Gerencia.

d) Orientar, ayudar y enseñar a los afiliados sobre la mejor forma de hacer uso de leyes, reglamentos y recursos del Instituto o de la comunidad, en beneficio del bienestar general y de su familia.

e) Organizar el estudio sistemático de aspectos socioeconómicos de grupos de afiliados, como una de las formas de conocer la realidad del elemento humano que cubre el Instituto, y

f) Promover y organizar en general, todas aquellas actividades propias del Servicio Social que puedan ayudar a

perfeccionar y consolidar al régimen de Seguridad Social" 9/.

**2.2.1 Organización:** Jerárquicamente está organizado de la siguiente forma:

a) Jefatura:

Jefe: Trabajador Social graduado.

Subjefe: Trabajador Social graduado.

El nombramiento a estos cargos está regulado por el Acuerdo 8-89 donde se describen las bases para optar a los mismos.

b) Secretaría.

c) Supervisores de Trabajo Social.

d) Supervisores de Trabajo Social Clases I y II.

e) Sección de Beneficiarios o Económico-Familiar.

f) Secciones de Trabajo Social en Unidades Médico Hospitalarias.

**2.2.2 Atribuciones:** El Jefe tiene una serie de atribuciones dentro de las cuales se destacan las siguientes: organizar, dirigir y coordinar las labores de todo el personal del Departamento y velar por el cumplimiento de sus objetivos y las disposiciones específicas.

Los Supervisores entre otras atribuciones, supervisan, investigan y dictaminan informes socioeconómicos y correspondencia de lazos a nivel local y departamental, incluyendo estudio de expedientes.

---

9/ Departamento de Trabajo Social, Acuerdo de Gerencia 13-88, de fecha 6 de Julio de 1988.

Los Trabajadores Sociales de la Sección de Beneficiarios tienen una serie de atribuciones en relación a la investigación de casos en el Programa de I.V.S., muerte, medicina legal y otras, las cuales no se describen detalladamente por no ser relevantes para este estudio.

Los Trabajadores Sociales en las Unidades Médicas Hospitalarias y de Consulta Externa realizan algunas labores similares pero con sus diferentes variantes dependiendo del centro en que se desenvuelvan, pero generalizando en síntesis son las siguientes:

- 1) Atender casos de afiliados, beneficiarios o sus familiares que recurran al servicio.
- 2) Orientar a los afiliados que presentan enfermedades comunes o infectocontagiosas, respecto a sus derechos en el Seguro Social, si fuera necesario efectuar visita domiciliaria para conocer la situación de éste e instruir a la familia en medidas de profilaxia y apoyo al enfermo. Hacer gestiones patronales si el médico indica la necesidad de cambiar su actividad laboral o de área de trabajo.
- 3) Colaborar en todos aquellos casos donde el médico Jefe de la Unidad considere necesaria su intervención.
- 4) Controlar diariamente los ingresos de nuevos pacientes y los ya hospitalizados para conocer y resolver sus problemas relacionados con su afiliación al Instituto, a su familia o al patrono.
- 5) Orientar al afiliado hospitalizado e intervenir para que oportunamente presente el certificado de trabajo en el tiempo reglamentario.
- 6) Avisar a los familiares del afiliado sobre su hospitalización por la vía más adecuada.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

7) Proporcionar información sobre el régimen a los pacientes encamados y aclarar las dudas que pudieran tener sobre el mismo.

8) Visitar diariamente las salas para conocer y resolver problemas que presenten los pacientes siendo enlace entre ellos, el médico y la familia.

9) Orientar a los pacientes y procurar la solución de problemas que se presentan en relación a: pago de prestaciones, continuación de tratamiento, reinstalación en el trabajo, asuntos familiares, judiciales, de adaptación, etc.

10) Realizar visitas a instituciones públicas y privadas, patronos, domicilio del paciente, etc., para tratar problemas familiares, socioeconómicos, de carácter judicial, que interfieran con el proceso normal del tratamiento médico.

11) Cobrar al Departamento de Caja, las prestaciones corrientes de los afiliados que estén incapacitados de hacerlo (que no tengan familiares o personas que se interesen por ellos localmente).

12) Investigar casos de grandes traumatizados o con enfermedades irreversibles e incapacitantes a efecto de lograr su mejor adaptación cuando egresan del hospital.

13) Continuar tratamiento de casos sociales de: casos de parapléjicos, reorientados profesionalmente a quienes se les ha proporcionado una prestación global y residen en el Departamento de Guatemala.

14) Coordinar con las demás secciones de las unidades, programas recreativos, con la mayor participación en número de pacientes.

15) Entrevistar a beneficiarias y afiliadas que acudan a examen prenatal, con el objeto de conocer su situación socioeconómica y darles las orientaciones necesarias.

16) Intervenir cuando sea necesario en la otorgación de pasajes.

17) Establecer convivencias para determinar los derechos de la beneficiaria con base al Artículo 615.

18) Elaborar notas, informes, llenar formularios y colaborar con las oficinas administrativas de la Unidad en actividades a su cargo.

19) Evaluar la situación económica de las madres para determinar su derecho para equipos mínimos para sus hijos.

20) Participar activamente en equipos interdisciplinarios proporcionando los aspectos socioeconómicos que son determinantes para el seguimiento de un caso.

21) Realizar otros trabajos que le sean encomendados por la supervisora del Servicio o por la Jefe del Departamento.

La Ley Orgánica del IGSS en el Acuerdo 466 de la Junta Directiva, en el Capítulo que se refiere a las prestaciones en servicio a trabajadores afiliados y beneficiarios de los Programas de Enfermedad, Maternidad y Accidentes, en la Sección VIII, determina las funciones generales de los Trabajadores Sociales dentro del Instituto como se describe a continuación:

"Artículo 91.- Para completar los beneficios establecidos en este Reglamento, el Servicio Social del Instituto desarrollará las funciones siguientes:

a) Interesarse porque las prestaciones que otorga el Instituto de conformidad con sus Reglamentos, se presten a los afiliados y beneficiarios con derechos, completa y oportunamente.

b) Difundir los programas y principios de Seguridad Social para orientar al afiliado y a su familia en cuanto al mejor aprovechamiento de los servicios establecidos y para que se compenetren de sus derechos y obligaciones ante el Régimen de Seguridad Social guatemalteco.

c) Contribuir a mejorar los niveles de vida de los afiliados y sus familias.

d) Lograr mayor coordinación con otras instituciones nacionales e internacionales que cumplan en la comunidad acciones de salud pública y bienestar social, divulgando tal labor entre los afiliados y sus familias para que estén informados de ese beneficio.

e) Participar dentro de su campo de acción, en los programas de asistencia médica de conformidad con las normas que establece el presente reglamento.

f) Programar actividades y seleccionar proyectos de trabajo de acuerdo con los problemas médicos sociales de la comunidad.

g) Promover programas de desarrollo de la comunidad preferentemente en lo que respecta a mejorar las condiciones de salud de ésta; y

h) Realizar estudios sistemáticos de aspectos socioeconómicos en la población afiliada para conocer sus condiciones de vida y necesidades con el objeto de encausar las prestaciones del Instituto en la mejor forma posible".

Si se confronta lo que es el Trabajo Social con las funciones que realizan los Trabajadores Sociales del Instituto, se evidencia que la mayoría del trabajo que realiza es de carácter asistencialista, enmarcado en rutinas establecidas, por lo que la potencialidad se pierde en una serie de funciones de tipo administrativo y de apoyo

paramédico que lo hacen poco trascendente en el quehacer de la institución, a la que sirve únicamente para su fines, pero sin proyección hacia el afiliado o beneficiario, como realmente debería ser.

En el contexto institucional, el Trabajo Social que se ha brindado a los usuarios es un beneficio más, por lo que los Trabajadores Sociales se incrementan en función de las necesidades del programa, donde su quehacer profesional queda encasillado dentro de una rutina que desnaturaliza la esencia del Trabajo Social que se define como una "praxis ante la vida funcionando en términos ideológicos en relación de conflictos internos y externos, choques de intereses entre personas, grupos y clases sociales".

Esto explica entonces el por qué la profesión juega un rol de servicio dentro del Instituto; además, por el mismo motivo ha seguido una concepción equivocada de lo que debe ser el Trabajo Social en el seno de la Institución.

El Trabajo Social en el Instituto debe abrirse el espacio profesional a base de la creatividad, como se ha demostrado con programas y proyectos de impacto institucional donde participa alguna Trabajadora Social entusiasta que surge como "llamarada" y luego se apaga volviendo nuevamente a la rutina. Las experiencias que tiene cada una de las Trabajadoras Sociales del área Médico Social del Instituto es "valiosísima" pues además de que se han capacitado para su desempeño a través de la práctica diaria, talleres, cursos, seminarios y otros, ya sea en la misma unidad o fuera de ella es "increíble" como todo ese acervo de conocimientos, se

desperdicia y se desgasta en la rutina, pero eso es porque hace falta el análisis profundo, sereno y objetivo de una serie de causas que no permiten tener claridad en metas y objetivos profesionales que den al quehacer a un tipo de trabajo trascendente que es inherente a la función del Trabajo Social.

Lo más triste en el área médico social es que nos estamos acostumbrando a ver el "dolor humano", "la muerte de nuestros pacientes en las salas", "a la esposa, hijos y demás familiares sufriendo", a patronos corruptos que les descuentan la cuota del IGSS a sus trabajadores y que cuando se investiga nos encontramos que no son afiliados y hay que trasladar a este enfermo a un hospital nacional.

También con mucha facilidad nos acostumbramos a señalar e identificar cuáles son los pacientes con cáncer, los pacientes con tuberculosis, los pacientes de insuficiencia renal, los de Sida, los diabéticos, en fin, y los vemos e identificamos porque cada grupo tiene su hora y día de consulta, ¿y qué hacemos?, ¿qué proponemos? y no podemos decir que no existen espacios profesionales porque ni siquiera hemos intentado sugerir otro tipo de tratamiento, los vemos que sufren no sólo por los problemas administrativos que genera la burocracia sino también por qué no decirlo a veces los "ayudamos" con alguna llamada telefónica o una nota, pero que más y la respuesta es más triste aún porque NO EXISTE UN COMPROMISO, una identificación franca con la Seguridad Social.

Aún con todo lo expuesto, la investigadora hace una propuesta metodológica que describirá más adelante, para trabajar con grupos

utilizando una metodología participativa que se puede aplicar no sólo a pacientes diabéticos sino con los pacientes que nosotros propongamos. Este campo médico social nos ha enseñado mucho quizá demasiado y le debemos hacer un mejor trabajo, por nosotros mismos, por nuestros pacientes, por la institución y por nuestra carrera profesional.



## CAPITULO 3

### LA DIABETES MELLITUS

#### 3.1 Aspectos Generales:

La Diabetes Mellitus, es una entidad patológica con fundamentos conceptuales teóricos bien establecidos y que la enmarcan como tal. Sin embargo, su impacto en las comunidades va más allá de parámetros fijos, es decir no se sabe a ciencia cierta qué causa exactamente esta entidad en una persona guatemalteca, común, que consulta a los Hospitales del I.G.S.S. y que ingresa a los mismos con características muy propias de nuestra gente, indagar las causas que hacen a un paciente consultar los hospitales, con qué frecuencia se da, con qué perfil ingresa, en sí a que está predispuesto por el hecho de ser diabético y de vivir en Guatemala. Aunque esto justifique en parte este estudio, la importancia primordial es verificar si nuestra conducta como medio de salud es correcta o si bien nuestra sociedad posee rasgos propios e importantes que pasamos por alto y al saber el tipo y frecuencia con la que un diabético ingresó o es tratado, se sabrá con visión futurista, qué debemos proveer en él, qué plan educacional debemos brindarle, cómo y qué debemos informarle de su enfermedad para que todo esto redunde en la mejora de los marcadores de salud (individual y global), al mismo tiempo se dará mejor perspectiva de sobrevivencia a la población.

Es de hacer notar que si esta investigación se circunscribe al Seguro Social guatemalteco, éste abarca un sector social representativo de clase productiva, ya que el afiliado que en el IGSS se atiende, es una persona que tiene derecho al servicio por su

actitud social en la economía del país, que no tiene ningún tipo de exclusión por el sueldo que devenga, o el puesto que ocupe, por lo cual en esta investigación se estudia a una persona con diversidad de estado laboral, pero con el común denominador de ser guatemalteco y diabético.

### 3.2 Definiciones:

En la actualidad "la Diabetes o Diabetes Mellitus -o tener azúcar en la sangre- es una alteración metabólica caracterizada por un aumento del azúcar en la sangre (glisemia) por encima del valor normal. Es una enfermedad crónica que requiere un tratamiento a largo plazo.

Como consecuencia de la glisemia elevada pueden aparecer las siguientes alteraciones: aumento del volumen de la orina, sed excesiva, dificultad para la cicatrización de las heridas, infecciones de la piel y de las vías urinarias, picazón o "prurito"; cansancio fácil. En ocasiones, el aumento de la glucosa en la sangre no produce ninguna de estas alteraciones, y el diagnóstico de la diabetes puede hacerse en forma casual. Cuanto más tiempo se mantiene la glisemia elevada, mayor es el número de complicaciones tardías que pueden aparecer en los ojos, los riñones y los nervios. Los síntomas y las complicaciones tardías se pueden evitar mediante el tratamiento" 10/.

---

10/ Juan José Gagliardino y Peter Kronsebein. **Cómo Tratar la Diabetes**. La Plata, Argentina, 1989. Pág. 3.

La diabetes es una enfermedad para toda la vida. Cuando se tiene diabetes, el cuerpo no puede usar adecuadamente la energía que recibe de los alimentos que consume. El uso de los alimentos para obtener energía es tan importante para la salud como el tener aire para respirar.

Al ingerir los alimentos, se descomponen, convirtiéndose en una forma de azúcar, que es el combustible principal del cuerpo. Esta azúcar entonces entra en el sistema circulatorio y el nivel de azúcar en la sangre empieza a subir.

Cuando el cuerpo nota este aumento de azúcar, envía una señal al páncreas, (el páncreas es la parte del cuerpo que está detrás del estómago), la función de éste es fabricar insulina y enviarla al sistema de circulación de la sangre cuando se necesite. La insulina es una sustancia química que baja el nivel del azúcar en la sangre. La insulina trabaja permitiéndole al azúcar salir del sistema circulatorio y alojarse en células. Las células del cuerpo utilizan esta azúcar entonces como combustible. Cuando esto sucede como debe ser, se tiene la energía para llevar una vida completa y activa.

Cuando el azúcar entra en las células del cuerpo, el nivel de azúcar en la sangre baja. En las personas que tienen diabetes, este sistema no funciona, el azúcar se acumula en el sistema circulatorio en vez de en las células del cuerpo.

El nivel de azúcar en la sangre puede subir incluso cuando no se haya comido, si hay muy poca insulina disponible. Sin suficiente insulina para mantener la situación bajo control, el cuerpo

puede elaborar azúcar adicional y soltarla en el sistema circulatorio.

Esto puede suceder, que la insulina esté escasa o no esté cumpliendo con su función. Es más probable que pase cuando el cuerpo esté bajo tensión como, por ejemplo, con una enfermedad o una herida.

La insulina es la clave para mantener el azúcar de la sangre al nivel adecuado, pero no trabaja por sí sola. El diabético debe planificar lo que come, hacer ejercicios, tomar los medicamentos y verificar el azúcar que tiene en la sangre, colaborar para mantener la diabetes bajo control. El objetivo del tratamiento de la diabetes es controlarla, es decir mantener el nivel de azúcar en la sangre cerca de lo "normal".

Antes de que el paciente presente diabetes, su cuerpo mantenía automáticamente ese nivel entre 70 y 140 mg/dl miligramos de azúcar por cada decilitro de sangre (así es como se mide el azúcar de la sangre). Ese es el conteo normal de azúcar en la sangre. El diabético tiene que trabajar para hacer lo que su cuerpo hacía automáticamente. Vale la pena porque la persona se siente mejor cuando el nivel de azúcar en la sangre es más o menos normal. Si el paciente mantiene el azúcar de la sangre cerca de lo normal puede también evitar o postergar los problemas de salud a largo plazo relacionados con la diabetes.

Hay dos tipos principales. Los diferentes tipos de diabetes son causados por diferentes problemas:

1. Diabetes de Tipo I (el cuerpo elabora muy poca o ninguna insulina).

2. Diabetes del Tipo II (el cuerpo elabora insulina, pero no puede usarla).

**3.2.1 Diabetes Tipo I:** En la diabetes Tipo I, el cuerpo produce muy poca o ninguna insulina. Como no hay insulina, el azúcar no puede entrar en las células para usarse como energía. Mientras falte la insulina, el nivel de azúcar en la sangre se mantiene alto. El paciente con este tipo de diabetes tiene que recibir inyecciones para vivir, por eso es que la diabetes tipo I, también se llama: "diabetes dependiente de insulina".

Aproximadamente una de cada diez personas con diabetes tiene el Tipo I. Aunque comienza con mayor frecuencia cuando se es joven, puede ocurrir en los adultos de edad más avanzada.

**Síntomas de la Diabetes Tipo I:** Los síntomas son las sensaciones producidas por los problemas de salud. Los síntomas de la diabetes I casi siempre ocurren de súbito. Incluyen: aumento de sed, aumento en la frecuencia al orinar, aumento del apetito; pérdida de peso repentina, sensación de mucho cansancio.

**Causas de la Diabetes Tipo I:** Nadie sabe la causa exacta de la diabetes del Tipo I. Pero los médicos creen que las siguientes cosas están asociadas a la diabetes del Tipo I:

- Una historia de diabetes del tipo I en la familia
- Virus que han dañado al páncreas
- Un problema con el sistema de defensa del cuerpo que ha destruido las células que producen insulina en el páncreas.

**3.2.2 Diabetes Tipo II:** En la diabetes Tipo II, el cuerpo elabora insulina pero no puede utilizar la insulina que hace. La diabetes tipo II se llama "diabetes no dependiente de insulina" porque los que sufren de ella no necesitan recibir inyecciones de insulina para seguir viviendo. El Tipo II es la forma más común de diabetes. Aproximadamente 9 de cada 10 personas con diabetes tienen el Tipo II. Aunque puede ocurrir en personas jóvenes, comienza por lo general cuando se tiene más de 40 años de edad.

**Síntomas de la Diabetes del Tipo II:** Estos síntomas pasan fácilmente inadvertidos. Tienden a irse acumulando durante un largo período de tiempo. Incluyen: sensación de cansancio, cortaduras y heridas que tardan en sanar, piel seca, frecuencia en el orinar, vista borrosa, infecciones frecuentes, problemas de impotencia sexual, entumecimiento o comezón en las manos o los pies, aumento del apetito, aumento de la sed.

