

La familia huilense y el cuidado de la salud: una estrategia para el mantenimiento de la salud familiar*

Gilberto M. Astaiza A.¹; Dolly Arias T.²; Lilia Durán M.³; Deicy Molina S.⁴;

Resumen

Esta investigación implementó una estrategia piloto para el mantenimiento de la salud basada en el enfoque sistémico dentro del enfoque de la promoción y prevención que plantea la Ley de Seguridad Social en Salud para la atención integral de la familia. El estudio se desarrolló en tres fases: inicialmente se realizó una fase cuantitativa-descriptiva en los municipios de Neiva, Pitalito, Garzón, La Plata y Baraya, así como una cualitativa con grupos focales a partir de las categorías teóricas. Del análisis de la información cualitativa surgieron las categorías inductivas centrales: concepto salud-enfermedad; percepción salud enfermedad; prácticas en salud; percepción de instituciones y profesionales de la salud; responsabilidad del cuidado de la salud en la familia. Con las categorías se construyó la estrategia de mantenimiento en salud de la familia huilense (tercera fase del estudio), la intervención se desarrolló en Neiva, mediante la ejecución de una estrategia piloto basada en el conversatorio reflexivo terapéutico bajo el contexto de la promoción de la salud, que permitió establecer lo que podría ser una alternativa para el cuidado integral de la salud de la familia.

Abstract

Based upon a systemic approach, this research developed and implemented a pilot strategy for family health protection. Both quantitative and qualitative procedures were conducted with family groups from five towns in Huila. Data analysis allowed the identification of basic inductive categories such as concept of health - disease, insight of health-disease, health practices, awareness of Health Institutions and professionals, and responsibility in family health care.

The pilot strategy, conducted through therapeutic reflection talks, made it possible to identify what could be an alternative for integrated health care of families.

* Proyecto cofinanciado por Colciencias.

¹ Profesor Asistente, Programa Medicina, Magister en Educación y Desarrollo comunitario, Especialista en Epidemiología, Director investigación.

² Profesora Asistente, Programa Enfermería, Magister en Educación y Desarrollo comunitario

³ Profesora Titular, Programa Enfermería, Magister en Educación y Desarrollo Comunitario.

⁴ Profesora Auxiliar, Programa Medicina, Antropóloga.

Introducción

Mucho se ha hablado de la importancia de la salud de la familia, lo mismo que de la aplicación de los principios holísticos e integracionistas que deben orientar el accionar de los profesionales que se dedican al cuidado y mantenimiento de la salud y a su recuperación, tanto que en el ámbito nacional se promulgó la ley de seguridad social, ley 100 de 1993, que se fundamenta en éstos principios.

La ley considera al ser humano como una unidad biosicosocial integrada al grupo familiar que está en constante interacción con un medio social en permanente evolución. Se acepta que la familia juega un papel importante para lograr el estado de equilibrio que fundamenta la salud. Éste está condicionado por una serie de factores que hacen vulnerable al grupo familiar y a cada uno de sus miembros frente a los agentes nocivos.

Sin embargo, la práctica de los profesionales de la salud sigue orientada por patrones de conducta heredados del pasado según conceptos de carácter individualistas cuya atención va dirigida hacia órganos, sistemas o enfermedades, en donde la intervención de índole sintomática resulta siempre prioritaria.

Tratar de encontrar los antecedentes de la investigación sobre la familia colombiana y su relación con la salud conduce necesariamente a revisar, en primera instancia, el estudio "La medicina tradicional en Colombia", realizado por las doctoras Virginia Gutiérrez de Pineda y Patricia Villa, en 1985. Las conclusiones que, a juicio de los investigadores justifican de por sí el propósito de la presente investigación, podría ser que: "el colombiano común y corriente tiene un acondicionamiento cultural múltiple en la atención de la salud y participa prácticamente en todos los sistemas existentes".

"Ni la medicina mágica ni la religiosa tienen afinidades con la facultativa. En éstas, teoría y praxis, parten de postulados diferentes que tienen una base personalista, mientras en el conocimiento facultativo se establecen principios naturales"(Pineda y Villa, 1985, 163).

El estudio realizado por Gloria Calvo, "Estado del arte de la investigación en familia", ofrece un aprovechamiento de la base conceptual recogida en los resultados de los estudios que se llevaron a cabo en el país entre 1980 y 1994.

Si hacemos énfasis sobre los estudios realizados sobre el particular, se puede afirmar que son muy pocas las investigaciones hechas sobre familia y salud durante los años referidos. Según la autora, solamente un 5% de las investigaciones realizadas en esa época abordaron temas relacionados con la familia y la salud.