**Causas de la Diabetes Tipo II:** Nadie sabe la causa exacta de la diabetes del Tipo II; lo que se sabe es que tiende a ocurrir con más frecuencia en personas que tienen más de 40 años de edad; tienen exceso de peso; tienen un historial de diabetes en la familia; han tenido diabetes durante el embarazo, han dado a luz a un bebé más de 9 libras; tienen la presión de una enfermedad o herida; tienen presión arterial alta; son afroamericanos; son hispanoamericanos; son amerindios.

Estos son factores de riesgo para la diabetes. Cualquier miembro inmediato de la familia de un diabético (madre, padre, hermana, hermano, hijo) que tenga 2 ó más de estos factores de riesgo debe someterse a un análisis para determinar si tiene diabetes.

Ya sea que el paciente tenga diabetes Tipo I o del Tipo II, tiene un papel importante en su propio cuidado. Se requiere de esfuerzo para aprender cómo controlar la diabetes y usar instrumentos de control. Los cinco instrumentos principales para el control de la diabetes son: educación, plan de alimentación, actividad física, medicinas y análisis en la sangre.

**Posibles Complicaciones a Largo Plazo de la Diabetes:**

- Infartos del corazón
- Embolias
- Problemas de la vista que pueden llevar a la ceguera
- Enfermedades de los riñones
- Una pierna o un pie amputado por medio de cirugía
- Infecciones frecuentes
- Problemas sexuales

Todos estos problemas son verdaderamente serios, el pensar en ellos pudiera ser de hecho uno de los aspectos más difíciles de ser diabético.

Puede ser de ayuda el saber que los científicos cada día aprenden más y mejores tratamientos que nunca antes. Saber cómo descubrir los problemas a tiempo y cómo pueden tratarse, puede ayudar a enfrentar los temores del paciente.

Cada diabético es un candidato para las complicaciones debidas a infección, y por lo tanto, el médico siempre debe estar alerta contra el coma diabético, que generalmente obedece a ignorancia y descuido.

Por otra parte cuando el paciente conoce la enfermedad y sigue cuidadosamente el tratamiento, se evitan prácticamente todas las complicaciones. Las variaciones en la gravedad y rapidez del comienzo del coma diabético en las personas con diferentes tipos de diabetes son extremas. Fundamentalmente, esta peligrosa complicación se debe a control deficiente de la diabetes y a pérdida de la capacidad para metabolizar los hidratos de carbono debidamente.

**Causas de Coma Diabético:** El coma diabético es el resultado de la diabetes no controlada y antes era su culminación inevitable, aún es un problema importante. El coma puede evitarse educando al paciente y poniendo de relieve continuamente el reconocimiento precoz y el tratamiento rápido.

### 3.3 Epidemiología del Paciente Diabético:

Aunque la Diabetes Mellitus se conoce hace más de 2,000 años, se menciona que es una enfermedad que aumentó considerablemente su incidencia en el presente siglo, aunque quizá debido a cambios en el estilo de vida.

Los datos que sobre la incidencia, prevalencia y otras características de la enfermedad que se poseen hasta el momento, provienen de estudios realizados en el extranjero y, creemos que el conocer el problema y cómo aqueja a nuestra población, es importante para tener una mejor base sobre la cual trabajar.

En el presente trabajo, se espera conocer el perfil epidemiológico del paciente diabético que ingresa a los hospitales

generales del IGSS y la importancia de aplicar nuevas estrategias de atención a nivel de grupo para disminuir la morbilidad y mortalidad.

La Diabetes Mellitus constituye actualmente la sexta causa de muerte por enfermedad en los Estados Unidos. Con los nuevos criterios diagnósticos se estima que la prevalencia de la diabetes en la población adulta es del 2 al 3%, pero difiere en diversos grupos según sean los constituyentes del grupo étnico, edad, estado socioeconómico y tal vez factores ambientales.

"En 1970 se realizó un estudio a nivel centroamericano que reveló que la prevalencia de Diabetes en Centroamérica, fue algo mayor que en el Este de Pakistán y Malaya, menor que en Uruguay y Venezuela y sustancialmente menor que en las sociedades desarrolladas como Estados Unidos. Las diferencias entre las prevalencias en los diferentes países de América Central, fueron modestas pero probablemente significativas en algunas instancias. En toda América Central, la Diabetes fue más común en mujeres, pero esta diferencia se atribuye a la adiposidad del cuerpo de las mujeres centroamericanas.

Con los resultados que se obtuvieron en este estudio, se apoyaba la hipótesis de que factores ambientales podrían incrementar o reducir la prevalencia de diabetes más que los factores raciales" 11/.

---

11/ K. M. West; Kalbflesch JM. Diabetes In Central America. Diabetes 19, 1970. Págs. 65-66.

En 1987, Salvador Alvarez presentó un trabajo en el que se mostraban los resultados de una encuesta sobre prevalencia de Diabetes Mellitus en el área de salud, a través de un diseño muestral a la población adulta en un período comprendido desde mayo hasta la primera quincena de junio de 1981; se encuestaron quinientas de las seiscientos diecisiete personas comprendidas en la muestra, sin efectuarse selección de alto riesgo. La prevalencia de diabetes obtenida fue de 4.6 en su estimación puntual, con un intervalo de 1.2 al 8.0. En dicho estudio se puso de manifiesto que el sexo femenino muestra una mayor prevalencia de dicha enfermedad.

Con el objeto de obtener datos sobre la población diabética en el Brasil, Balduino Tschield en 1987 estudió 653 individuos con edades iguales superiores de 30 años, residentes en Guaratal, probando que un 9% de las personas examinadas eran diabéticas con una edad media de 55.5 más, menos 10.2 años. De estas, el 74% eran mujeres y el 26% eran hombres, demostrando que en la edad adulta, la diabetes ocurre más frecuentemente en mujeres. Apenas el 18% de los diabéticos tenían diagnóstico previo, sugiriendo una preocupación creciente en los trabajadores de salud. El 70% de los diabéticos y el 56% del total de personas estudiadas eran obesos, demostrando la importancia de la obesidad en la génesis de la diabetes.

Como antecedentes nacionales se cuenta con el trabajo realizado por el Doctor Paúl Chinchilla, llamado "DIAGNOSTICO DE LA MAGNITUD DEL PROBLEMA DE DIABETES MELLITUS EN EL ICSS", el cual es un estudio retrospectivo utilizando los muestros efectuados por el Departamento Actuarial y Estadístico del Seguro Social de las Consultas Externas de las Unidades Médicas Centrales

(Policlínica, Periféricas, Amatitlán, Villa Canales, San Juan Sacatepéquez, CAMIP) del año 1983 a 1987, encontrándose que la prevalencia de casos era de 3,352 pacientes diabéticos. La mayor frecuencia de diabetes se observó en los pacientes por arriba de 30 años, con predominio del sexo masculino con un promedio de 71% en los cinco años estudiados. El mismo autor, realizó un estudio similar tomando datos de egreso del Hospital General de Enfermedades en 1987, encontrando lo siguiente: la Diabetes Mellitus constituye la segunda causa de egresos; fue la tercera causa de muerte del Departamento de Medicina Interna, así como la primera del Departamento de Cirugía. El promedio de días de estancia hospitalaria por esta enfermedad fue de 9.47 días. El 74% de todos los pacientes hospitalizados fueron del sexo masculino y el 26% fueron del sexo femenino.

En el estudio efectuado por el Doctor Maudi Figueroa, titulado Epidemiología: Diabetes Mellitus en Guatemala efectuado en el Hospital Roosevelt durante el período del 1.º de enero al 31 de diciembre de 1980, en una muestra seleccionada se obtuvieron los resultados siguientes: la prevalencia de Diabetes Mellitus fue de 56.6 años, pero la mayoría de los pacientes (80.5) se encontraban arriba de los 45 años; el sexo femenino fue el más afectado; el 90% eran ladinos, el 80% eran residentes en la ciudad capital, pero el 63% eran originarios de los departamentos. La Diabetes Mellitus Tipo II fue más frecuente en ocupaciones como oficios domésticos en el sexo femenino y en obreros del sexo masculino.

"El último estudio que se realizó en el Hospital General de Enfermedades, también fue realizado por el Doctor Paúl Chinchilla

Santos, quien estudió a un total de 201 pacientes egresados durante el año de 1991 constituyendo la población a estudiar según el archivo del Hospital aproximadamente 241, por tanto la muestra constituye el 80.4 del total de pacientes egresados con Diabetes Mellitus en 1991; de los cuales el 68.7% correspondió al sexo masculino, el 73.1% correspondió a Diabetes Tipo II, dentro de los diabéticos Tipo II el 94% fue igual o mayor de 40 años, y dentro de los diabéticos Tipo I el 60% fue igual o menor a los 39 años.

El 79.6% de los pacientes diabéticos egresaron en la condición de "mejorados", habiendo una mortalidad del 11.9%. Los días de promedio de estancia sin distinción de tipos de diabetes fue de 12 días, siendo el costo promedio día-paciente en el Hospital General de Enfermedad Común durante 1991 de Q.420.32; cada paciente egresado costó un promedio a la institución de Q.5,212.00. Los días de estancia totales fueron de 2416, para los 201 pacientes diabéticos egresados en 1991, siendo el costo de un millón once mil setecientos once quetzales (Q.1,011,711.00) en gastos de hospitalización. Con el anterior perfil, es fácil percatarse del enorme costo social y económico que representa para la institución de una gran cantidad de pacientes, de los cuales gran parte (40%) corresponde al sector de jubilados, población económicamente no activa, por lo que deben llevarse a cabo mejoras en el control ambulatorio de ellos PARA TRATAR DE REDUCIR su hospitalización por las distintas complicaciones a las que se ven expuestos.

Las principales recomendaciones que considera la investigadora a las que arribó el estudio del Doctor Paúl Chinchilla, están las siguientes:

1) "Realización de nuevas investigaciones para establecer conductas adecuadas a seguir en el paciente diabético que ingresa a este hospital para disminuir la cantidad de días-estancia.

2) Se recomienda la realización de estudios sobre factores de riesgo y mortalidad para ampliar conocimientos sobre la epidemiología de la diabetes.

3) Crear mecanismos más eficaces en las clínicas periféricas que permitan al paciente diabético un control tan eficaz como el que se pueda llevar en el Hospital General de Enfermedades y así disminuir la población que acude a la consulta externa de esta Unidad.

4) Establecer un plan educacional más personalizado y no circunscribirlo a la entrega de folletos al igual que un seguimiento más continuo desde el momento de hacer el diagnóstico de diabetes.

5) Proveer a las personas cercanas al paciente diabético, la información y educación acerca de la dieta, tratamiento medicamentoso y cuidados especiales del diabético"  
12/.

Como se puede observar en estas recomendaciones, se hace imperativo cambiar la actitud en el tratamiento de estos pacientes y la participación del Trabajador Social. Como respuesta a esta problemática, en 1989 en el Hospital General "Doctor Juan José Arévalo Bermejo" por primera vez en el Seguro Social se formó un equipo de trabajo integrado por: Médico Jefe de Medicina, Médico

---

12/ Dr. Paúl Chinchilla Santos. Perfil Epidemiológico del Paciente Diabético que Egresó del Hospital General de Enfermedades del IGSS, Departamento de Medicina Preventiva, 1991, Pág. 16.

Residente, Psicóloga y Trabajador Social, para trabajar con los pacientes diabéticos a nivel de grupo, desafortunadamente a la fecha no se cuenta con un trabajo de investigación que refleje los avances, fracasos y perspectivas a que ha llegado este tipo de tratamiento. Pero lo que no se puede negar, es que el CAMBIO DE ACTITUD del paciente diabético y de los trabajadores de salud que con su entusiasmo han tenido un rol de educadores están contribuyendo a bajar el ingreso por diabetes del área hospitalaria.

## CAPITULO 4

### TEORIA DE LA METODOLOGIA PARTICIPATIVA

#### 4.1 Aspectos Generales de la Metodología Participativa:

Sobre metodología participativa nadie ha escrito la última palabra. El concepto es, hoy, motivo de amplias controversias y probablemente seguirá siéndolo. Sólo así, gracias al debate, la confrontación y la práctica en los diferentes campos de intervención y en esta investigación en el área de salud, se irá enriqueciendo progresivamente. Está muy lejos pretender que esta metodología sea una "receta milagrosa" que conduzca a la participación. Desde una amplia perspectiva esa fórmula mágica ni siquiera puede llegar a existir puesto que la metodología misma es dinámica, cambiante, y se recrea permanentemente en sí misma, nutriéndose en el entorno en el que se aplique.

Y es en ese constante renovarse, que la creatividad juega sin duda alguna, uno de los papeles esenciales. Capacidad crítica y creadora aplicada hacia el encuentro de vías, de respuesta prácticas y conceptuales a las múltiples interrogantes que surgen en los Trabajadores Sociales que laboramos en el campo de la salud y que tenemos la observancia directa de los problemas que presentan los afiliados y beneficiarios del Seguro Social guatemalteco. En síntesis el proceso metodológico participativo, no puede sujetarse dentro de moldes estáticos.

Lo cierto es que se da la necesidad de buscar una metodología participativa en distintos procesos de trabajo con grupos. Así se habla de educación no formal, de educación popular y otros,

los cuales tienen como elemento común, la utilización de metodologías participativas como ejes principales de la acción. Es decir, buscan la aplicación de una alternativa metodológica que se fundamente en el fomento de la plena participación de los actores de esos procesos, y que conlleve a una práctica consciente y transformadora de la realidad en que están inmersos esos factores.

"La metodología participativa, se fundamenta en que en todo principio de trabajo (sea capacitación, investigación, seguimiento, etc.), se parte de una concepción de los participantes como actores, como co-gestores de su propia realidad. Es decir, se les concibe como sujetos activos del proceso" 13/.

Vemos entonces, que se rompe con la concepción tradicional de educación, capacitación, investigación y comunicación en la que es el profesional quien ejecuta protagónicamente esos procesos, quien "enseña" y es el único capaz de aportar, relegándose al beneficiario el simple papel de receptor pasivo, es decir, objeto del proceso.

La metodología participativa rechaza esa comunicación vertical, autoritaria, unidireccional y propone vías horizontales, democráticas, que no inhiben el potencial crítico y creador de los participantes, sino por el contrario, lo estimulan.

En la medida en que se utiliza una metodología de trabajo que se fundamente en la plena participación, estaremos potenciando y fomentando la criticidad del individuo, puesto que, al constituirse

---

13/ Agop K. Kayapán, **Fundamentos de la Metodología Participativa y de la Investigación Participativa**. UNICEF, Guatemala, C.A., 1988. Pág. 11

en sujeto activo del proceso, se apropiará conscientemente de su propia realidad y buscará, de manera creativa, la aplicación de mecanismos para transformarla en una superior a la precedente.

Por otra parte, está claro que la sociedad tercermundista moderna, no puede darse a la tarea de sostener un Estado benefactor (y menos aún, para el caso de los países económicamente dependientes). La satisfacción de las necesidades básicas de la comunidad, está cada día más lejos de las posibilidades del Estado, por una multiplicidad de razones, entre las cuales las presupuestarias juegan un rol determinante.

En consecuencia, las estrategias de intervención estatal en distintos ámbitos, se lanzan a la búsqueda de mecanismos que les permitan extender la cobertura (o cuando menos mantenerla) a más bajos costos operativos. Y se debe experimentar a través de la participación de grupos, una respuesta frente a los acontecimientos del momento histórico.

La experiencia acumulada ha enseñado que la participación para que sea real, no puede ser compulsiva.

Para expresarse creativa y críticamente, es imprescindible que la persona no se sienta presionada por nada ni por nadie, excepto por la presión que nace de sus propias necesidades o por la que surge de su consciencia. La participación auténtica, por lo tanto, sólo se concibe en un ambiente libertario. Al fin y al cabo, para participar hay que expresarse y expresión es antónimo de represión.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

La existencia de ese ambiente libertario, supone la concreción de varias características, una de las cuales debe destacarse: la confianza. Confianza que debe darse en todos los niveles sin que, naturalmente trascienda los límites de la inseguridad y termine por tornarse contraria a los intereses del propio grupo.

"Se debe tener presente que la libertad es un proceso y que grupos o comunidad sólo llegarán a ella pasando por la superación de muchas dificultades y contradicciones en ámbitos de relaciones.

Por otra parte, el trabajo participativo en libertad impone un cambio de actitudes en lo que se refiere a las interrelaciones y formas de comunicación. Porque la libertad no significa el que uno haga lo que le venga en gana, sino el adoptar conscientemente la opción más enriquecedora para el grupo. En consecuencia, se es más libre en la medida en que se eleven los niveles de consciencia en función de grupo" 14/.

La participación no ha de constituirse en un fin por sí misma. Es un método, un proceso metodológico y, como tal, puede ser instrumentalizado para el logro de determinados objetivos. Si entendemos qué es un instrumento, sabremos, entonces, que de su acertada utilización dependerá, en buena medida, el logro de los resultados deseados.

Con la metodología participativa ocurre lo mismo que con cualquier otro instrumento: Puede ser manipulada para muy distintos

---

14/ Ibid. Págs. 14-15.

propósitos, subordinados a la intencionalidad de quien la emplee. Por lo tanto ese móvil, esa intención será determinante con respecto a los resultados finales.

Ello significa que no por el sólo hecho de llamarse "participativa" una actividad conducirá hacia el enriquecimiento de la consciencia individual y colectiva. No por emplear dinámicas grupales llegará hasta el desarrollo de una voluntad transformadora.

Puede ocurrir que el método se instrumentalice con miras al fortalecimiento de estructuras verticales. Incluso puede ser empleado con el propósito de preservar situaciones y no de transformarlas.

#### **4.2 Principios Básicos de la Metodología Participativa:**

**4.2.1 Partir de la Realidad (De la Práctica):** Cuando hablamos de partir de la realidad, estamos refiriéndonos a partir de la práctica real y cotidiana de los grupos. Al fin y al cabo es de allí, del bagaje de sus propias experiencias, de donde el género humano extrae el conocimiento que le ha permitido ese salto portentoso y progresivo como especie dominante.

La acción de pensar (que nos distingue de los animales), el hombre la ha aplicado siempre a la observación de los fenómenos que ocurren en su entorno, para aprender de ellos. Es, entonces, la práctica, la ley del tanteo y error, la que nos hace superarnos desde el primario uso del fuego hasta la moderna conquista del espacio.

Actuamos, aprendemos de lo actuado y entonces volvemos a actuar, pero ahora de manera enriquecida. En síntesis, de la práctica extraemos elementos conceptuales, teoría que, a su vez, genera una nueva práctica enriquecida.

Un proceso de capacitación, de investigación, de intercambio de experiencias, etc. será más rico en la medida de que tome como punto de partida la vivencia cotidiana en los grupos involucrados, así como la experiencia acumulada por ellos.

Ahora bien, no se trata de que un agente externo llegue hasta el grupo para enseñarles cuál es la realidad en la que están inmersos. Se trata, más bien, de diseñar procesos para que el mismo grupo defina, la redescubra y la conceptualice. Después de todo, son ellos quienes la viven día a día y, por lo tanto, quienes mejor la conocen en sus efectos y matices.

#### **4.2.2 Reflexión Teorización (De la Práctica a la Teoría):**

Una vez que se cuenta con un marco general de esa vivencia, de esa realidad, podemos entrar en un proceso de reflexión, de análisis de aquellos elementos que son de interés colectivo y que, en última instancia, son los que se desea transformar.

En esa fase, suele tener validez el aporte teórico que conlleve a una profundización grupal de esa reflexión. El marco conceptual que va surgiendo puede ser enriquecido por una intervención de un agente externo que aporte elementos de juicio que han escapado a la visión del grupo.

Ese aporte puede ubicarse dentro de una amplia gama de

posibilidades: criterios técnicos, consideraciones de carácter administrativo, datos estadísticos, indicadores, apoyos teóricos, etc.

Un error que suele cometerse reside en elevar a valor absoluto los criterios grupales, negándose así la posibilidad de enriquecerlos con los enfoques externos que puedan emanar de esferas de conocimientos que escapen al alcance del propio grupo. Hay hechos, situaciones o perspectivas que los grupos pueden desconocer y nada justicia el que ello no les sea entregado.

El temor a influenciar las conclusiones grupales puede llevarnos al punto de auspiciar el análisis pobre o de ocultar información de importancia. Lo cierto es que hay áreas del ser humano a las que se ha llegado por un duro camino, y por ello, no es racional el ignorarlas y, peor aún, resulta irresponsable el no transmitir las, máxime cuando se les requiere.

No se puede pretender que todos los ángulos del conocimiento nazcan del grupo por generación espontánea. Hay elementos que le pueden ser llevados desde afuera y, en consecuencia, para ese propósito, se deben contemplar momentos de apoyo conceptual.

Por otra parte, el apoyo conceptual puede trasladarse de manera dinámica y participativa, buscándose mecanismos para que el grupo llegue hasta el concepto y no, como suele concebirse, que éste les sea llevado.

La transmisión del conocimiento, puede lograrse prescindiendo del método directivo y vertical. En resumen, el aporte

teórico no sólo tiene cabida, sino que además, puede realizarse participativamente.

Por último, el análisis, la reflexión derivada de ese aporte debe ser una labor emprendida por el mismo grupo participante. De esa manera, que al llegar a sus propias conclusiones, se apropiarán de ellas, las interiorizarán, puesto que son suyas y no visiones ajenas que a veces ni se entienden. El papel del agente externo, por lo tanto, no buscará tan sólo que los grupos aprendan, sino que aprendan de aquellos elementos que les son aportados.

En síntesis, se trata de auspiciar un momento de reflexión, pero no dado en abstracto, sino sobre la base de la propia realidad, la cual así se convierte en núcleo generador de conceptos.

**4.2.3 Nueva Práctica Enriquecida (De la Teoría a la Práctica):** Con anterioridad se ha dicho que la metodología participativa busca ser instrumento para la transformación de la realidad y que el carácter positivo o negativo de ese cambio dependerá, básicamente de dos factores de intencionalidad con que se aplique el instrumento metodológico y la eficiencia con que se le de empleo.

De la observación de los principios básicos que hemos ido anotando vemos que, luego de diagnosticar la realidad (la práctica), luego de haber reflexionado y profundizado la misma, entonces estamos en plena capacidad de formular la implementación de procesos que contribuyan a mejorar cualitativamente esa práctica, transformándola en una nueva y superior.

#### 4.3 Pasos Básicos del Proceso:

Al interior de los principios básicos ya enunciados se pueden dar una serie de pasos metodológicos que nos permitan operacionalizar el trabajo en grupos de manera más ordenada.

Estos pasos que a continuación se describirán simplemente son una propuesta de guía para la acción metodológica. Según las necesidades y características propias de cada proceso, habrá que adecuarlos, omitirlos o crear nuevos pasos. De nuevo la creatividad juega aquí un papel determinante.

**4.3.1 Primer Paso: Diagnóstico:** Constituye un primer acercamiento a la realidad del grupo. Ello implica dos vertientes:

- 1) Por una parte, recoger y organizar la percepción que los participantes tienen sobre esa realidad específica, y,
- 2) Además profundizar algunos elementos que resultan de mayor interés común.

Con respecto a la primera vertiente, hemos usado el término percepción, porque ello engloba la visión tanto objetiva como subjetiva del grupo. Suele valorarse lo subjetivo en términos peyorativos y, por lo tanto, se les menosprecia. Pero lo cierto es que los hombres actuamos movidos no sólo por la razón. También nos impulsan el miedo, la ansiedad, la codicia, el placer, la desesperación, la esperanza, la dependencia, el amor y no necesariamente los fríos dictámenes del raciocinio. Los estados que emanan del subjetivo también forman parte de la realidad y, por lo tanto nada explica su rechazo.

En definitiva, el ser humano establece contacto con su mundo no sólo a través de los dictados del raciocinio. Nos relacionamos con el entorno real a través de múltiples vías, a pesar de que el carácter "cientista" de la época nos lleva a despreciar las que no emanan de la razón pura. Por lo tanto en el trabajo participativo se deberán tomar en cuenta esos otros cristales por medio de los cuales percibimos la realidad.

Y en cuanto a la segunda vertiente, al hablar de interés común nos referimos a la necesidad de auspiciar espacios de convergencias que sirvan de base al desarrollo de acciones conjuntas. Debemos de esforzarnos en descubrir los elementos vinculantes, los puntos de coincidencia que, a veces, suelen ser más que las diferencias de matiz. Obviamente, ello no implica la conciliación a ultranza. Habrá casos en las que posiciones antagónicas (derivadas de intereses en conflicto), impidan la coincidencia entre los grupos.

En cuanto al diagnóstico, debemos partir de que levantarlo ha de ser un proceso participativo y, por lo tanto, distinto a la concepción habitual de que es el profesional o el técnico quien lo realiza. Más bien el aporte de estos especialistas consiste en contribuir a brindar a aquellos, aportes necesarios para enriquecer el diagnóstico. Además habrá tareas que, por su nivel de participación, deberán ser emprendidas por equipos externos dedicados a ese propósito, pero esa investigación clásica no es la que nos ocupa.

Cabe anotar también que el diagnóstico participativo no constituye un paso terminado. Es, más bien, parte de un proceso

permanente de aproximaciones. Si aceptamos que los procesos (y más aún los procesos sociales) son dueños de un dinamismo que los transforma a cada instante, vemos que nunca se podrá hablar de un diagnóstico acabado. Y si a esa mutabilidad interna de los procesos le adicionamos la que se deriva de factores externos, a veces imprevisibles, entonces concluiremos en que la realidad de hoy no es la misma que la de ayer ni de la que tendremos mañana.

Por eso suele ocurrir que los diagnósticos tradicionales, cuando se publican ya están desactualizados. Es decir, que retratan en sus páginas una realidad que ha cambiado.

Por otra parte, en este paso se trata no solamente de que el grupo profundice su conocimiento con relación a una realidad concreta, sino que, además, se busca que tome conciencia al respecto.

Ello significa que no basta saber de la realidad, si, ante la misma no se adopta una posición. De lo que se trata no es de conocer el mundo, sino de transformarlo. Por lo tanto, la relación conocimiento-conciencia ha de estar concatenada de manera inseparable.

**4.3.2 Segundo Paso: Priorización:** Una vez que de manera participativa, se ha logrado la elaboración de un diagnóstico, se buscará la priorización de aquellos aspectos que son de mayor interés y, de acuerdo al criterio grupal, se ordenan según su importancia.

De esta manera se estará en posibilidades de iniciar un proceso de investigación participativa que permita profundizar los elementos ya priorizados.



En esta etapa del proceso, es de suma importancia el lograr establecer las causas generadoras de los problemas detectados por el grupo (o las de las situaciones en general). Determinar la causalidad es indispensable, por cuanto no se puede pretender dar solución a un problema cualquiera que este sea, si de previo no se conocen sus raíces, sus orígenes. El grupo debe saber que los problemas no brotan por generación espontánea, sino que obedecen al producto de un conjunto de circunstancias tanto coyunturales como de estructuras, y, por lo tanto, han de ubicarse en su contexto.

Claro que ello no significa que, mecánicamente, es posible eliminar la causa para que, de manera automática, se elimine también el problema. Sería ingenuo pretenderlo e irresponsable el insinuarlo.

Lo cierto es que la relación causa-efecto es compleja, y más aún cuando se localiza en el ámbito de los conflictos sociales. Problemas y causas suelen formar una sola trama estrechamente vinculada en todos sus elementos. La interrelación resulta hasta tal punto enmarañada, que a veces lo que en un caso es causa, en otros es problema.

Además, las causas hay que entenderlas como localizables en distintos estratos, por lo que no todas pueden eventualmente ser enfrentadas por el grupo con la expectativa de resultados positivos inmediatos.

Sin embargo, no por lo anterior debe desecharse la posibilidad de localizar participativamente las causas perceptibles de un determinado problema. Ello permite una mayor comprensión

de la realidad y, en consecuencia, eleva los niveles de conciencia al respecto.

**4.3.3 Tercer Paso: Búsqueda de Alternativas de Solución:** Si ya se conoce la realidad, si ya se han determinado sus problemas y se ha llegado a conclusiones respecto a las causas que los generan, entonces se estará en posibilidad de realizar una aproximación a las alternativas de solución que el propio grupo plantee. Ello, obviamente habrá que lograrlo a través de mecanismos participativos de manera que se recojan los criterios libremente aportados por las personas involucradas en el proceso.

Claro que, del total de alternativas propuestas, habrá que seleccionar participativamente, las que se consideren de mayor urgencia. Además habrá que discernir entre aquellos cuya acción puede ser emprendida por el propio grupo y otras que, por su naturaleza, están en el resorte de otras instancias. Pero, aún en este segundo caso, algo puede el grupo emprender al respecto.

Está claro que la capacidad creadora juega aquí un papel fundamental. De alguna manera, nuestra cultura occidental nos educa en la idea de que las soluciones siempre nos vendrán desde afuera y que, por lo tanto frente a los problemas debemos esperar pacientemente a que algún experto iluminado venga a resolvénnoslo. Por esa vía hemos llegado, incluso, a inhibir nuestra propia capacidad de respuesta.

Por lo tanto, suele hacérsenos difícil concebir alternativas de solución que signifiquen las acciones del colectivo. No estamos acostumbrados a pensar en nosotros mismos como constructores de

nuestros propios destinos, como cogestores de nuestra propia realidad. Ocurre que ni siquiera nos vemos como capaces de encontrar y aplicar soluciones a los problemas que nos aquejan.

Debe, entonces, estimularse el aporte creativo, el ingenio, el aprovechamiento del potencial organizado, de los recursos y materiales disponibles, del acceso a fuentes institucionales, etc.

#### **4.3.4 Cuarto Paso: Organización y Planificación:**

Teniendo el grupo algunas líneas generales sobre alternativas de solución, es necesario establecer, de manera participativa, aquellos aspectos organizativos que posibiliten concretar, organizar y planificar las fórmulas de solución que el mismo grupo priorizó. Ello significa que las ideas tendrán que transformarse en planes de acción que las confronten. De esa manera, al planificarse el accionar del colectivo en pro de metas comunes, aumentarán los niveles de compromiso de cada uno de los participantes y se posibilitará la consolidación orgánica del grupo. Pocos vínculos son tan fuertes como los que nacen del cumplimiento conjunto de una meta común.

Debe señalarse, además, que en ese proceso de toma de decisiones la participación del grupo es de vital importancia. Sólo así surgirá un compromiso real de los participantes en la ejecución de las actividades previstas.

En síntesis, ha de formularse un plan de acción que le de cuerpo a lo que el grupo ha ido produciendo. Un plan de acción participativamente que pauté actividad individual y del colectivo, y que conduzca al fortalecimiento de los lazos de solidaridad y de fraternidad inherentes del grupo.

#### 4.3.5 Quinto Paso: Evaluación y Retroalimentación:

Es necesario establecer momentos de reflexión y evaluación a lo largo de todo el proceso que se emprenda. Ello permitirá al grupo, en su totalidad, medir los alcances de proceso, así retomar los errores, corregirlos y aprender de ellos.

Además, un proceso de evaluación participativa permanente, constituye en sí mismo una modalidad de capacitación, puesto que el grupo enriquece su experiencia reflexionando sobre su propia práctica.

De nuevo aparece aquí la importancia de la capacidad crítica del grupo y de cada uno de sus integrantes que, en estos casos, debe entenderse además como capacidad autocrítica. Ello lleva implícita la necesidad de una dosis de madurez grupal que impida la habitual reacción de defensa que adoptamos frente a algún cuestionamiento.

Y no se trata sólo de ver críticamente el desarrollo del proceso para señalar los errores. Se trata además, de verlos desde una óptica creativa, para aportar criterios sobre las medidas tendientes a corregirlas.

La crítica, aplicada como un fin en sí misma, se torna destructiva. Por el contrario, el binomio "capacidad crítica y creadora", deviene en positivo, puesto que, lejos de destruir, construye.

Por otra parte, la evaluación no ha de entenderse como un momento aislado o de carácter puntual. Esta debe visualizarse como una actividad permanente, de modo que en todo momento sea posible rectificar rumbos o fortalecer líneas de acción. Además esa

permanencia evaluativa debe darse sobre la base de la participación. Sólo así será posible recoger los aportes de los actores del proceso. Ello no excluye, sin embargo, la necesidad de eventuales apoyos evaluativos externos, que se encuentren sobre aspectos específicos relativos a un proceso y que, por su nivel de complejidad instrumental, es preferible que sean ejecutados por personal especializado. Una visión foránea puede entregar perspectivas, puntos de vista que escapan a la misma del personal involucrado en la ejecución del proceso.

Por lo demás, está claro que ambas no sólo no son excluyentes, sino que se complementan, en la medida en que se logre, entre una y otra, una interrelación estrecha y positiva.

#### **4.4 Características Fundamentales de la Metodología Participativa:**

Se describirán algunas características que, deberían de estar presentes en todo proceso metodológico participativo, se sabe que son todas pero al menos las que se aportan, pueden ser útiles a modo de primer acercamiento. Estas son las siguientes.

**4.4.1 Ser Lúdico:** Entendemos por lúdico lo relativo al juego. El juego, en toda su inmensa gama de variantes, es una manera propia del hombre de la cual establece con los hombres y con las cosas, y de hecho, es una necesidad existencial de todo ser humano. Juega el niño y, al jugar, disfruta del ocio y aprende. Juega también el adulto, permitiéndose así de esparcimiento, de gozo en los que, paralelamente se comunica y aprende. Por otra parte, lo lúdico puede constituirse en un canal que fomente la externalización de problemas ocultos u otros, que

por su naturaleza, difícilmente serán manifestados en ambientes de excesivo formalismo.

Y el juego puede transformarse en un formidable instrumento educativo. Es una de las vías por las que nos comunicamos, y bien sabido es que todo proceso de comunicación puede ser, al mismo tiempo, un proceso educativo. Se puede, por lo tanto, llegar al conocimiento, por canales lúdicos, que rompen con la concepción monástica y academicista de transmisión del saber.

En la metodología participativa el juego ha de ser instrumentalizado con propósitos didácticos. El cómo, dependerá en gran medida de la vitalidad creadora de quienes planifican el diseño de las actividades o los pasos de los procesos.

**4.4.2 Promover el Diálogo o la Discusión:** La metodología participativa busca problematizar en torno a los temas que aborda. De esa manera, auspicia el debate esclarecedor, se logra un mayor desarrollo de la conciencia individual y colectiva respecto al punto que se trate. Para lograrlo el diálogo y la discusión deben promoverse, de manera que todos los participantes estén en posibilidad de externar sus criterios, aún los controversiales, y, en colectivo, llegar a conclusiones de consenso.

Sin diálogo, se reduce el intercambio de experiencias y conceptos y, en consecuencia, la actividad pierde riqueza en contenidos. Sin discusión, los temas no se profundizan y el grupo puede terminar por conformarse con generar de sí mismo una visión superficial respecto al tema.

En la promoción de ese diálogo, así como en el fomento de esa discusión, el Trabajador Social juega un papel determinante.

**4.4.3 Ser Creativo y Flexible:** Ningún proceso metodológico participativo puede desarrollarse sobre la base de un esquema rígido. Son procesos cuyo dinamismo interno obliga a disponer de margen de una flexibilidad que permita introducir las adecuaciones que las circunstancias impongan. Obviamente, esas variantes han de concebirse de manera tal que su aplicación no signifique la pérdida de vista de los objetivos que se han propuesto alcanzar con el desarrollo del proceso metodológico.

En consecuencia, para que resulte satisfactoria, la introducción de cambios debe producirse gracias a la capacidad creadora del grupo y del equipo facilitador. La flexibilidad no puede ser tanta que se convierta en anarquismo, sino que debe implementarse partiendo de la creatividad, aplicada aquí en función del logro de determinados objetivos preexistentes.

**4.4.4 Fomentar la Conciencia del Grupo:** El proceso metodológico al ser comprendido por su colectivo, logra (o puede lograr) la recuperación de la conciencia de un grupo. Por lo tanto, en su planificación, ha de tenerse presente la necesidad de estimular en cada participante ese sentimiento de pertenencia a algo mayor que la estrecha individualidad.

El proceso metodológico ha de estar concebido de manera tal que fomente los lazos de solidaridad, que estimule los vínculos fraternales, en síntesis, que tienda a la consolidación orgánica de los grupos involucrados.

**4.4.5 Establecer el Flujo entre Práctica-Teoría-Práctica:**

Los detalles de esta característica han sido tratados con anterioridad. Sólo agregaremos que los tres momentos no siempre podrán separarse de manera absoluta. Suele ocurrir que se entremezclan y se cruzan, dando cabida a un rico y permanente proceso de conceptualización y acción, en el que ambos marchan paralelos, aunque en distinto predominio de uno y otro, según la propia dinámica del proceso.