Para esta investigación se diseñó una estrategia de atención con el propósito de abordar la problemática de salud de la familia huilense de manera integral tomando en cuenta las características socioculturales y las prácticas que ésta realiza para el cuidado de su salud.

Materiales y Métodos

Este estudio se desarrolló a través de los enfoques cuantitativo-cualitativo en tres fases. Durante la primera fase, descriptiva – exploratoria, se tomó una población conformada por 98.988 familias de los municipios de Neiva, Pitalito, Garzón, La Plata, y Baraya. Con este total se calculó una muestra representativa de 382 familias. Se realizó un muestreo por conglomerados y se utilizó la técnica de la entrevista estructurada.

Para la fase cualitativa se empleó la técnica de los grupos focales. Se trabajó con 21 grupos residentes en los mismos municipios de la fase anterior. En Neiva se tomaron nueve grupos y en cada uno de los demás municipios, tres.

En la fase de intervención se aplicó la estrategia de "Conversatorio Reflexivo" (Anderson, 1994, 10-25) con la finalidad de estimular la toma de conciencia en los actores sociales del estudio sobre los comportamientos no saludables, y generar compromisos hacia la adopción de comportamientos saludables, mediante el análisis de la situación de salud individual y familiar

La estrategia se fundamentó en los siguientes preceptos:

- Salud entendida como derecho y no como mercancía o servicio.
- Abordaje integral del fenómeno salud-enfermedad.
- Trabajo de equipos interdisciplinarios para alcanzar una mirada holística de los sujetos de atención.
- Énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

- Construcción de conocimientos colectivos a partir de experiencias y narrativas de los actores sociales.

Resultados

Sobre la caracterización de la familia huilense se obtuvo la siguiente información: el 70.4% de las familias son nucleares y en su mayoría su ciclo familiar es el filial; su ingreso familiar varía entre uno y dos salarios mínimos. Aunque la mayoría cuentan con vivienda propia, el 19.8% comparte la vivienda con otros grupos familiares, ya sea de su familia extensa o de familias sin vínculos de consanguinidad. El trabajo independiente, el empleo temporal y los oficios hogareños fueron las ocupaciones sobresalientes. Sólo el 64% de los miembros de la familia están afiliados a la seguridad social; 25.7% de ellos, al régimen subsidiado. En cuanto a la afiliación a Empresas Promotoras de Salud se encontró que las de carácter privado concentran el mayor número de afiliados, un 65%.

Sobre la concepción de salud aún se mantiene en un porcentaje significativo la expresión tradicional de no "sentirse enfermo" y la enfermedad como malestar físico seguido por malestar mental.

En relación con causas de enfermedad se enunciaron los factores biológicos, que son los más estrechamente ligados a los estados mórbidos. Dentro de las acciones para evitar la enfermedad ocuparon el primer lugar las prácticas preventivas, seguidas de las prácticas tradicionales. En cuanto a acciones curativas en el hogar, el uso de las plantas medicinales fue el más frecuente en unas familias; mientras que en otras primó la automedicación. Se destaca que el cuidado del enfermo en casa continúa bajo la responsabilidad femenina.

En la fase cualitativa emergieron cuatro categorías centrales en torno a salud-enfermedad. La primera asociada con bienestar; la segunda, con capacidad para la acción, la tercera, con equilibrio y la última, con atributos sobrenaturales (ver gráfico 1).

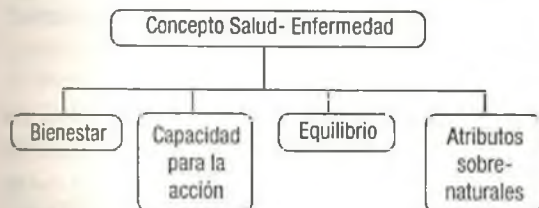


Gráfico 1. Categorías inductivas concepto salud-enfermedad.

Se resaltaron expresiones como "Salud es sentirse bien, estar feliz, disfrutar la vida, poder realizar las actividades diarias, poder jugar, bailar, viajar, ir a paseos, compartir en familia, poder resolver los problemas que se presentan a diario, capacidad para la toma de decisiones, regalo divino, lo mejor que Dios nos ha dado, lo más sagrado». La percepción estuvo más orientada hacia la vitalidad y la emotividad (ver gráfico 2).

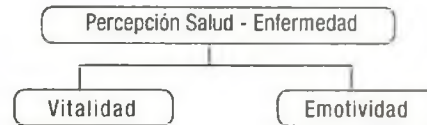


Gráfico 2. Categorías inductivas de percepción de enfermedad.