**4.4.6 Hacer Énfasis en la Formación:**

Aunque es posible establecer mecanismos participativos para la transmisión de informaciones, el móvil central de todo proceso ha de ser, más bien, la formación de quienes participen en el mismo. La diferencia entre ambos términos va más allá de la simple semántica. En el mundo contemporáneo, sobre todo en el tercermundista, los sistemas educativos y comunicacionales se han concebido como una gigantesca maquinaria para la transmisión de informaciones, de la que extraen provecho los intereses dominantes. La línea vertical y autocrática (emisor-receptor) predomina, difundándose, por esa vía, todo un cúmulo de conceptos, valores, normas, principios, etc., que interesan al emisor y frente a los cuales se espera que el receptor se limite a sufrir pasivamente al bombardeo y termine con asumir como propias las ideas que le son implantadas.

Por el contrario, el proceso metodológico participativo propone una comunicación horizontal, multidireccional y democrática que, lejos de eliminarse a informar, procura, más bien, la formación integral del individuo. No interesa que acepte lo que se dice, sino que piense. Que sea crítico, consciente de sí mismo y de su entorno. Que esa criticidad la sepa trasladar creativamente a terreno de las acciones transformadoras de su medio. Que razone, opine, debata, se manifieste, aporte y sepa escuchar lo que los demás plantean.

**4.4.7 Fundamentarse en el Proceso:** Tanto la comunicación como la educación tradicional que hoy conocemos giran en torno a dos ejes básicos: por una parte, interesan los contenidos, puesto que ellos determinarán la utilidad social de quien los recibe. Es esta una concepción claramente utilitaria, por cuanto se capacita con miras al incremento de la capacidad productiva. Por otro lado, interesan los efectos, puesto que se pretende lograr condicionamientos reflejos que sirvan a los propósitos de quienes manipulan en su favor la educación y la comunicación.

Obviamente, a la metodología participativa le conciernen los contenidos y los efectos. Y como proceso de aprendizaje provee, junto a la transformación de la conducta y el desarrollo de habilidades y destrezas, la adquisición de una serie de elementos cognoscitivos que permitan el manejo adecuado de los elementos técnicos y científicos, la comprensión racional de los procesos y el desarrollo de la conciencia.

Pero en esta metodología el énfasis se centra en torno al proceso. La participación debe llevar a las personas, desde sí mismas, a la elaboración de sus propias respuestas y a formular, desde su realidad, sus propias preguntas. Por lo tanto, los contenidos no son transmitidos de manera vertical. Y los efectos responderán al interés del grupo.

Como proceso, implica no sólo tomar parte en las acciones que se dictan, sino también, y necesariamente, en la toma de decisiones, creación de ambiente y búsqueda dinámica de mejores formas de hacer las cosas.

**4.4.8 Promover el Compromiso de los Participantes:** La metodología no aspira a la sola participación de los individuos. Pretende que esa participación sea consciente, y por lo tanto, comprometida. Busca, en consecuencia, un compromiso del individuo no sólo con sus propios intereses sino que, más aún, en favor de los intereses de la colectividad de la que él forma parte.

Pero, además, ese compromiso no será verbal. Tendrá que reflejarse en acciones concretas. Por eso el método contempla la experiencia, el conocimiento, las posibilidades y la disposición de cada uno de ellos.

**4.4.9 Partir de los Problemas Reales.**

**4.4.10 Colocar al Hombre como centro de acción, siendo así sujeto y objeto de la misma.**

**4.4.11 Fundamentarse en la planificación rigurosa y flexible que se retroalimenta permanentemente en el proceso.**

Estas tres últimas características se han enunciado por cuanto sus detalles fueron tratados con anterioridad.

#### **4.5 OBSTACULOS:**

Quien pretenda implementar procesos metodológicos participativos debe saber que enfrentará una serie de obstáculos, que podrá solventar en función de su propia capacidad creadora, de su desempeño, decisión y entusiasmo. Entre los más importantes destacan:

a) **La Resistencia Natural al Cambio:**

El ser humano suele oponer resistencia frente a las innovaciones. Lo nuevo lo miramos con desconfianza y optamos, con frecuencia, por dejar transcurrir la vida por los cánones tradicionales. Ello se agudiza cuando el cambio se le propone a grupos o estructuras que, por su situación, se sienten cómodas con los parámetros establecidos.

Sin embargo, vivimos en una época de acelerado y progresivo cambio en todos los ámbitos. No se puede ocultar el dinamismo vital que ha caracterizado al mundo social, económico, político y tecnológico del Siglo XX. La metodología participativa surge en ese contexto y, por lo tanto, enfrenta la tendencia tradicional de oposición al cambio. Para ser aceptada, debe primero probar su eficiencia.

**La Resistencia al Método Innovador puede Provenir de Distintas Fuentes:** De los técnicos o científicos, que no aceptan compartir conocimientos, en vez de impartirlos, que es lo que hacen habitualmente.

De la creencia de que los conceptos y fundamentos de una determinada disciplina únicamente se pueden transmitir u obtener de manera magistral.

La resistencia de los especialistas a colocarse en un nivel horizontal con las personas, so pretexto de perder status.

En todo caso, suele ocurrir que las propias comunidades

están dispuestas a vencer sus prejuicios, empujadas a ello por la fuerza que nace de sus propias necesidades. La actitud de cambio termina por imponerse, dado que las situaciones por las que atraviesan resultan intolerables. Al fin y al cabo, la historia del género humano no es más que la reafirmación de la voluntad y capacidad del hombre para transformar, para cambiar, para introducir innovaciones en todos los órdenes, buscando siempre mejorar sus condiciones generales de vida.

**b) Las Implicaciones Políticas:**

La metodología participativa supone el acceso de los involucrados a espacios decisionales, lo cual significa, necesariamente, la democratización de las estructuras de poder.

Como método, además, implica el desarrollo de la conciencia crítica, aspecto que puede entrar en contradicción con los propósitos de las estructuras hegemónicas, para las cuales puede resultar más conveniente la ausencia de reflexión por parte de los grupos.

Y, por último, la metodología aspira al logro de una voluntad transformadora, de la que se desprenda una acción positiva en pro de la construcción de una realidad superior a la precedente.

En consecuencia, la correcta aplicación de la metodología participativa se facilitará cuando la voluntad política, en todos sus niveles (estatal, institucional, comunal e individual), no sea contraria a la naturaleza misma del método. De no darse esa condición, puede a la larga brotar un antagonismo entre la realidad social, política y económica, y las aspiraciones grupales que surgen de la aplicación del método.

**c) Las Implicaciones Pedagógicas:**

Es frecuente descubrir, al interior de distintos procesos educativos, que falta correspondencia entre el diseño curricular formal y los intereses, necesidades y problemas de los grupos e individuos participantes. En la metodología participativa, el curriculum se subordina a la realidad grupal. Es desde la base misma de donde nacen los elementos fundamentales de análisis. Ello impone, al educador que aplica el método, la obligatoriedad de romper con los esquemas habituales de la pedagogía, basados en la visión educador (dueño de la sabiduría) y educando (banco que recibe el depósito de esa sapiencia para pagarlo luego con intereses).

Ello implica un problema de conciencia o de sensibilización por parte de los educadores y de las instituciones de educación, el cual podría ir encontrando solución en la medida en que se auspicien acciones de información amplia, se fomenten eventos de discusión y reflexión y se busquen mecanismos de flexibilización del sistema.

La formación de educadores, tal como hoy se concibe no los capacita para desenvolverse como facilitadores de procesos metodológicos participativos. Por el contrario, tienden a prepararse como agentes reproductores de un sistema celoso del status quo y, por lo tanto, reacio a la crítica, al cambio o a la reestructuración. El que dirige un grupo (ya sea maestro, Trabajador Social, médico, etc.) suele ver la metodología participativa con prejuicios ideológicos, de donde emanan juicios de valor que, en su esencia, están plagados de conservadurismo.

Por otra parte, el método requiere mayor trabajo por parte del conductor y de los miembros del grupo, entre quienes se dará una relación de mayor horizontalidad. Sobre todo, demanda más trabajo creativo, más pensamiento, más apertura y más sensibilidad.

#### 4.6 Principales Componentes de la Metodología:

**4.6.1 Papel del Trabajador Social o Facilitador:** Entendemos que el facilitador es la persona, o el equipo de personas que usualmente contribuyen al desarrollo de los talleres y de los procesos en general. Por lo tanto, no es el "maestro" ni el "profesional" que va a enseñar irradiando sabiduría, sino, más bien, quien procura facilitar el proceso, apoyando el trabajo de los grupos, conduciendo las plenarios, aportando elementos de apoyo teórico o conceptual, etc.

El papel del facilitador se sustenta en:

- a) Una actitud de compromiso real con el desarrollo del grupo.
- b) Una posición de apoyo al esfuerzo del grupo por la transformación positiva de la realidad que les interesa modificar.
- c) Una buena dosis de creatividad para implementar los procesos y cada uno de sus pasos.
- d) Una actitud abierta, dispuesta al enriquecimiento mutuo de quienes participan en los procesos (del grupo de los facilitadores).

Muy importante es señalar que, en un proceso participativo, los facilitadores deben conocer a profundidad las caracte

terísticas del grupo con el cual trabajan; su nivel educativo, inquietudes, edades, coincidencia de intereses, etc. Esto le servirá para que se establezca una relación de mayor confianza, para que se utilice un mismo lenguaje y para que se logre plena incorporación del grupo participante. Pero, sobre todo, este conocimiento contribuirá a planificar procesos metodológicos al grupo incorporado en cada proceso.

En los trabajos de grupo (en las dinámicas, en las plenarios, en los subgrupos, debates, etc.), debe actuar como la levadura, haciendo crecer el nivel de las respuestas o aportes que se esperan del grupo, pero nunca actuará como el que tiene la última palabra en el asunto. Contribuirá a evitar la dispersión temática, pero sin inhibir, por ello, la libre participación de los integrantes del grupo, motivará la intervención del que permanezca en silencio, pero lo hará de manera tal que aquel no se sienta compulsado. Controlará todo lo relativo a horarios, con la flexibilidad que permite no perder de vista los objetivos. Dispondrá del uso de los materiales, asegurándose de que no le falten a los grupos.

En síntesis, consideramos que, respecto a la metodología participativa, algunos rasgos del perfil del facilitador pueden ser los siguientes:

- Se considera parte del grupo, dejando de lado el papel de líder tradicional.
- Está dispuesto a aprender junto con el grupo.
- Tiene que saber manejar diversas dinámicas del grupo.
- Tiene que conocer los principios básicos, los pasos y las características de la metodología participativa.
- Tiene que ser un buen planificador.
- Tiene que ser flexible.

- Tiene que disponer de tiempo para dedicarle a las actividades, tanto durante la preparación, como al realizarlas y luego, al darle seguimiento.
- Tiene que saber manejar los recursos tecnológicos disponibles.
- Tiene que saber manejar medios audiovisuales.
- Tiene que ser muy sensible en cuanto a relaciones humanas.
- Tiene que ser poseedor de una conciencia de cambio.
- Tiene que crear en el grupo y verlo como un motor que trabaja en favor de la comunidad.
- Tiene que ser crítico y creativo.
- Tiene que ser conocedor de su realidad.
- Tiene que saber motivar al grupo y cada uno de sus integrantes.
- Tiene que elevar niveles de participación en todo sentido.
- Y, sobre todo, tiene que cumplir con sus compromisos.

#### 4.7 **Diseño de un Taller Participativo:**

El taller se ha convertido en el elemento fundamental de los procesos participativos. Para que sean exitosos, dependen, en buena medida, de que su diseño sea el más adecuado. Pasos básicos para la preparación de un taller:

a) **Prediagnóstico:** No se puede planificar un taller sin contar primero con una visión respecto a la situación de grupo o población. Ello se logra a través de las relaciones con ese mismo grupo.

b) **Conformación del Equipo:** Con personas que

manejan la metodología y miembros del grupo o población meta, se constituye el equipo facilitador del proceso.

El equipo responde a una pregunta para la que generalmente se le tiene una respuesta: ¿Dónde? Nos permite señalar el lugar en el cual desarrollará el taller, tomando en cuenta el número de participantes, las facilidades del local, lo económico de la utilización, etc.

Aparte de considerar el número de participantes, también deben conocerse las principales características de la población meta, nivel educativo, algunas experiencias previas, disponibilidad del tiempo, principal problemática, etc. En todo caso, deben realizar un diagnóstico participativo en el cual, como producto, surgen los principales problemas o necesidades de capacitación que llegarán a constituir el EJE TEMATICO DEL TALLER.

Las respuestas a las preguntas a que nos referimos nos permiten ubicar en su orden: elementos de diagnóstico, objetivos, actividades, procedimientos, recursos, responsables y tiempo para cada una de las actividades.

**c) Elaboración del Prediseño:** Habiéndose señalado lo anterior, el equipo prepara un prediseño. Este debe considerar todos los elementos del diseño con el entendido que es un primer acercamiento al proceso de capacitación porque constituirá, más que un programa acabado, una propuesta para ser discutida con algunos miembros del grupo que se integrará al equipo facilitador.

En algunas experiencias anteriores se ha visto esto, como una necesidad muy importante puesto que, de esta manera, se

previene el riesgo de que los objetivos del equipo no sean necesarios los mismos del grupo para el cual se trabaja.

El prediseño debe llevar claramente los objetivos, contenidos y recursos para la discusión con el equipo ampliado, para que existan mayores elementos de juicio para su aprobación, corrección, ampliación o eliminación del mismo.

La revisión del prediseño, su confrontación con los materiales que en él se señalan, el señalamiento de los responsables de todas y cada una de las actividades permiten elaborar un diseño que en principio guiará el taller.

d) **Diseño del Taller:** El diseño del taller no es una simple distribución de actividades y responsables como un programa que comunmente conocemos. Su elaboración debe tomar en cuenta tanto la lógica metodológica como la lógica dialéctica, que permita ordenar el eje temático.

La concepción metodológica dialéctica dentro del diseño debe permitir la distribución de los temas de tal forma que el punto de partida sea la práctica, se llegue luego a un proceso de teorización para que, producto de ambos, se logre una práctica mejorada.

El detalle concerniente a cada una de esas etapas ha sido tratado con anterioridad, pero preferimos retomarlo, aunque ello signifique la reinteracción de algunos elementos conceptuales.

Veamos en qué consiste cada una de esas fases, pero aplicadas específicamente en el desarrollo del taller:



**-Práctica:** Partir de la realidad objetiva de grupo, a través de experiencias de los participantes, así como considerar la percepción que ellos tienen de esa realidad. Este punto deberá partir, constatar o reconocer una situación determinada que se quiere cambiar. En otras palabras, se debe partir de lo que la gente sabe, vive y siente, las diferentes situaciones y problemas que enfrentan en la vida y que un programa educativo se plantea como tema a desarrollar.

Este primer paso, sirve para partir de un intercambio de experiencias para que los coordinadores o facilitadores puedan ubicarse en relación con el grupo de participantes, para tener elementos que permitan reformular el diseño inicial del taller y, sobre todo, para partir de un punto que sea común a todos los participantes.

Es importante señalar que lo que interesa es la práctica real de los participantes y no quedarnos en una visión general de lo que los participantes piensan de una situación o tema determinados.

Las actividades encaminadas a lograr esto, deben plantearse de tal forma que no constituyan únicamente una aproximación superficial al tema.

**-Proceso de Teorización:** En la etapa anterior debe iniciarse un primer nivel de profundización para que, al llegar a la teorización, no constituya un paso forzado.

El punto de partida debe tomarse en la teorización, que

es un paso de abstracción que nos debe permitir conceptualizar acerca de los elementos centrales que están siendo analizados.

Este proceso de teorización no hay que verlo como un salto a lo "teórico", sino como un proceso sistemático, ordenado, progresivo y dado al ritmo de los participantes que permite ir descubriendo elementos teóricos emanados de la práctica e ir profundizando de acuerdo al nivel del avance del grupo.

Si en un taller se tratan varios temas, la relación con el punto de partida debe ser inmediata. Después de constatar una situación determinada se debe pasar inmediatamente a analizar las causas.

Los momentos de profundización teórica se pueden lograr por medio de dinámicas elaboradas y adaptadas adecuadamente. Se hace necesario a la vez, imprimirle una dosis alta de creatividad para sustituir la práctica tradicional de lectura, discusión y charla magistral.

Por otra parte los documentos de profundización teórica deben estar redactados en un lenguaje acorde al grupo con el cual se está trabajando.

**-Regreso a la Práctica o Práctica Mejorada:** El regreso a la práctica no es sólo una búsqueda de cómo trabajar más creativa y participativamente. Tampoco se trata de que, a partir de la teorización, se de un "salto" brusco a la práctica, se debe retomar el punto de partida para poder identificar con los elementos teóricos aportados en el taller, la forma más conveniente de hacer este

regreso, para que no se de con brusquedad.

Todas las técnicas y dinámicas grupales que se puedan utilizar como válidas siempre y cuando tomemos en cuenta que son sólo un instrumento o herramienta de un proceso de capacitación. No porque se usen técnicas participativas, el proceso puede calificarse como tal.

Previo a la ejecución del taller, es necesario que el equipo distribuya responsabilidades en cuanto a: toma de apuntes para la memoria final del taller, los distintos momentos del proceso, la atención de asuntos administrativos, etc.

**-Ejecución del Taller:** No se puede entrar a considerar muy pormenorizadamente este aspecto, puesto que cada taller tiene sus propias características que le hacen distinto a otros, aunque sean de la misma temática.

Es posible, sí, insistir en que es el diseño del taller el que guiará su realización. Este diseño es flexible y, por lo tanto, podrá modificarse en su desarrollo en aquellos puntos que el equipo considere que no se ajusta a las características del grupo, o por otras razones valederas.

Se recomienda reuniones del equipo al final de cada reunión del grupo, para evaluar el trabajo, partiendo de una autocrítica de cada uno de los responsables de la actividad según lo planificado para luego enriquecerla con el aporte del equipo. Este momento también debe servir para revisar cuidadosamente lo programado para el día siguiente (o cuando se realice la siguiente actividad), la

distribución de los responsables, los materiales por utilizarse, etc.

Obviamente, un taller puede requerir menos o más tiempo para su realización, en dependencia de varias condiciones que lo determinan: la naturaleza de sus objetivos, las características del grupo de participantes, el nivel de intensidad de su desarrollo, las facilidades operativas, etc. Por lo tanto la extensión de un taller puede variar, aún para el tratamiento de temas semejantes.

Un aspecto de suma importancia (y la que suele concedérsele muy poco e incluso ignorársele), reside en la pronta y eficiente elaboración de la memoria, así como en su inmediata distribución, de manera que esta llegue cuanto antes a manos de sus destinatarios. Una memoria entregada a destiempo más bien produce un efecto contrario, negativo por cuanto refleja incumplimiento. Peor aún si no se entrega nunca, puesto que ello expresa desinterés y abandono.

Las personas encargadas de tomar apuntes para la memoria de cada taller, de ser posible, pondrán en común lo anotado para ser enriquecido por el equipo, a fin de tener la memoria a la brevedad.

Una vez finalizado el taller, se evalúa todo el proceso. Se recomienda definir lugar y fecha de reuniones, con el objetivo de revisar el material utilizado, el acta levantada, la evaluación de los participantes, etc., con el objeto de esquematizar la elaboración de la memoria para su correspondiente diagramación e impresión.

La entrega de la memoria a los participantes y a la

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

institución involucrada constituye un excelente elemento de evaluación del taller, así como el primer paso a la retroalimentación que debe darse permanentemente.

Es evidente que los detalles concernientes al diseño gráfico juegan aquí un rol importante como los propios del contenido. En toda memoria, fondo y forma han de ir armonizados de manera tal que sirvan a los propósitos que se esperan de ellos. Es deseable, por lo tanto, que el documento final sea ágil, concreto y agradable, de manera que no pase a convertirse en otro manojito de hojas olvidadas dentro de una gaveta de cosas inútiles.

Si partimos de que un taller es sólo un proceso participativo, entendemos, entonces, que la memoria se constituye en uno de los más importantes eslabones que contacten ese proceso. En consecuencia, su omisión lo debilita en su totalidad.

Por otra parte, debe considerarse que, además de los talleres, la metodología participativa es aplicable en otra serie de instancias de trabajo grupal: reuniones, seminarios, conferencias, mesas redondas, clases de educación formal, etc., pueden ser concebidas y realizadas acudiendo al uso del método participativo. En síntesis, para cualquier actividad grupal emprendida por un conjunto de seres humanos, son valederos los principios enunciados páginas atrás, así también lo son los pasos del proceso, las características y los obstáculos ya descritos.

## CAPITULO 5

### ORIGEN Y PROCESO DEL METODO DE TRABAJO SOCIAL DE GRUPO

El Trabajo Social de grupo como método específico del Trabajo Social para la acción profesional, se reconoce oficialmente en 1946; en la reunión de la Conferencia Nacional de Trabajo Social en Búfalo, Nueva York, promovido por los estudios de grupo de la Asociación Americana para el Estudio del Trabajo Social de Grupo.

En la citada reunión, la decana del Trabajo Social de grupo, expuso en el auditorio, la experiencia de diez años de labores de la Asociación Americana para el Estudio del Trabajo Social de Grupo, y el dilema de los expertos de grupo o Trabajadores Sociales. Concluyendo "que el trabajo de grupo como método cae dentro del radio de acción del Trabajo Social" 15/.

De ahí, que 1946 se toma como año de referencia formal para el Trabajo Social de grupo, porque muchos años atrás se constituyeron en el preludio constitucional. Sin embargo es necesario destacar algunos hechos históricos.

1) El Trabajo Social de grupo tiene sus raíces y fundamentaciones preliminares en las primeras formas de asistencia social organizada cuando se hace necesario atender grupalmente a los indigentes en las parroquias o en las corporaciones.

---

15/ On Becoming Professional, in Treckor, Citado por Konopka, Gisela, En Trabajo Social de Grupo, Editorial Sudamericana, S.A., Madrid, 1963. Pág. 33.

Recordemos, por ejemplo, cómo en la época esclavista y feudal muchos monasterios concentraban grandes grupos de migrantes, o en los hospicios, los lazaertos, las cofradías, los ghettos, etc., para proporcionarles el socorro requerido.

2) Las luchas sindicales a mitad del siglo pasado para conquistar la jornada de ocho horas de trabajo, ocho horas de estudio y ocho horas de descanso, dieron las bases de la solidaridad, el liderazgo de grupo, la unidad y la lucha común de los desprotegidos para la conquista de sus reivindicaciones y bienestar.

3) Los aportes de las ciencias sociales, especialmente la sociología, la psicología, la ciencia política, la psiquiatría y la pedagogía. Por ejemplo los expertos en sociología, construyeron la teoría de grupo, los psiquiatras aportan el lenguaje de la terapia grupal, las ciencias políticas orientan las luchas de poder, la pedagogía instrumentaliza los procesos para el manejo de grupos y las técnicas de enseñanza-aprendizaje colectivos.

En 1930 registra la aparición de escritos sobre el uso del "Trabajo de Grupo Terapéutico", "El Grupo y la Higiene Mental", "Democracia y Salud".

En 1940 son muy conocidas por los Trabajadores Sociales las publicaciones de grupo, del famoso educador John Dewey, que sirven de guía a la Asociación Americana para el Estudio de Grupo.

4) La práctica de grupo y los aportes de la Charity Organization Societies de los Estados Unidos, promotora del

acercamiento entre vecinos y la modalidad de auto-ayuda, considerando las relaciones interpersonales de los vecinos como uniones básicas, centralizadas en fuertes interacciones para la consecución de la ayuda mutua.

5) Las experiencias significativas de la Asociación Americana para el Estudio de Trabajo de Grupo, fundada en 1936 para atender el estudio de las necesidades grupales, las relaciones humanas, los tipos y procesos de grupos.

6) Uno de los hechos más significativos que influyeron poderosamente para clarificar el papel del grupo y del profesional de grupo, fue la crisis en los sectores populares por la recesión económica de 1930 en Estados Unidos y la aguda situación de la Segunda Guerra Mundial, que obligó a trabajar en grupo con los afectados de estas situaciones. También sirve de base el incremento del fascismo en contraposición con la democracia, donde se toma el grupo para perpetuar la democracia o para concretar el poder cerrado de las élites.

Se debe tener presente que un año después de la Segunda Guerra Mundial (1945) y de la muerte de Adolfo Hitler se aprueba oficialmente el método de Trabajo Social de Grupo.

Al respecto Guisela Konopka una de las pioneras del Trabajo Social de grupo, escribe: "Los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial situaron las demandas en el desarrollo del método a través de la práctica efectiva y de una mejor fórmula y comprensión de la teoría. Los años posteriores a la guerra vieron un inmenso

de la literatura sobre el trabajo de grupo. Todos esos libros intentaban aclarar el proceso metodológico del Trabajo Social de Grupo como parte de la función de ayuda del Trabajo Social en la amplia escala que va desde los individuos y los grupos enfermos. Se buscaron definiciones pero no fue fácil formularlas" 16/.

En 1949, la Asociación Americana de Trabajo de Grupo, publicó un informe definiendo el Trabajo Social, delimitando sus objetivos, funciones y técnicas. El Informe plantea:

"El Trabajador de Grupo capacita a distintas clases de equipos de tal forma que la interacción del grupo y el programa de actividades contribuya al crecimiento del individuo y a la consecución de metas sociales deseadas. Los objetivos del Trabajador de Grupo incluyen provisión para el desarrollo personal de acuerdo a la capacidad y a la necesidad individual y a la adaptación del sujeto a otras personas, grupo y sociedad y además a la motivación del individuo hacia la mejora de la comunidad y el propio reconocimiento de sus derechos, habilidades, diferencias con los otros hombres.

A través de su cooperación el Trabajador de Grupo intenta que las decisiones surjan como consecuencia del conocimiento, participación e integración de las ideas y experiencias más que como resultado de una dominación desde dentro o desde fuera del grupo.

---

16/ Ibid., Pág. 32.

Por medio de la experiencia intenta provocar aquellas relaciones con otros grupos y con la comunidad que contribuyan a una ciudadanía responsable, a la mutua comprensión entre grupos de la comunidad, culturales, religiosos, económicos o especiales, y a la participación en la constante mejora de nuestra sociedad democrática principalmente: la oportunidad para cada individuo de realizar sus capacidades libremente, de respetar y apreciar a otros, asumir sus responsabilidades y de mantener y mejorar constantemente esta sociedad.

Fundamentalmente la práctica de Trabajo de Grupo implica conocimiento del comportamiento individual y de equipo de las condiciones sociales y de las relaciones comunitarias basado en las modernas ciencias sociales.

Sobre la base de este conocimiento el Trabajo de Grupo aporta a éste una habilidad en el mando que permite a los miembros utilizar sus capacidades al máximo y crear actividades socialmente constructivas.

Conocidas ambas cosas surge el programa de acción y el intercambio de personalidades dentro del grupo y entre el grupo y la comunidad que lo rodea.

De acuerdo con los intereses y las necesidades de cada uno se le ayudará a obtener, por medio de las experiencias del grupo, las satisfacciones previstas por el programa de actividades"  
17/.

---

17/ Harleigh B., Citado por Gisela Konopka, Op. Cit. Pág. 32.

Esta definición es la expresión positivista de la época y responde a las condiciones super-estructurales de la sociedad norteamericana.

7) Otro factor muy determinante en la caracterización y empleo del Trabajo Social de Grupo lo constituyó el acelerado desarrollo de las fuerzas productivas de la sociedad industrial que aumenta la tecnificación y con ella la necesidad de mantener racionalmente los grupos operativos en la empresa para disminuir tensiones e introyectar las nuevas formas de vida.

Finalmente se expresa que para muchos historiadores del Trabajo Social de Grupo como FRIEDLANDER, plantean que el primer reconocimiento que se hizo del proceso de Trabajo Social de Grupo, tuvo lugar en la segunda década del presente siglo pero asimilado profesionalmente en 1946.

"Proceso Clásico o Tradiciones del Método de Trabajo Social del Grupo (T.S.G):

- 1) Estudio Social de Grupo
- 2) Diagnósis social y plan de tratamiento
- 3) Tratamiento

El estudio social: Es la fase de recolección de datos del grupo en sí, de cada uno de los integrantes y del medio circundante, empleando técnicas de dinámica individual y grupal.

Se tiene en cuenta básicamente la observación, las entrevistas, los cuestionarios, las visitas domiciliarias, los

sociodramas, el juego de papeles y los psicodramas" 18/.

El diagnóstico y el plan de tratamiento parte de la sistematización de datos obtenidos de la vida del grupo y los componentes individuales, los cuales establecen los indicativos que caracterizan el problema o fenomenología del grupo, sus relaciones y determinantes que dan lugar al establecimiento de alternativas y prioridades.

"El tratamiento es la búsqueda de soluciones a la problemática y conflictividad de grupo, mediante la ayuda institucional, la auto ayuda, la rehabilitación o la promoción. Tengamos presente que el Trabajo Social de Grupo se tenía como un método para ayudar a las personas, proporcionándoles experiencias de grupo. Sus fines son: El desarrollo de la persona hacia su potencial individual, el mejoramiento de las relaciones y las aptitudes de la función social y la acción social" 19/.

El grupo como ayuda de adaptación y desarrollo individual y como acción de ayuda colectiva, expresa la preocupación de los Trabajadores Sociales clásicos. Se plantean como principios del Trabajo Social de Grupo los siguientes:

- 1) Reconocimiento del problema de grupo, las relaciones y diferenciación propia de cada individuo.
- 2) Aceptación plena de cada individuo con virtudes, defectos y traumas.

---

18/ Friedlander, W.A. Op. Cit. Pág. 187.

19/ Gisela Konopka, Op. Cit., Pág. 98.

- 3) La interrelación de grupo y el profesional debe darse mutuamente.
- 4) Estimular la relación interpersonal, la ayuda y cooperación entre los miembros.
- 5) Incrementar la participación individual dentro del grupo y la búsqueda de soluciones y motivaciones.
- 6) Desarrollar periódicas programaciones y evaluaciones.
- 7) Posibilitar el desarrollo del grupo a partir de sus propias condiciones y motivaciones.

A partir de la reconceptualización en América Latina a finales de la década de los 60, se cuestionan los métodos tradicionales, dando lugar a su abolición temporal y al surgimiento de nuevos modelos de intervención. Razón por la cual no hay experiencias significativas en la década de los 70 sobre la nueva forma del Trabajo Social de Grupo.

Existen intentos aislados, pero lo más significativo es tomar el grupo como un núcleo referencial del actuar profesional con el cual se trabaja mediante el empleo de nuevos procesos como Método Básico, la acción Transformadora, etc. La tendencia actual es la recuperación del método de Trabajo Social de Grupo, con contenidos, procesos y concepciones extraídas de cada realidad concreta dentro de la caracterización del mundo latinoamericano.

#### **5.1 El Rol del Trabajador Social de Grupo:**

Este método parte del supuesto de que puede permitir el desarrollo de los individuos que integran el grupo, y que el grupo

sea instrumento para la acción social. Ahora bien, sea que el Trabajo Social esté centrado en el grupo o centrado en la tarea, ¿cuál es el rol del Trabajador Social?

Natalio Kisnerman elaboró una síntesis de los diferentes papeles asignados al Trabajador Social de Grupos considerándolos desde enfoques diferentes:

- Líder-Habilitador, Orientador
- Auxiliar o Agente de una Profesión
- Adaptador o Conflictuador

Por su parte un grupo de docentes de la Escuela de Servicio Social de la Universidad Católica de Chile habla de tres funciones de los Trabajadores Sociales dentro de los grupos, actuando en lo específico de la profesión:

-Acción de líder, que implica a veces una acción vertical de sujeto a objeto; el grupo es mero receptor de programas elaborados por el profesional.

-Acción terapia, con la que se pretende limar, evitar y moderar los desequilibrios entre los individuos y la sociedad; los desequilibrios son atribuidos a problemas personales de carácter o de conducta de los individuos.

-Acción educativa, entendida como transmisión de información sobre los escasos recursos existentes y sobre el mejor aprovechamiento de ellos; se trata de educar sobre problemas de salud, familia, etc.

Este enfoque fue orientado en los países desarrollados en forma especial a grupos recreativos y terapéuticos, produciendo una desubicación en las tareas del Trabajador Social en los países subdesarrollados.

El Dr. Ezequiel Ander-Egg utiliza las expresiones "Trabajo Social" y "Trabajo Social de Grupo" y hace una reflexión en cuanto a los dos términos diciendo que un Trabajador Social aunque no realice "trabajo de grupo" con toda seguridad tendrá que "trabajar con grupos".

Para el "trabajo de grupo" se necesita la capacitación profesional específica, en cambio para el "trabajo con grupos" no necesitaría de lo específico del servicio social de grupo, sino un buen dominio de las técnicas grupales. De ahí, que podría afirmarse que el Trabajador Social hace:

- Trabajo de grupo, como método profesional específico.
- Trabajo con grupos, como tarea insoslayable de toda persona que trabaja con la gente.

Con lo anteriormente expuesto se considera que se tiene una primera aproximación a este método clásico de Trabajo Social, se complementará esta presentación, resumiendo los principios básicos de esta práctica, según dos autores bien reconocidos en este campo: Konopka y Kisnerman y se debe tomar en cuenta que para entender estos principios como lo indica Gisela Konopka "no hay dos personas que practiquen el trabajo grupal de la misma forma. El Trabajo Social no quiere producir títeres que sigan estrictamente las pautas establecidas. El Trabajador Social de grupo que más ayuda es aquel

que puede usar los principios básicos de un modo creativo y disciplinado."

**5.2 Principios Básicos de la Práctica del Trabajo Social de Grupo de Gisela Konopka:**

-La función del Trabajador Social es ayudar o habilitar a los miembros del grupo hacia su propia independencia y capacidad.

-Usa el método científico: búsqueda de hechos, análisis, diagnóstico en relación al individuo, el grupo y el medio ambiente social.

-Requiere que el Trabajador Social entable relaciones intencionadas con los miembros del grupo y con el grupo.

-Una de las principales herramientas para lograr tal relación es el uso consciente de uno mismo.

-Aceptación de la gente sin aceptación de todo su comportamiento.

-Comenzar en el punto en que está el grupo.

-Usar constructivamente las limitaciones.

-Individualización: que el individuo no se pierda en el todo, sino se le ayuda a sentirse como una persona.

-Uso del proceso de interacción: ayudar al equilibrio del grupo, permitir el conflicto cuando sea necesario y prevenirlo cuando sea perjudicial.

-Comprensión y uso consciente tanto del programa no verbal como de los materiales verbales.

**5.3 Principios Básicos de la Práctica del Trabajo Social de Grupo de Natalio Kisnerman:**

-Individualización: Reconocimiento de cada miembro y de

cada grupo, para usar diferenciadamente técnicas que permitan ayudarlos.

-Aceptación auténtica de cada miembro, reconocimiento de su dignidad, necesidades, motivaciones, personalidad.

-Establecer una relación intencionada de ayuda, esclareciendo desde la primera reunión cuál es su rol dentro del grupo y lo que el grupo puede esperar y no debe esperar de él en cuanto Trabajador Social.

-Estimular relaciones positivas y cooperativas en el grupo.

-Flexibilidad apropiada en el proceso del grupo respetando la autodeterminación del grupo.

-Capacitar a los miembros para que se desenvuelvan en el proceso de resolución de sus problemas.

-Ofrecer oportunidades para experiencias nuevas y diferentes que faciliten la autorrealización del grupo.

-Usar juiciosamente de la apreciación diagnóstica de cada miembro y de la situación total.

-Evaluar permanentemente el proceso y el progreso de los miembros del grupo y del Trabajador Social de grupo.

-Uso cálido, humano y disciplinado de sí mismo por parte del Trabajador Social de grupo.

#### **5.4 Análisis Crítico de la Metodología del Trabajo Social de Grupo en su Aplicación en América Latina:**

Ezequiel Ander-Egg hace una primera crítica de este

método y más que el método -a su aplicación- al ser utilizado por algunos profesionales, como si el sólo hecho de constituir un grupo o de hacer una acción de grupo fuera una garantía de solución de problemas. Un grupo puede ayudar a resolver problemas, pero puede agravarlos. Las acciones grupales no tienen efecto por sí mismas como, implícita o explícitamente, se supone en determinadas tareas grupales.

También un punto débil de la aplicación del método en nuestro continente, ha sido la discriminación con suficiente claridad de a qué tipo de grupo debe dirigirse la persona objeto de tratamientos, en el caso que se utilice el método con ese fin.

Otra crítica importante que se puede hacer en este método es que su modo de operar es tal, que el grupo se encierra en su propia problemática, sin tener suficientemente en cuenta el contexto en donde se da la problemática del grupo. El grupo no es algo que tiene vida y existencia en sí mismo. Existe, se desarrolla y actúa en un contexto sociocultural determinado. Es parte o elemento de un sistema, dentro del cual el grupo está condicionado.

Para algunos profesionales el modelo implícito del servicio social de grupo ha sido el considerarlo como un arquetipo de toda sociedad y de todo tipo de relaciones sociales. Y este ha sido un supuesto falso en que se apoya la práctica de algunos Trabajadores Sociales; el grupo no es modelo reducido de sociedad, ni tiene la misma naturaleza que la

sociedad, ni su funcionamiento de la sociedad. Esta es la notificación ideológica, implícita, que encierra determinados enfoques de la práctica del servicio social de grupo.