Sobre estas expresiones hay que destacar que los jóvenes asociaron, con mayor énfasis, a la salud como capacidad para la acción, mientras que las mujeres y los adultos mayores la interpretaron desde una perspectiva sobrenatural y como bienestar físico y espiritual. La enfermedad fue definida como lo contrario a la salud en todos los demás casos. Se notó una división taxativa entre salud y enfermedad cuando teóricamente se considera que estos son fenómenos que se distinguen entre sí, pero que no se pueden separar.

Sobre las prácticas para el mantenimiento de la salud se evidenciaron las siguientes: ejercicio diario, alimentación balanceada, disfrute y actitud positiva frente a la vida, entre otros.

Para el manejo de la enfermedad se acude en elevado porcentaje a la automedicación, a los remedios caseros y a las prácticas alternativas de boga en el momento actual. Cuando la enfermedad se complica se acude al médico (ver gráfico 3).

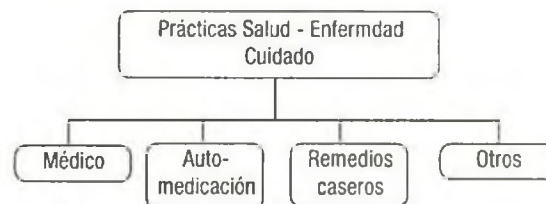


Gráfico 3. Categorías inductivas cuidado de la salud-enfermedad.

Frente a la percepción de la calidad de atención en salud se cuestionó una notoria discriminación de todo tipo y en las que tenemos: dificultad para

el acceso a los servicios, actitud prepotente y falta de ética por parte de prestadores de servicios, trato deshumanizado, afán de enriquecimiento por parte de algunas empresas, costos elevados de la atención, entre otros (ver gráfico 4).

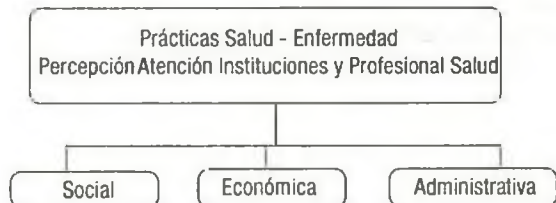


Gráfico 4. Categorías inductivas percepción de instituciones y personal de salud

Con respecto a la responsabilidad, tanto en el cuidado de la salud como de la enfermedad, se advirtió que la familia y los profesionales de la salud son las personas más importantes para resolver estos problemas (ver gráfico 5).

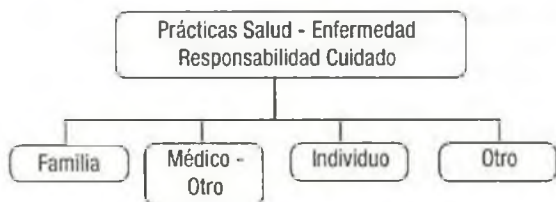


Gráfico 5. Categorías inductivas de la percepción de las instituciones y personal de salud

A partir del análisis cualitativo de la información, se inició la conformación de una estrategia para el mantenimiento de la salud basada en el conversatorio reflexivo- terapéutico que puede convertirse en la alternativa para el trabajo integral con todos los miembros de la familia, bajo el accionar de la promoción y prevención en el actual Sistema de Seguridad Social.

La evaluación de la estrategia permitió que los procesos o principios de la misma como la autorreferencia, la circularidad, la connotación positiva, el uso de un lenguaje con sentido común y el manejo del tiempo, se cumplieran satisfactoriamente para la investigación que estuvo fundamentada en las narrativas e historias de vida de los participantes. Esto permitió el conocimiento de su proyecto de vida y crisis evolutivas para definir y dar claridad a lo pertinente a los compromisos para el mantenimiento de la salud.

Discusión

La conversación reflexiva entre grupos en donde participan, tanto profesionales de la salud como población común, para lograr un consenso sobre el cuidado de la salud, implica un acercamiento conceptual entre el saber popular y el saber científico. Esto sirve para lograr comprensión y consideración del universo simbólico e imaginarios que maneja la familia y determinan la sensibilidad y la forma en que las personas perciben sus realidades, necesidades y descubren las posibilidades para mantener y prolongar la expectativa de vida y disfrute de la misma.

Implica, también, entender la salud como “un fenómeno de totalidad” que comprende desde la vida hasta la muerte y la presencia o ausencia de enfermedad, e incorpora el bienestar y el malestar, los hábitos, los afrontamientos, las adaptaciones o desadaptaciones, la dependencia y la independencia, el estilo de vida y las motivaciones, la calidad de vida y la vida misma” (Sánchez, 1997).