Ezequiel Ander-Egg cierra estas consideraciones críticas sobre la aplicación del servicio social de grupo o método del Trabajo Social de grupo, observando que existe entre los Trabajadores Sociales una confusión generalizada entre la dinámica de grupos, el trabajo con grupos y las técnicas grupales, con sus incidencias bien significativas en la cooperación y la práctica del servicio social.

-La dinámica de grupos, que son elementos, relaciones y fenómenos que se dan en un grupo, como consecuencias de su existencia. El estudio de estos fenómenos constituye la teoría de la dinámica de grupos, y su experimentación práctica se puede evitar utilizando técnicas de dinámica de grupos.

-Las técnicas grupales, es decir, los instrumentos que aplicados al trabajo en grupo sirve para desarrollar su eficacia y hacer realidad sus potencialidades. En otras palabras, que tienen por objetivo lograr productividad y gratificación en el grupo. No hay que confundir las técnicas grupales con las técnicas dinámicas de grupo, cuyo objetivo es hacer aflorar en un grupo su propia dinámica interna y no más.

-El trabajo con grupos, que consiste en todas aquellas actuaciones que se llevan a cabo por las personas de forma colectiva, esto es, el trabajo o acción social que se realiza en un grupo o en grupo.

## CAPITULO 6

### ANALISIS DE LA OBSERVACION DE GRUPOS DE PACIENTES DIABETICOS Y DATOS ESTADISTICOS

#### 6.1 Grupos de Pacientes Diabéticos del Seguro Social:

##### 6.1.1 Grupo del Hospital Dr. Juan José Arévalo Bermejo:

**Antecedentes:** El Hospital de la Zona 6 tiene de haberse inaugurado 10 años y desde su inicio se creó con una filosofía descentralizada de resto de unidades médicas del Seguro Social. Cuenta con una estructura hospitalaria moderna. La participación de Trabajo Social en la planificación de proyección social ha sido determinante para que en la actualidad dicha unidad sea reconocida como uno de los Hospitales que trabaja en el desarrollo de programas preventivos con los afiliados y patronos.

En el año 1988 se dio apertura a la atención en las salas de Medicina Interna y como iniciativa del Jefe de ese servicio, Dr. Rolando Comparini se integró un equipo interdisciplinario por un médico residente de la sala de Medicina, una nutricionista, una psicóloga y una Trabajadora Social, con el objetivo de elaborar un plan de trabajo encaminado a dar educación a los pacientes diabéticos que hubieran estado hospitalizados con el diagnóstico de DIABETES MELLITUS ya que en ese entonces eran los pacientes que más ingresaban y que su estancia hospitalaria era prolongada.

Se empezó el reclutamiento, sin tomar en cuenta a los

pacientes de la consulta externa, solamente aquellos pacientes que egresaban del encamamiento. El número de ellos fue creciendo aceleradamente por lo que hubo necesidad de dividir el grupo en cuatro, aproximadamente de 20 a 30 pacientes para recibir educación el día lunes de cada mes.

Uno de los obstáculos fue que los pacientes presentaban problemas para acudir al grupo por no tener permiso del patrono, otros consideraban que era una pérdida de tiempo y otros llegaban con el tiempo muy limitado, por lo que se decidió a nivel de equipo que se tenía que hacer un SISTEMA DE CITAS que le permitiera al paciente RECIBIR ATENCION MEDICA, EL OTORGAMIENTO DE SUS MEDICAMENTOS Y PARTICIPAR EN LA DINAMICA DE GRUPO, actividad que logró involucrar a un alto porcentaje de la población diabética.

Además se permitía que asistieran familiares más cercanos para que apoyaran y también conocieran los efectos de esta enfermedad cuando no es controlada y todos los aspectos preventivos para evitar una nueva hospitalización.

El espacio que se utilizaba es un salón amplio del Hospital, denominado Mezanine, el cual cuenta con buena ventilación e iluminación, con sillas cómodas, mesas y servicio sanitario. Se contaba con suficiente recurso profesional para que los pacientes tuvieran una capacitación para cada tema seleccionado, muchos de ellos por los mismos pacientes; así como recursos audiovisuales y hasta demostraciones de cocina y la práctica de ejercicios por un atleta (se hacían por un espacio de 10 minutos).

Por iniciativa de los mismos pacientes comenzaron la organización de la primera Asociación de Diabéticos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social integrada únicamente por pacientes y apoyada por la Trabajadora Social asignada al grupo.

Para que estos grupos se desarrollaran y se mantuvieran por dos años aproximadamente se contó con la participación de un equipo de trabajo iniciado por las secretarías de clínica de consulta externa quienes llevaban el control de citas en las agendas y anotaban las mismas en los carnets de los pacientes; la jefe de Registros Médicos que apoyó este mecanismo administrativo para que oportunamente estuvieran los expedientes, y las constancias respectivas a los patronos, los médicos residentes que después de la dinámica de grupo hacían la consulta individual a cada paciente y se les entregaba las recetas de medicamentos, la Trabajadora Social que básicamente participaba en el proceso de reclutamiento, en la articulación de recursos humanos y audiovisuales, así como dinámicas de grupo, la nutricionista que hacía demostraciones en forma práctica de cómo elaborar los alimentos para el paciente diabético y un médico atleta para que aprendieran la importancia de la respiración y ciertas recomendaciones para bajar de peso, mantenerlo y ayudar a la circulación.

Por cambios en el personal médico, de Trabajo Social y Jefatura del Departamento de Medicina este sistema de trabajo de grupos fue cambiado en el año 1991.

Lamentablemente no se cuenta con registros estadísticos de la disminución del ingreso al hospital con diagnóstico de Diabetes

pero en las reuniones de trabajo del equipo multidisciplinario se consideraba todo un éxito.

**Situación Actual del Grupo de Pacientes Diabéticos:** En el Anexo No. 1 de este trabajo se encuentra el Plan de Trabajo que hizo la Trabajadora Social responsable del grupo en el año 1995, en el cual plantea una capacitación totalmente diferente a la anterior descrita. No se entrará a considerar la forma de planificación en el trabajo que actualmente se realiza, porque el objetivo de este estudio es de analizar y apoyar todas las iniciativas que se realizan en el campo de Trabajo Social que tenga proyección de grupos.

Hoy en día los pacientes son reclutados a través de la referencia de los médicos de consulta externa y se captan aproximadamente de 10 a 14 pacientes cada mes, la duración del cursillo es de 4 sesiones una vez por semana, con contenidos ya establecidos relacionados con la enfermedad, dieta, ejercicios, medicamentos, etc.

La Trabajadora Social integra los grupos, proporcionándoles información general a los pacientes sobre sus derechos, y obligaciones sobre el Seguro Social y cómo será el desarrollo del curso.

El horario en que se desarrolla cada tema es de dos horas y media aproximadamente de 8:00 a 10:30 horas. Se llevan a cabo en un pequeño salón que no cuenta con suficiente ventilación e iluminación, el lugar es suficiente para que permanezcan por dos horas y media los pacientes en ese espacio tan reducido.

El procedimiento se basa en conferencias magistrales que

hace el médico asignado quien cuenta con materiales ilustrativos.

**Análisis de la Observación del Grupo Integrado en el Mes de Julio de 1995:**

**No. de Miembros:** 14

**Tipo de Pacientes:** Es un grupo heterogéneo en cuanto a edad, sexo, ocupación y tiempo de tener la enfermedad.

**Objetivo de la reunión:** Integrar el grupo y darles la primera información general sobre la enfermedad.

**Técnicas Utilizadas:** Clase magistral por la Doctora Residente, utilizando un papelógrafo con gráficas adecuadas al tema.

**Nivel de Participación de los Pacientes:** Escasa y no espontánea.

**Clima Psicosocial Generado:** Por ser la primera reunión el clima era tenso, con ansiedad, no de confianza, la mayoría de los pacientes no tuvieron ninguna participación.

**Planificación de la Reunión:** Todos los recursos humanos tienen un esquema de trabajo ya definido para cada día del mes que son responsables de asistir al grupo. La única planificación general es la de la Trabajador Social que corresponde al Anexo No. 1 de este informe.

**Participación del Trabajador Social:** Participa momentáneamente se presentó al inicio de la actividad para darles

la bienvenida a los pacientes, les dio una información general de la duración y contenido del cursillo y pasó lista para determinar el número y qué personas integran el grupo de ese mes. Además presentó al recurso o profesional que le corresponde el primer día del curso. Posteriormente se retira debido a que tiene asignadas otras funciones en las salas del Hospital. Y según manifestó hacen un tiempo intermedio para hacer alguna dinámica pero en esa oportunidad no se dio.

**6.1.2 Grupo de Pacientes Diabéticos del Centro de Atención Médica Integral para Pacientes Jubilados y Pensionados (CAMIP):**

CAMIP se inició en el año 1988; es el programa de consulta externa para atender pacientes jubilados y pensionados (en su mayoría personas de la tercera edad), inicialmente funcionó en la Policlínica en un horario de 16:00 a 20:00 horas, causándole a estos pacientes problemas para su traslado a sus residencias.

En la actualidad cuenta CAMIP con edificio moderno, con jardines, salones y piscina y todos los recursos físicos para hacer actividades con estos pacientes de la tercera edad, recreativas y educativas.

El equipo de Trabajo Social hizo un estudio de morbilidad de los pacientes que asisten a la consulta externa, tomando una muestra de 600 pacientes para establecer jerárquicamente cuáles eran las enfermedades por lo que más consultan los ancianos y de allí partir o tomar como base la formación de CLUBES.

El resultado de esa encuesta reflejó interesantes datos para poder hacer una planificación objetiva, quedando en el orden siguiente:

Primer Lugar: Enfermedad más consultada: ARTITRIS

Segundo Lugar: HIPERTENSION y

Tercer Lugar: LA DIABETES

En el año 1993 se hizo la planificación general para atender estos tres grandes grupos de enfermos. Dicha planificación se puede observar en el Anexo No. 2, en donde la idea de organizar el grupo de diabéticos es para ejecutar un cursillo de capacitación, que consta de 7 contenidos.

**Análisis de la Observación del Grupo de CAMIP en el Mes de Junio y Julio de 1995:**

No. de Miembros: 18

Tipo de Pacientes: Todos ancianos, mujeres y varones, todos son jubilados.

Objetivo de la Reunión: Iniciar el curso de capacitación con las personas inscritas, integrar el grupo e identificar a los pacientes con sus nombres y que se conozcan entre sí.

Técnicas Utilizadas: Papelógrafo, proyector de slides, video película sobre "la Diabetes y los Latinos". Un sonorama de información general sobre el CAMIP y dinámica de grupos.

Nivel de Participación del Grupo: Hubo participación pero no espontánea, hubo mucha concentración en las actividades de

video-película y el sonorama, aunque la última técnica fue una dinámica que les permitió a los pacientes identificarse e indicar desde cuándo padecen la diabetes y la forma en que han tratado su enfermedad.

Clima Psicosocial Generado: Fue un clima cálido, porque estos pacientes a diferencia de los afiliados, gozan de tiempo, pueden comunicarse ampliamente, el área para la actividad es ventilada, iluminada, y espontáneamente estos pacientes se organizaron para tener refacción financiada por ellos durante el cursillo. Se les permite llevar familiares o amigos.

Planificación de la Reunión: La planificación se hace conjuntamente para todos los grupos: de Artríticos, Hipertensos y Diabéticos, participan los mismos recursos profesionales para cada actividad. El seguimiento de la ejecución del plan lo hace la Trabajadora Social.

Este plan se puede observar en el Anexo No. 2 de este trabajo.

Como se puede observar este es un estilo propio de planificación basado en las necesidades de esta Unidad. A diferencia de la planificación que se hace en la Zona 6, este trabajo conlleva 7 sesiones cada una con una duración de tres horas y media, cada profesional cuenta con los recursos materiales, audiovisuales y de espacio que motiva la participación.

Cuentan con un fisiatra que les enseña el tipo de ejercicios (cuentan con un gimnasio y colchonetas), la enfermera profesional

les enseña el cuidado de los pies y cómo inyectarse la insulina. El médico les da una información general de la enfermedad y satisface las dudas. La Trabajadora Social es la que lleva el seguimiento del Club, pues es ella la que integra el grupo, proyecta películas, realiza diferentes dinámicas, les entrega un gafete para que todos se llamen por su nombre y utiliza técnicas audiovisuales como apoyo a los conceptos médicos.

El éxito de un paciente que controla bien su diabetes se basa en el cambio de actitud, hábitos y lograrlo en personas de la tercera edad es bastante difícil. Como se puede observar en los egresos del Hospital del año 1994, se puede ver la cantidad de pacientes jubilados que ingresan.

Como ya se indicó en el Capítulo 3 de este informe, los problemas tardíos que esta enfermedad desarrolla se deben principalmente a una diabetes mal tratada y si estas personas no han tenido educación desde el inicio de su enfermedad es lógico que en la actualidad presenten complicaciones.

Es necesaria la coordinación y compartir recursos profesionales de una unidad a otra, pues el Seguro Social es y debe ser Seguro Social en cada centro médico, pues se nota que para algunos si hay recursos en abundancia y en otros no los hay.

### **6.3 Análisis de Datos Estadísticos:**

Para realizar la presente investigación, se tomó una muestra representativa. Se revisaron las estadísticas generales de los

pacientes que egresaron del Hospital General de Enfermedad Común del año 1994, tabulando específicamente a los pacientes que presentaron el diagnóstico de Diabetes Mellitus, codificado en el Seguro Social para información estadística con los números 250 y 251.

La muestra tomada fue de enero a diciembre de 1994 y los datos tabulados corresponden a los egresos de las salas de Medicina de Hombres y de Mujeres.

Se considera importante señalar que no se tomaron egresos del Hospital Dr. Juan José Arévalo ubicado en la Zona 6, para hacer comparación con el Hospital General de Enfermedad Común, ya que las dos unidades tienen características propias de funcionamiento como por ejemplo:

**La Capacidad de Encamamiento:** **Hospital Zona 6:** Cuenta con una sala de medicina para hombres y mujeres de 28 camas cada una.  
**Hospital General, Zona 9:** Cuenta con 4 salas de medicina de hombres y 2 de mujeres con capacidad de 20 camas cada una con una capacidad de 120 camas.

**Requisitos de Ingreso:** **Hospital Zona 6:** Sólo ingresan pacientes de las zonas de adscripción que le corresponden siendo las zonas 6, 2, 18 y 17. No aceptan jubilados.

**Hospital General, Zona 9:** Ingresa a todo paciente sin hacer distinción de zonas o si el paciente es activo o jubilado. Ingresa tanto de la capital como pacientes departamentales.

**Especialistas:**

**Hospital Zona 6:** No cuenta con especialistas para atender pacientes diabéticos.

**Hospital General, Zona 9:** Cuenta con especialistas en endocrinología que atienden a pacientes diabéticos hospitalizados y de consulta externa.

Por lo anteriormente expuesto se concluye en que los datos obtenidos en el Hospital General de Enfermedad Común son más representativos para los fines de esta investigación.

Las variables a analizar son las siguientes: egresos del año 1994, edad, sexo, área geográfica (de dónde proceden), condición de derecho al Seguro Social (si es afiliado o jubilado), promedio de días estancia y la mortalidad.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
BIBLIOTECA CENTRAL

**CUADRO No. 1**

**PACIENTES EGRESADOS DEL HOSPITAL GENERAL DE  
ENFERMEDAD COMUN MENSUALMENTE  
1994**

MES	No. PACIENTES	%
Enero	34	9.47
Febrero	16	4.45
Marzo	36	10.02
Abril	29	8.07
Mayo	39	10.86
Junio	25	6.96
Julio	19	5.29
Agosto	22	6.12
Septiembre	30	8.35
Octubre	25	6.96
Noviembre	39	10.86
Diciembre	45	12.53
<b>TOTAL</b>	<b>359</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Datos tabulados por la sustentante en el Departamento Actuarial y Estadística del IGSS.

Como se puede observar el total de pacientes egresados en el año 1994 del Hospital General de Enfermedad Común, con diagnóstico de Diabetes son 359, de los cuales los meses de noviembre, diciembre y enero merecen principal atención.

Según consulta al Doctor Coronado especialista del Hospital de la Zona 9, indica que el alza de ingresos en esos meses se debe a la víspera de Navidad, en esa temporada navideña el paciente descontrola su alimentación, principalmente en el consumo de alcohol y otro es el factor emocional que también influye.

Si comparamos este número de pacientes del año 1994 al estudio que realizó el Doctor Paúl Chinchilla en el año 1991, el cual se describe en el punto 3.3 del Capítulo 3, expone un total de 201 pacientes diabéticos egresados, habiendo una diferencia significativa de 158 pacientes que denota que la población diabética sigue creciendo y que no se han tomado las medidas adecuadas para aminorar el acelerado crecimiento y hospitalización.

**CUADRO No. 2**

**PACIENTES EGRESADOS DEL HOSPITAL GENERAL DE  
ENFERMEDAD COMUN SEGUN SEXO  
1994**

<b>GENERO</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>	<b>%</b>
Femenino	114	32
Masculino	245	68
<b>TOTAL</b>	<b>359</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Investigación de Campo.

Este cuadro refleja que el grupo masculino con un 68% es

el predominante en ingreso al Hospital y se explica porque el varón necesita del apoyo de su familia, especialmente de la esposa o conviviente quienes deben estar compenetrados del tratamiento y alimentación que debe consumir el paciente.

**CUADRO No. 3**

**PACIENTES EGRESADOS DEL HOSPITAL DE ENFERMEDAD  
COMUN EN CONDICION DE ACTIVOS O JUBILADOS**

CONDICION	No. DE PACIENTES	%
Jubilados	165	46
Activos	194	54
<b>TOTAL</b>	<b>359</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Investigación de Campo.

La hospitalización de un 46% que corresponde a la población jubilada, siendo un grupo no activo, con alto costo económico y social para la institución. Desde 1993 CAMIP cuenta con un plan educacional a través de clubes de diabéticos, siendo conveniente revisar el sistema educativo que en la actualidad tiene y evaluar la forma de cómo se transmiten los conocimientos. Las personas de la tercera edad tienen hábitos y modos de vida que pueden ser determinantes para que este paciente pueda llevar una vida condicionada. El otro 54% es un grupo de pacientes que llegaron a diferentes unidades médicas (aún departamentales) y que debe ser el foco de la atención para trabajar en la prevención.

**CUADRO No. 4**

**CASOS DE PACIENTES DIABETICOS DEL HOSPITAL DE  
ENFERMEDAD COMUN SEGUN CONDICION DE EGRESO  
1994**

<b>CONDICION</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>	<b>%</b>
Egresados con tratamiento o consulta externa	320	89
Fallecidos	39	11
<b>TOTAL</b>	<b>359</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Investigación de Campo.

La condición de egreso en el Hospital General de Enfermedad Común está clasificada por seis variables: Abandono del hospital, curado, mejorado, transferido a otra unidad, retiro voluntario y mortalidad.

En cuanto a la mortalidad se tabuló que en el año de 1994 fallecieron 39 pacientes con diagnóstico de diabetes, lo que representa un 11% de mortalidad del total de los egresados.

**CUADRO No. 5**  
**PACIENTES EGRESADOS DEL HOSPITAL GENERAL DE**  
**ENFERMEDAD COMUN SEGUN ZONA DE ADSCRIPCION**  
**O PROCEDENCIA**

ZONA	No. PACIENTES	AREA DEPARTAM.	No. PACIENTES
1	20	Escuintla	08
2	05	Sacatepéquez	04
3	20	Sololá	02
4	03	Totonicapán	01
5	24	Quiché	02
6	12	Izabal, Pto Barrios	07
7	37	Santa Rosa	02
8	12	Jutiapa	01
9	02	San Marcos	01
10	01	Jalapa	06
11	17	Chimaltenango	03
12	25	Zacapa	02
13	03	Alta Verapaz	01
14	09	Chiquimula	02
15	03	Quetzaltenango	01
16	09		
17	05		
18	16		
19	48		
21	09		
Mixco	36		
<b>TOTAL</b>	<b>316</b>		<b>43</b>

FUENTE: Investigación de Campo.

Este cuadro evidencia de qué zona provienen los pacientes a la hospitalización y qué área de consulta externa le corresponde.

La Periférica de la Zona 11, atiende a las Zonas 11, 12, 21, 7, 19 y Mixco. El número de pacientes que proviene de este sector equivale al 54% de la población que son 172 pacientes, lo importante en este porcentaje es que la Periférica de la Zona 11 NO TIENE GRUPOS DE DIABETICOS o planes de prevención y educación para estos afiliados. La Policlínica atiende las Zonas 1, 3, 4, 8, 9, 10, 13, 14 y Villa Nueva teniendo el segundo lugar de hospitalizados, hacen un total de 72 pacientes que equivalen a un 23% y esta consulta tampoco cuenta con un plan educativo para diabéticos.

La Periférica de la Zona 5 atiende las Zonas 5, 16, 15, parte de la Zona 17, Fraijanes, Villa Canales y San José Pinula, son 29 pacientes egresados que corresponden a esta área y que tampoco cuenta con educación a pacientes diabéticos.

El Hospital de la Zona 6, atiende las Zonas 2, 18, 17 y 6 y municipios de Chinautla, San Pedro Ayampuc, San José del Golfo y Palencia, pero su capacidad de encamamiento es muy reducida por lo que tiene que trasladar pacientes al Hospital de Enfermedad Común, y es por ello que 38 pacientes egresaron en 1994 de esa área que corresponde a un 12%, sí se cuenta con grupos de diabéticos pero para llegar a una conclusión con este porcentaje habría que estudiar el total de pacientes egresados de ese hospital.

En este cuadro se puede demostrar plenamente que las concentraciones de pacientes que estuvieron hospitalizados fueron los que corresponden a la Zona 11 y Policlínica que son áreas que aún no tienen ninguna medida preventiva o educación a pacientes diabéticos.

**Días de Estancia del Paciente Diabético en el Hospital de Enfermedad Común, Zona 9 en el Año de 1994:**

Los Hospitales del Seguro Social tienen como política institucional una estancia corta en el encamamiento de los hospitales, al estar estable el paciente se le da egreso y él mismo termina su tratamiento en su domicilio.

Sin embargo, los pacientes diabéticos según la tabulación realizada tienen un promedio de estancia hospitalaria de 11 días, implicando un costo económico social para la institución de Q.7,080.59 por cada paciente.

Un día-paciente en el Hospital de Enfermedad Común de la Zona 9, tiene un costo para el IGSS de Q.643.69 según el Departamento Actuarial Estadístico para el año de 1994 (aún no se tiene este dato para el año 1995).

De los 359 pacientes egresados en 1994, tuvieron un promedio de 11% día-estancia siendo el total del costo para el instituto de Q.2,541,193.18 en gastos de hospitalización.

Los pacientes que se encuentran hospitalizados o en la consulta externa del Hospital de la Zona 9 tampoco reciben educación sobre su enfermedad.

**CUADRO No. 6**

**PACIENTES DIABETICOS EGRESADOS DEL HOSPITAL GENERAL  
DE LA ZONA 9, POR EDAD  
1994**

<b>INTERVALOS DE EDAD</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>	<b>%</b>
21 - 25	04	1.11
26 - 30	02	0.55
31 - 35	12	3.34
36 - 40	23	6.40
41 - 45	30	8.35
46 - 50	32	8.91
51 - 55	38	10.58
56 - 60	44	12.25
61 - 65	55	15.32
66 - 70	43	11.97
71 - 75	41	11.42
76 - 80	35	9.74
<b>TOTAL</b>	<b>359</b>	<b>100.00</b>

**FUENTE:** Investigación de Campo.

De los pacientes egresados el grupo más afectado se encuentra en el intervalo de 51 a 55 años, siendo un 15% del total, lo que refleja que el grupo de diabéticos jubilados o próximos a jubilarse deben tener apoyo educativo para ellos y su familia en el área de consulta externa.

El grupo menos afectado es el que corresponde al primer intervalo deduciéndose que los pacientes jóvenes por su condición general están menos expuestos a la hospitalización.



## CAPITULO 7

### PROPUESTA METODOLOGICA PARTICIPATIVA EN LA ATENCION DE PACIENTES DIABETICOS A NIVEL DE GRUPO EN EL AREA DE SALUD

#### 7.1 Introducción:

Los Trabajadores Sociales que nos desenvolvemos en el campo médico-social hemos tenido experiencias satisfactorias y no satisfactorias en las consultas externas y en los hospitales del Seguro Social, pero no hemos mantenido una línea de participación que nos permita denunciar los problemas administrativos, reglamentarios, inconformidades de la atención médica y otros que sufren los afiliados y jubilados del Instituto. Una de las razones más importantes es que no hemos sentido la necesidad de tener un aprendizaje participativo, porque el hecho de que somos profesionales sociales y sociables, ello no implica necesariamente que nuestra sociabilidad nos conduzca a la participación social. Nuestro proceso de socialización/educación, nos ha formado más para ser competitivos que para ser cooperativos. Es necesario un aprendizaje para una participación activa, capaz de trascender la estrechez de los propios intereses personales, para estar preocupados por dar algo a aquellos pacientes que diariamente visitamos en las salas, en las consultas o en sus domicilios.

Explica Erich From, que en la sociedad contemporánea se ha admitido como un dogma "que el hombre es básicamente perezoso, y pasivo por naturaleza, y que no desea trabajar ni hacer nada, a menos que sea impulsado por incentivo de una ganancia material, o por el hambre, o por el temor o castigo. Casi nadie duda de este dogma, que determina nuestros métodos de educación y

trabajo. Sin embargo, estas no son las únicas propensiones inherentes a los seres humanos. Todos sentimos un deseo inherente y profundamente arraigado de ser: expresar nuestras facultades, ser activos, relacionarnos con otros, escapar a la prisión del egoísmo", promover la participación es estimular la voluntad humana de dar y compartir.

Ahora bien, si la participación no es algo heredado sino un aprendizaje ello supone un proceso. Ante todo como persona/Trabajador Social se deben desarrollar conductas, actitudes y comportamientos participativos; tenemos que aprender a ser participativos.

Desde el punto de vista de la realización de un Trabajo Social, en el cual emprendemos un proyecto, programa o actividad que pretende ser participativo; tenemos que saber que la participación es "algo que está en el punto de llegada (es un objetivo estratégico) y no en el punto de partida o de arranque de un proceso de acción social.

Todos sabemos -al menos los que trabajamos con la gente- que existen dificultades para que la gente participe, al mismo tiempo que sabemos toda la potencialidad de movilización de energías y capacidades que tiene la participación.

Hacer compartir y compartir, participar conjuntamente, es una práctica de muy vieja data. Sin embargo, cuando hablamos

de participación como metodología utilizada por el Trabajador Social, hacemos referencia a la participación social, es decir, a la participación de las decisiones que inciden en los procesos sociales ya sea en escala macrosocial o a escala microsocia, y que suponen una participación efectiva en programas, proyectos y actividades de tipo social.

Ahora bien, la participación social, la participación popular y la participación del área médico-social, es algo deseable, a lo que se aspira y se tiende pero no se alcanza plenamente. Es la parte del ideal de una democracia de participación plena en la que mujeres y hombres libres son sujetos de su propia historia.

Y si consideramos la participación en programas de Trabajo Social, también debemos entender la misma como objetivo estratégico y en el área de salud es posible comenzar -ahora y aquí- el aprendizaje y práctica de la participación. No se aprende teóricamente a participar, tampoco es algo que se estudia; se aprende a participar participando y ésto implica dos dimensiones principales:

- 1) Desarrollar actitudes y comportamientos participativos
- 2) Formarse para saber participar

En la conferencia que dio el Dr. Ezequiel Ander-Egg a los Trabajadores Sociales en julio de 1995, nos transmitió: "El término participación no es nuevo, pocas palabras transmiten con tanta intensidad la idea de la aspiración del individuo a ser escuchado en la toma de decisiones, la renuncia a aceptar papeles excesivamente limitados y el deseo de vivir la vida con mayor

plenitud. Pocos términos sugieren con tanto vigor la pretensión de la gente a influir sobre las decisiones que configuran su entorno de vidas, a la vez que las aspiraciones por conseguir la igualdad y la negativa a aceptar posiciones marginales o un status subordinador."

Si se hiciera una evaluación de desempeño al personal de Trabajo Social a efecto de determinar el grado de participación social a través de programas y proyectos dirigidos a la población afiliada beneficiaria y jubilada podríamos encontrar importantes resultados y si lo evaluáramos en porcentaje me atrevería a decir que en la ciudad capital existe proyección en los pacientes en un 20% y en el interior del país solamente Escuintla que tiene contratado personal para Atención Primaria en Salud para desarrollo comunal.

Todas las Trabajadoras Sociales del área médica, antes de iniciarse en el área hospitalaria son orientadas y capacitadas (sobre la marcha) sobre aspectos reglamentarios del Seguro Social, reciben información por parte de la supervisora de la unidad y del personal antiguo como apoyo a su desempeño, por lo que en poco tiempo se convierten en profesionales con dominio del comportamiento del paciente hospitalizado, se les convierte en mediadores entre paciente, médico y familia y a veces con patrono, en poco tiempo identifican la terminología médica y orientan al personal paramédico y médico sobre aspectos reglamentarios y sociales que ayuden al tratamiento del paciente.

Con certeza se puede decir que la década de los noventa ha traído cambios en algunas unidades médicas: Zona 6 y CAMIP

y algunos intentos aislados en la Zona 5 (que se inauguró en este año) y 11 con el inicio de trabajo con proyección educativa a grupos. Sólo en el Hospital de la Zona 6 ya se cuenta con grupos de: alcohólicos, hipertensos, diabéticos y de psoriasis y que a diferencia de las otras unidades hospitalarias y de consulta externa (con excepción de CAMIP) han revolucionado con este tipo de conducta la cual es plausible pero también se necesita del compromiso de los equipos interdisciplinarios que participan, de los grupos para replantear, evaluar y mantener conductas que permitan a los afiliados hacer presencia para la consecución de los objetivos y metas.

Se tiene como obstáculo que algunos profesionales del área de salud magistralmente dan alguna plática y se da por concluido el punto, sin saber el grado de conocimiento y sin tomar en cuenta que son los pacientes los que sufren la enfermedad, los que pueden decir certeramente cuáles son sus síntomas porque lo están padeciendo, y que tienen capacidad para encausarlos a que ellos realicen sus propios conceptos y no relegarlos a simple papel pasivo, de recepción de información, manteniendo así un papel de marginación y de precisar que es el profesional el que lo sabe todo. Esto se da porque no ponen en práctica una metodología participativa.

Administrativamente el área de salud es bastante compleja (para los que no trabajan en ella), al estar poco tiempo en un Hospital o consulta externa rápidamente el personal se familiariza y como ya se indicó se cuenta con todo tipo de personal, pero el obstáculo principal es aquel personal que no está identificado con las políticas de la Seguridad Social y que entorpece el reclutamiento o desarrollo de alguna actividad.

Hay aspectos aparentemente sin importancia, como las citas en los carnets, la anotación en las agendas, la sacada oportuna de un expediente, la información adecuada al paciente, etc. y que pueden neutralizar por completo una actividad grupal por lo que una propuesta para trabajar con grupos en el área de salud también es compleja porque tiene que integrarse desde el Director del establecimiento hasta el conserje y sobre todo manejar este procedimiento no como "colaboración" o "por favor" sino como parte de una política institucional que debe de estar identificada con la clase trabajadora que tiene derecho a recibir un buen servicio social, el cual no es de "regalado" sino que han contribuido para obtener ese derecho de atención.

Otro obstáculo que se encuentra en el área de salud es que a los afiliados "así de entrada" no les gusta participar o acudir a citas educativas, pero es porque aún no tienen consciencia de que de ello depende el mantener su salud estable. La educación la toman como pérdida de tiempo, además manejan "angustia" por el permiso al patrono (que les descuenta el día séptimo) y por lo mismo se tiene que neutralizar todos esos factores negativos que puedan inhibir la participación de los pacientes. La motivación al paciente debe iniciarse desde su captación en la consulta externa por el médico, enfermera, personal administrativo y de Trabajo Social, así como apoyo de información en los pasillos, folletos y otros que contribuyan a que él mismo participe y sea multiplicador de los conocimientos adquiridos.

## 7.2 Propuesta Metodológica:

### 7.2.1 Justificación:

Analizadas las funciones de los Trabajadores Sociales que se desempeñan en el área médico-social, se evidencia (que en su mayoría) su campo de acción se contrae fundamentalmente a realizar actividades de tipo paliativo, curativo, asistencialista y a veces hasta paternalista, limitando sustancialmente su quehacer porque no existe proyección e identificación con los afiliados que presentan altos porcentajes de morbilidad y mortalidad y que se acercan al Seguro Social porque el tratamiento en forma particular es sumamente caro y también porque tienen derecho, como es el caso de los diabéticos.

Aún cuando existe personal médico, paramédico y de Trabajo Social cada quien hasta el momento, ha trabajado en su respectivo campo de acción; sin integrar verdaderamente un equipo de trabajo que los lleve a coordinar acciones de verdadera proyección al paciente, a efecto de que estos participen en un sistema educativo para prevenir complicaciones en su enfermedad y sobre todo la mortalidad que en los diabéticos equivale a un 11% de los egresos del Hospital General del año 1994.

El trabajo en equipo es urgente y necesario, para realizar concretos programas de medicina preventiva y establecer a través de ellos una mejor relación entre el instituto y sus afiliados, jubilados y beneficiarios y a la comunidad en general.

En este trabajo se señala el alto porcentaje de morbilidad

y mortalidad de diabéticos y también fácilmente se señalan las áreas de consulta externa y el Hospital de Enfermedad Común donde aún no existen programas educativos y donde es preciso iniciar un proceso de cambio en relación al tratamiento de estos pacientes.

Algunos profesionales de la medicina consideran que tienen la última palabra para tratar a los diabéticos y este estudio no pretende ni es de su competencia entrar en detalles propiamente médicos, lo que plantea es la necesidad de no trabajar aisladamente o individualmente porque como Seguro Social tenemos la responsabilidad y el compromiso de trabajar, y ya es tiempo de aprender a cambiar de actitud y aprender a participar en equipo, y así proponernos metas que disminuyan las constantes consultas por diabetes y la mortalidad por ésta.

En equipo se puede lograr a través de la participación de los pacientes el cambio de hábitos y actitudes por lo que conviene revisar el trabajo de grupo que ya se está ejecutando e iniciar e impulsar en las unidades donde no existen.

La idea del trabajo en equipo y participativo de pacientes es que se constituya como una política institucional, para que estos programas se vayan extendiendo paulatinamente al universo humano que está bajo la protección del Instituto.

Dentro de este contexto, el campo educativo proyectado a nivel de grupo con una metodología participativa, podría tener como **Objetivos Generales** los siguientes:

1) Que la Jefatura del Departamento de Trabajo Social con perspectiva dinámica, estratégica que es una forma de dirigir y potenciar los recursos internos y externos de los programas sociales que están mayormente concentrados en el área de salud, se den dentro de parámetros de calidad, eficiencia, eficacia y responsabilidad social, que implica un proceso de cambio de mentalidad asistencialista y paternalista, depredadora de las potencialidades humanas, hacia una mentalidad que reconozca los servicios sociales como derechos de los afiliados y colocar el valor de las potencialidades y responsabilidades de los seres humanos en transformar su realidad.

2) Impulsar la capacitación sobre metodología participativa a nivel de supervisores y Trabajadores Sociales del área médico social para que técnicamente se aplique el Trabajo Social de Grupo y que las organizaciones y formaciones de grupos que se estén dando sean apoyados por la Gerencia Social del Instituto, como iniciativa del Departamento.

#### 7.2.2 Objetivos Específicos:

1) Diseñar un programa de capacitación a los Trabajadores Sociales del área de salud sobre metodología participativa y reforzar y/o actualizar teoría del Trabajo Social de Grupo.

2) Mejorar la eficiencia de los equipos interdisciplinarios con la participación del Trabajo Social técnico en Metodología Participativa.

3) Coordinar acciones de trabajo a nivel interinstitucional para el intercambio de experiencias en el trabajo de grupos.

4) Integrar a dos participantes de cada grupo de diabéticos para conformar una organización que les permita velar por sus derechos dentro de la institución y que se constituyan en verdaderos vigilantes y promotores de la educación de los afiliados diabéticos.

#### 7.2.3 Metas a Alcanzar:

1) Interesar e involucrar a las autoridades médicas de las diferentes unidades médicas del IGSS para el inicio de reclutamiento de pacientes diabéticos.

2) Integrar un equipo de trabajo con: médico, enfermera profesional, nutricionista, fisiatra y Trabajadora Social.

3) Propiciar en cada reunión con grupos de pacientes diabéticos la metodología participativa con el desarrollo de talleres de trabajo.

4) Sistematizar las reuniones del equipo para fines de evaluación y retroalimentación.

5) Elaborar un plan de trabajo conjuntamente con los pacientes diabéticos y propiciar su organización.

El programa del equipo interdisciplinario deberá integrarse con actividades que se desarrollen con el inicio de:

- 1) Reorganización en el tratamiento de pacientes diabéticos a nivel de grupo.
- 2) Determinar y reasignar las funciones de acuerdo a la metodología participativa.
- 3) Investigar cada quien en su campo para luego integrar la problemática de pacientes diabéticos.
- 4) Participar en el diagnóstico del problema en general.
- 5) Planificación de las actividades específicas.
- 6) Calendarización.
- 7) Ejecución.
- 8) Evaluación.