El cuidado de la salud, desde esta perspectiva, incorpora no sólo la realización de actividades de mantenimiento y promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, sino también las actividades que se realizan para atenderse a sí mismos y a otra persona o grupos que presentan enfermedad o requieren rehabilitarse después de presentar un proceso patológico.

Como se observó en el estudio, el cuidado de la salud, que se desarrolla en la población, es un sistema médico tradicional, “producto de un largo proceso dinámico e histórico de redefinición conceptual que incorpora y entrelaza permanentemente elementos de diferentes procedencias culturales, incluida la científica, y se traduce en un cuerpo articulado de comportamientos que se transmiten a otras generaciones y llegan a formar parte integrante de la herencia cultural de los pueblos, cumpliendo una función valedera en pro del bienestar físico, psíquico y social de quienes lo practican” (Benjumea, 1995).

Estas conductas conforman todo un sistema de atención en salud (sistema médico) bastante complejo con ideas acerca de las causas y curas de la enfermedad que busca su solución, primero, en el ambiente inmediato, el hogar, la medicina

casera y luego continúa con los demás sistemas médicos en caso de que no se obtengan resultados positivos.

La familia continúa asumiendo la responsabilidad de cuidar la salud de sus integrantes. Así, en la mayoría de los casos estudiados, según los actores sociales, la familia entera se compromete ante un problema que presente alguno de sus miembros, ofreciéndole asistencia a sus requerimientos.

En las familias estudiadas y, en ellas, las mujeres, aunque han delegado gran parte de sus funciones, continúan asumiendo la responsabilidad principal del cuidado y protección de sus miembros enfermos y dependientes. Es el único miembro de la familia que asume tradicionalmente la responsabilidad de los cuidados: abuela, madre, esposa, hija, nuera y hermana.

Debido a ello, muchas enfermedades no son confiadas a un personal de salud y cuando lo hacen, las decisiones sobre cuándo y a quién consultar, así como también el cumplimiento del tratamiento, quedan supeditadas al marco familiar.

El conversatorio reflexivo, como estrategia que permite una mirada global del ser humano en todas sus dimensiones, evidenció cambios profundos y fundamentales frente a las actitudes negativas sobre la salud-enfermedad. Por medio del estudio se pudo esclarecer cómo se puede alimentar la autoestima a través de la relación familiar y los compromisos adquiridos para mitigar los factores de riesgo frente a la enfermedad y crisis inherentes al ciclo vital.

Conclusiones

Como resultado de la fase cuantitativa se estableció que en las familias huilenses persiste el concepto de salud- enfermedad desde el ámbito de lo biológico. Se realizan prácticas alternativas tradicionales para la cura y la prevención de la enfermedad y la consulta al médico se lleva a cabo cuando se confirma y considera que realmente existe la enfermedad.

La mayoría de la población investigada está inscrita en el Sistema de Seguridad Social bajo la modalidad del Régimen Subsidiado.

Hay una mirada crítica frente a la labor del profesional de la salud debido a su relación impersonal con el paciente. La responsabilidad sobre el cuidado del enfermo todavía es mantenida y llevada a cabo por el género femenino.

Como logros fundamentales de la estrategia, se obtuvieron los siguientes: se dieron nuevas miradas a los estilos de vida propios en los que se permitió la autorreflexión que generó movilización para expresar aspectos de la vida cotidiana y personal. Hubo una postura de una cibernética de segundo orden relacionada con sistemas auto-observables, por medio de las narrativas de salud de las familias.

Metodológicamente se comprendió o captó por los investigadores y actores el proceso del anillo reflexivo. Se utilizaron los principios de escenarios propicios para un campo conversacional donde primaron las relaciones igualitarias, el respeto a la diversidad e integridad personal.

Esta experiencia fundamentada en el conversatorio reflexivo aportó principios y bases para ser empleado en instituciones de salud del Departamento del Huila. No cabe duda que, por medio de un accionar condicionado de manera interpersonal, se pueden alcanzar los objetivos de la promoción y prevención de la salud en el núcleo familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PINEDA GUTIÉRREZ DE, Virginia y VILLA DE PINEDA, Patricia., *La familia tradicional en Colombia. Bogotá, Colombia. Presencia Ltda., 1985. P. 163.*

CALVO, Gloria y CASTRO, Yolanda. *Estado del arte de la investigación en familia. Bogotá: ICBF 1995, pág. 156 - 157.*

ANDERSON, Tom. *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos: España, Gedisa. 1994, pág. 10 -25.*

SÁNCHEZ H., Beatriz. *Por qué hablar de cuidado de la salud humana. En Dimensiones del cuidado. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. 1997.*

BENJUMEA, Carmen de la C. *Familia y salud. Citada por Myriam P. Torres en Familia y Cuidado, 1995.*