#### 7.2.4 Procedimientos de Trabajo:

-Se integrará el equipo de trabajo tomando como referencia la naturaleza de trabajo a realizar, a efecto de que lleguen al mismo los profesionales ya indicados.

-Se determinarán las funciones de cada uno.

-Se elaborarán estrategias y tácticas de trabajo.

-La coordinación del equipo estará a cargo de la Trabajadora Social.

Con estos elementos de tipo general y como un ejemplo de formación de grupo con pacientes diabéticos e iniciar el proceso de integración y capacitación a través de talleres. (La forma de guiar los talleres está ampliamente explicado en la Teoría de la Metodología Participativa, Capítulo No. 3).

Se propone la capacitación de cinco grupos anuales y de cada uno que dos de sus miembros formen una Junta Directiva que vigile y se conviertan en promotores y ayuden a la captación de más miembros para que promuevan las realizaciones de seminarios o talleres con la participación de todos los grupos.

## CONCLUSIONES

1. La Metodología Participativa en el área médico-social es una alternativa y un instrumento comunicacional, profundamente educativo, a través del cual los grupos y personas involucradas van progresivamente elevando sus niveles de conocimiento y de la importancia de su participación.
2. La Metodología Participativa induce al paciente diabético a jugar un papel protagónico dentro de su tratamiento médico y le permite desarrollar mecanismos de solidaridad y cohesión en torno a intereses y necesidades, mejorando así su calidad de vida.
3. El Trabajador Social del área médica tiene asignado un alto porcentaje de trabajo administrativo sin que se visualicen alternativas para reducir o simplificar el mismo, relegando a segundo plano su potencial en los campos de acción, investigación, planificación y proyección de trabajo con grupos de pacientes, ya sea hospitalario o de consulta externa.
4. El Trabajador Social en el área médica no ha propiciado condiciones que favorezcan a la organización de grupos de pacientes para que reciban educación de acuerdo a la morbi-mortalidad.
5. El Departamento de Trabajo Social del Seguro Social en la actualidad no tiene políticas de capacitación para los Trabajadores Sociales del área médica.

6. De los profesionales que laboran en el Seguro Social es el Trabajador Social el que está capacitado para consolidar una metodología participativa con grupos de pacientes que presentan enfermedades crónicas (diabetes, artritis, epilepsia, alcoholismo, etc.).

## R E C O M E N D A C I O N E S

1. Es recomendable la utilización de la metodología participativa porque al elevar la participación de los pacientes, busca el reconocimiento y el análisis sistemático del saber popular (habitualmente menospreciado por considerársele empírico), facilitando de esa manera la incorporación activa de las personas que participan tanto en la planificación como en la ejecución de las tareas tendientes al mejoramiento de sus condiciones de vida.
2. Evaluar los resultados obtenidos al aplicar la metodología participativa, a efecto de establecer la reducción de la morbi-mortalidad de los pacientes diabéticos.
3. La función del Trabajador Social al aplicar la metodología participativa en el área médico-social con grupos de pacientes diabéticos debe de ser eminentemente de acompañamiento en el proceso educativo del grupo, de coordinación con el equipo de trabajo, especialmente en el diseño de talleres y no circunscribirse a la terapia grupal o exclusivamente a la búsqueda de recursos.
4. Los Trabajadores Sociales y Supervisores del área médica deben hacer un análisis y revisión de su quehacer y replantear una participación auténtica que supone dinamismo, toma de decisiones, ejecución de actividades que conduzcan a una visión de proceso, en resumen la ACCION.

5. Los responsables del Departamento de Trabajo Social y supervisores del área médica deben diseñar proyectos de capacitación permanente, actualizando con fortalecimiento teórico y práctico sobre comunicación grupal, metodología participativa, Trabajo Social de Grupos para que el desempeño de los mismos esté acorde a los avances y técnicas que competen a nuestra profesión.
  
6. Propiciar el acercamiento de familiares de pacientes diabéticos en el proceso educativo de éstos, para que contribuyan en los cuidados, alimentación y apoyo emocional que es determinante para el manejo adecuado de la enfermedad.

## B I B L I O G R A F I A

- Ander-Egg, Ezequiel, Diccionario del Trabajo Social, Editorial El Ateneo, S.A., 1a. Edición Corregida y Aumentada, 2a. Reimpresión en México, 1989.
- Barrascout, Jorge E., Evaluación y Principios Fundamentales de la Seguridad Social, Ponencia del XXIII Congreso Nacional de Medicina, Guatemala, 1972.
- Bertram, Ferdenad, La Diabetes Principios Fundamentales para Médico y Estudiantes, Barcelona, 1965.
- Comunicación e Información, División de Estudios de Población, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, Colombia, 1967.
- Coyle, Grace, On Becoming, in Treckor, Citado por Konopka, Gisela, en Trabajo Social de Grupos, Editorial Sudamericana, S.A., Madrid, 1963.
- Departamento de Trabajo Social del IGSS, Acuerdo de Gerencia No. 13-88, del 6 de Julio de 1990.
- Ferrara Floreal, A., Medicina de la Comunidad, Buenos Aires, Argentina, 1976.
- Freire, Pablo, ¿Extensión o Comunidad? La Concientización en el Medio Rural, Talleres Gráficos "33", S.A., Montevideo, 1973.
- From, Erich, Tener o Ser, Ediciones Fondo de Cultura Económica, México, 1978.
- Cagliardino, Juan José y Peter Kronsebein, Cómo Tratar la Diabetes, La Plata, Argentina, 1989.
- Guatemala, Asamblea Nacional Constituyente, Constitución Política de la República de Guatemala, Editorial Cenaltex, Ministerio de Educación, 1985.
- Guatemala, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Leyes Básicas, Departamento de Relaciones Públicas, 2a. Edición, 1982.
- Organización Iberoamericana de Seguridad Social, Nuevo Modelo de Seguridad Social Participada, Madrid, 1976.

- K. M. West; Kalbflesch, Diabetes In Central America, Diabetes No. 19, U.S.A., 1970.
- Kisnerman, Natalio, Servicio Social de Grupo, Editorial Humanitas, Buenos Aires, Argentina, Mayo de 1976.
- Konopka, Gisela, Servicio Social de Grupo, N. Jersey, Prentice Hall, 1963.
- Leyes, Estatutos, Reglamentos y Otras Disposiciones Legales de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Editorial Universitaria, Guatemala, C.A. 1989.
- Martínez, Tereso José, Comunicación Grupal Libertadora, Ediciones Paulinas, Argentina, 1986.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Folleto de Información General, Guatemala, 1989.
- Oliveira, René Dupont, Cuaderno de Trabajo Social No. 5, Editorial Librería ACRO, S.R.L., Impreso en Argentina, 1969.
- Pare Simone, Grupos y Servicio Social, Colección Desarrollo Social, Editorial Humanitas, Buenos Aires, Argentina, 1966.
- Perfil Epidemiológico del Paciente Diabético que Egresó del Hospital General del IGSS, 1991, Departamento de Medicina Preventiva, Sección de Epidemiología.
- Solís De León, Roberto Alfonso, Una Propuesta de Reestructuración del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Tesis, Escuela de Trabajo Social, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1989.
- UNICEF, Fundamentos de la Metodología Participativa y de la Investigación Participativa, Guatemala, C.A., Junio de 1988.
- Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Económicas, PECED, Técnicas de Investigación Documental, 1a. Edición, 1985.

ANEXOS

## PLAN DE TRABAJO "GRUPO DE PACIENTES DIABETICOS"

1995

### JUSTIFICACION:

Tomando en cuenta que la Diabetes es una enfermedad que afecta física, social y psicológicamente al paciente que la padece, se hace necesario elaborar el presente plan de trabajo que promueva la participación de los mismos en el proceso educacional orientado al conocimiento general de dicha enfermedad, el cual se desarrollará a través de reuniones periódicas con la intervención de un equipo profesional multidisciplinario conformado por Médicos, Nutricionistas, Enfermera y Trabajadora Social, desempeñando cada quien sus propias funciones. También se tratará de impulsar eventos sociales, culturales y de esta manera proporcionar el bienestar en general del paciente en las etapas de la enfermedad.

### OBJETIVOS:

- a) Promover la participación de los pacientes diabéticos en el proceso educacional, para lograr su bienestar físico, social y psicológico.
- b) Lograr cambios positivos de mentalidad y comportamiento en los pacientes diabéticos, para que acepten su enfermedad, aprendan a convivir con la misma y se integren conscientemente al proceso educacional.
- c) Lograr que exista una relación positiva entre los mismos que les permitan compartir ideas y descubrir los problemas que en común les afectan, para que los puedan analizar y discutir conjuntamente.
- d) Que el Trabajador Social asuma el papel de animador y orientador en el plan educacional, brindando el apoyo posible ante los problemas presentados.
- e) Lograr la coordinación de actividades con el equipo profesional multidisciplinario, para el mejor desenvolvimiento de las actividades programadas.

#### **METAS:**

- a) Lograr que el 90% de pacientes diabéticos que asisten IGSS, Zona 6 participen en el plan educacional.
- b) Realizar dos dinámicas de integración con cada grupo.
- c) Ejecutar con cada grupo de trabajo una charla sobre derechos y obligaciones que tiene el afiliado.
- d) Ejecutar dos reuniones de trabajo con el equipo profesional multidisciplinario en el año de 1995.

#### **ORGANIZACION:**

Primeramente se llevará a cabo la integración de los grupos a través de la consulta externa, en donde los médicos de las clínicas de enfermedad común referirán a los pacientes al club de diabéticos para que la Trabajadora Social encargada les de información general acerca del mismo.

Seguidamente se iniciará con la ejecución del plan educacional a través de reuniones con cada grupo, realizándose con la intervención del equipo profesional multidisciplinario. Se coordinará con instituciones afines, con el propósito de contar con recursos humanos, materiales y financieros necesarios.

#### **CALENDARIZACION:**

El plan educacional se llevará a cabo con cada grupo en cuatro reuniones, los días martes de cada semana en horario de 8:00 a 10:30 de la mañana.

Las actividades educativas que se programen cada mes son de tipo repetitivo, entre ellas:

- Definición de la enfermedad, (clasificación, características y funciones de la insulina dónde se produce y cómo actúa).
- Tratamiento.
- Control de exámenes de laboratorios.
- Conocimiento de esquema de ejercicios recomendados.
- Cuidados y recomendaciones para problemas dentales y de la piel.
- Charlas sobre salud mental.
- Plan de alimentación.

- Orientaciones generales sobre derechos y obligaciones en el afiliado.
- Gestiones y orientaciones sobre prestaciones y a nivel administrativo.
- Orientaciones sobre los programas de IVS, enfermedad común y accidentes.
- Visitas domiciliarias, patronales e institucionales.
- Entrevistas.
- Elaboración de ficha.
- Tratamiento social de casos.
- Gestiones por problemas laborales, institucionales, familiares que se presenten.
- Organizar actividades de tipo social, etc.

El desarrollo de las mismas es a través de la intervención de cada profesional, como grupo multidisciplinario.

#### **RECURSOS:**

**Humanos:** Entre los recursos humanos se contará con la intervención de médicos, nutricionistas, enfermera, Trabajadora Social y personas invitadas.

**Materiales:** Se hará uso de los recursos materiales con que cuenta la institución.

**Financieros:** Las actividades a realizar serán financiadas por el IGSS e instituciones afines.

#### **EVALUACION:**

Se llevará a cabo una evaluación en cada grupo de trabajo a través de una pauta evaluativa, la cual indicará el logro de los objetivos y metas propuestas, así también se analizará en el mes de junio el nivel de ingresos de pacientes diabéticos en el área hospitalaria.

## I. JUSTIFICACION:

El programa Centro de Día, consciente de la necesidad de prevenir y promocionar la salud del pensionado jubilado que asiste a este centro, considera indispensable la creación de clubes que agrupen a personas con un diagnóstico determinado.

Es importante reconocer que hay ciertas enfermedades que aunque no son invalidantes sí pueden llegar a determinar alguna incapacidad. En el caso de las enfermedades irreversibles la actitud deberá ser la de aplicar técnicas terapéuticas y de mantenimiento que permitan alcanzar un buen estado físico y mental del paciente, a fin de integrarlo a su medio social y familiar.

Se ha tomado en cuenta también a la familia en vista de ser el más cercano soporte con el que cuenta el pensionado y jubilado, si éste grupo les brinda apoyo en cuanto a sus cuidados, se considera que los resultados serán cada vez más positivos.

Posterior a la capacitación con fines de autocuidado, se desarrolla una etapa que pretende fomentar la sociabilización y las buenas relaciones entre los integrantes de los tres clubes, logrando lo que es la integración grupal y el sentido de pertenencia al grupo.

La respuesta positiva de los jubilados y pensionados, da la pauta de la importancia de esta actividad, por lo que se programa con las debidas modificaciones para el período de labores 1995.

## II. OBJETIVOS:

1. Fomentar el autocuidado en los pensionados a través de las actividades de clubes por diagnóstico.
2. Llevar a cabo el seguimiento, formación, reorganización y fortalecimiento de los clubes por diagnóstico del Centro de Día.
3. Realizar actividades que contribuyan a fomentar las relaciones interpersonales.

## III. METAS:

1. Capacitar sobre autocuidado a cuatro clubes por diagnóstico.

2. Dar seguimiento a cuatro clubes por diagnóstico formando dos grupos durante el año para lograr el fortalecimiento de grupo y fomentar las relaciones interpersonales.
3. Realizar durante el desarrollo del Club 7 reuniones de capacitación.
4. Realizar una reunión con familiares de los integrantes de los clubes por diagnóstico.
5. Lograr integrar cada club con un mínimo de 25 pacientes.
6. Realizar 6 reuniones en la primera etapa de seguimiento y una reunión cada quince días durante el resto del año en la segunda etapa de seguimiento.

#### IV. METODOLOGIA:

- Por medio de la promoción, se realiza el reclutamiento e inscripción de los participantes.
- Las clínicas de consulta externa, psicología, fisiatría y fisioterapia también refieren a pensionados, jubilados y beneficiarios para su inscripción en los diferentes clubes.
- La disciplina de Trabajo Social como coordinador de las actividades que se realizan, elabora el proyecto respectivo, el que se somete a aprobación del Director de la Unidad.
- El proyecto incluye un cronograma por club (artríticos, diabéticos e hipertensos), el cual se da a conocer al equipo multidisciplinario que participa en el desarrollo del mismo.
- La metodología a utilizar por cada profesional en el desarrollo de la temática, queda a discreción de los mismos.
- Al finalizar la temática de los tres clubes, se les une para realizar actividades de fortalecimiento de grupo, promover relaciones interpersonales y recreación, lo que es coordinado por la disciplina de Trabajo Social.

#### V. RECURSOS:

##### Humanos:

- |                     |                        |
|---------------------|------------------------|
| -Médico             | -Terapista Ocupacional |
| -Enfermera graduada | -Lic. en Farmacia      |
| -Psicólogos         | -Trabajadoras Sociales |
| -Fisioterapistas    |                        |

## C R O N O G R A M A

Duración: 7 Semanas con pensionados, 1 con familiares, en horario de 8:00 a 12:00 Horas.

CLUB DIABETICOS Día Lunes	CLUB ARTRITICOS Día Martes	CLUB HIPERTENSOS Día Miércoles
<p><b>PRIMERA REUNION</b> -Formación e integración de grupo -Información general sobre CAMIP -Película: "Conozca su Nivel de Azúcar en la sangre".</p> <p><b>SEGUNDA REUNION</b> -Importancia del ejercicio-fisioterapia -Etiología de la enfermedad-médico -Película: "Diabéticos Riesgo para los Latinos"</p> <p><b>TERCERA REUNION</b> -Ejercicios - fisioterapia -Medidas higiénicas y preventivas -Enfermera Graduada -Película: "Usted y la Diabetes"</p> <p><b>CUARTA REUNION</b> -Ejercicio - Fisioterapia -Plan alimenticio - Médico -Película: "Dieta Paciente Diabético", "Coma Bien Sientase Bien"</p> <p><b>QUINTA REUNION</b> -Ejercicio -Fisioterapia -Salud mental - psicología -Fortalecimiento del Grupo T.S. -Película: "El Ejercicio es importante para Usted".</p> <p><b>SEXTA REUNION</b> -Ejercicios - Fisioterapia -Recomendaciones farmacológicas Liada, Farmacia -Terapia Ocupacional</p> <p><b>SEPTIMA REUNION</b> -Evaluación del club -Invitación a familiares -Elaboración de Lima -Terapia Ocupacional</p>	<p><b>PRIMERA REUNION</b> -Formación e integración del grupo -Información general sobre CAMIP</p> <p><b>SEGUNDA REUNION</b> -Importancia del ejercicio-fisiot., -Etiología de la enfermedad-médico</p> <p><b>TERCERA REUNION</b> -Ejercicios - Fisioterapia -Medidas higiénicas y preventivas -Enfermera Graduada -Autocuidado, "Qué es Club", T.S.</p> <p><b>CUARTA REUNION</b> -Ejercicio - Fisioterapia -Plan alimenticio -Médico -Película: "Equilibra tu Dieta"</p> <p><b>QUINTA REUNION</b> -Ejercicios -Fisioterapia -Salud mental - psicología -Fortalecimiento del grupo T.S. -Terapia Ocupacional</p> <p><b>SEXTA REUNION</b> -Ejercicios - Fisioterapia -Recomendaciones farmacológicas -Terapia Ocupacional</p> <p><b>SEPTIMA REUNION</b> -Evaluación del club -Invitación a familiares</p>	<p><b>PRIMERA REUNION</b> -Formación e integración del grupo -Información general sobre CAMIP</p> <p><b>SEGUNDA REUNION</b> -Importancia de la enfermedad-fisiot. -Etiología de la enfermedad-médico</p> <p><b>TERCERA REUNION</b> -Ejercicios - Fisioterapia -Medidas higiénicas y preventivas -Autocuidado, "Qué es Club", T.S.</p> <p><b>CUARTA REUNION</b> -Ejercicio - Fisioterapia -Plan alimenticio-Médico -Película: "Equilibra tu Dieta"</p> <p><b>QUINTA REUNION</b> -Ejercicios -Fisioterapia -Salud mental -psicología -Fortalecimiento del grupo T.S. -Terapia Ocupacional</p> <p><b>SEXTA REUNION</b> -Ejercicios - Fisioterapia -Recomendaciones farmacológicas -Terapia Ocupacional</p> <p><b>SEPTIMA REUNION</b> -Evaluación del club -Invitación a familiares</p>