

Representación social de la salud en ancianos de un área de salud en Santiago de Cuba

Social representation of health in aged patients from a health area in Santiago de Cuba

Lic. Fidel Vázquez Garay^{1*}

Dra. C. Margarita de la Caridad Moncada Santos²

Dra. Daylin Gola Rodríguez³

¹Facultad de Medicina No. 2, Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

²Universidad de Oriente. Santiago de Cuba, Cuba.

³Policlínico Docente “Armando García Aspuru”, Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: fidel.vazquez@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se efectuó un estudio descriptivo de 80 ancianos en edades superiores a 65 años, pertenecientes al Policlínico Docente “Ramón López Peña” de Santiago de Cuba, desde enero a mayo del 2017, para lo cual se empleó una metodología mixta, con una estrategia de triangulación de datos en un sentido cuanti-cualitativo, a fin de determinar las representaciones sociales que estos construían sobre su salud. Los principales resultados indicaron que la representación social del estado de salud en estos ancianos comprendía el núcleo figurativo compuesto por la importancia que le atribuyen a esta categoría, que es percibida como la ausencia de enfermedades somáticas o no, y por los estados emocionales, como el miedo y la inseguridad, que genera el no poseer un adecuado estado de salud.

Palabras clave: ancianidad; representación social; salud humana; estado de salud; atención primaria de salud.

ABSTRACT

A descriptive study of 80 aged patients with ages over 65 years, belonging to "Ramón López Peña" Teaching Polyclinic in Santiago de Cuba was made from January to May, 2017, for which a mixed methodology was used, with a strategy of triangulation of data in a quanti-qualitative sense, in order to determine the social representations that they built on their health. The main results indicated that the social representation of the health state in these elderly included the figurative nucleus composed by the importance that they attribute to this category, perceived as the absence or not of somatic disease, and by the emotional states, such as fear and insecurity that generates not possessing an appropriate health state.

Key words: old age; social representation; human health; health state; primary health care.

Recibido: 06/09/2018

Aprobado: 14/12/2018

Introducción

La salud es un constructo complejo del que se derivan múltiples definiciones que han ido ajustándose al momento histórico, y hoy es comprendida desde una perspectiva diferente; es un proceso que pone de manifiesto el buen funcionamiento biológico, social, psicológico y espiritual, en todas las actividades donde el hombre se expresa como tal.

En la actualidad existen muchas investigaciones^(1,2,3,4) que demuestran la implicación psicosocial de la salud, por lo cual las variables sociales y del entorno van adquiriendo mayor peso en los programas de salud y, de esta manera, la salud ha devenido concepto

social, pues es expresión de realidades que no pueden desvincularse del contexto social, de las condiciones socioeconómicas en las cuales tienen lugar y se desarrollan.

Esto permite abordar el estudio de la salud desde la teoría de las representaciones sociales, la que ofrece un marco teórico que hace alusión al conocimiento socialmente elaborado y compartido que orienta las respuestas de los sujetos.

Sobre la base de los argumentos anteriores, y a propuesta de la Dirección del Policlínico Docente “Ramón López Peña”, se procedió a la realización de este estudio, donde se seleccionó a algunos de los ancianos atendidos en el Consultorio Médico de la Familia No. 11 de esta área de salud, la cual posee una situación diferenciada respecto al problema planteado anteriormente, que se expresa en el aumento de la demanda de los servicios de salud del Policlínico y en un incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles.^(5,6,7)

La pertinencia de esta investigación se fundamenta en el hecho de que se ha acrecentado la población anciana en Cuba. Asimismo, es de interés gubernamental conocer hasta qué punto las políticas y medidas adoptadas para enfrentar el proceso de envejecimiento poblacional son acertadas o necesitan ser corregidas, pues este problema afecta de manera especial a los individuos que se encuentran en edades superiores a los 60 años.

Métodos

Se desarrolló un estudio descriptivo de 80 ancianos en las edades superiores a 65 años, atendidos en el Policlínico Docente “Ramón López Peña” de Santiago de Cuba, desde enero a mayo del 2017, para lo cual se empleó una metodología mixta, con una estrategia de triangulación de datos en un sentido cuanti-cualitativo, a fin de determinar las representaciones sociales que estos se construían sobre su salud. Se tuvo en cuenta la disposición de participar en el estudio y que no presentaran discapacidad mental que les limitara para ello.

Los participantes fueron agrupados según las edades: de 65-70 años, de 71-80 y de 80 y más años.

Para la validación del cuestionario por criterio de expertos fueron encuestados 7 especialistas en el tema, a los que se les pidió evaluar el instrumento creado a partir de una planilla que se les entregó junto con el cuestionario y los elementos teóricos principales de la investigación. Con vistas a conocer el nivel de concordancia de los jueces en torno al cuestionario, se aplicó la prueba de coeficiente de concordancia de Kendall, cuyo resultado ($W= 0,54$) reveló una asociación importante entre ellos, de manera que se obtuvo una buena valoración del instrumento.

La entrevista semiestructurada facilitó la emergencia de contenidos representacionales, así como la expresión de contenidos simbólicos y afectivos sobre el tema abordado. En este caso se elaboraron las pautas que guiarían las preguntas, a las que les fueron añadidas aquellas que surgieron del propio proceso de comunicación que se estableció con el entrevistado, a fin de profundizar en los aspectos requeridos.

La información aportada a través del cuestionario se introdujo en una planilla creada por el autor y luego fue procesada estadísticamente mediante la distribución de frecuencias, con el empleo del porcentaje como medida de resumen; en tanto, la información obtenida por las entrevistas se procesó mediante el procedimiento de categorización de las respuestas.

Por otra parte, las categorías de análisis en el estudio se relacionan a continuación:

- Representación social: Modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. Corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas, gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación.
- Salud: Proceso en el cual el individuo se desplaza sobre un eje salud-enfermedad acercándose a uno u otro extremo, según se refuerce o rompa el equilibrio. Se concibe como la posibilidad que tiene una persona de gozar de una armonía biopsicosocial, en interacción dinámica con el medio en el cual vive.
- Estado de salud: Concepto operativo que es usado para medir la salud de individuos, familias y comunidades.

Esta última categoría posee un doble carácter: objetivo, por la expresión de sus enfermedades y padecimientos, y subjetivo, por la expresión de sus percepciones y representaciones.

Los instrumentos aplicados se elaboraron a partir de la operacionalización de las siguientes variables: modelos de definición de la salud, obtención de la información, importancia reconocida de la salud, necesidad, sentimientos y emociones ante el deterioro de la salud; principales limitaciones para conservar la salud; actitud adoptada cuando el estado de salud no es adecuado; influencia para preservar un estado de salud positivo; influencia de la comunidad en su estado de salud.

Resultados

La tabla muestra los grupos etarios y el sexo de los ancianos participantes en el estudio.

Tabla. Ancianos según grupo etario y edad

Grupo etario (años)	Femenino	Masculino	Total
De 65 a 70	17	13	30
De 71 a 80	20	10	30
81 y más	12	8	20
Total	49	31	80

El cuestionario y la entrevista semiestructurada permitieron identificar cómo estos ancianos definían su estado de salud, lo que facilitó establecer los patrones definicionales. El patrón definicional que más se repetía en los tres grupos etarios era “si estoy enfermo o no”. Este patrón fue diferencial entre los distintos grupos etarios, pero resultó predominante en ancianos mayores de 71 años. Le siguió el de “no tener ninguna enfermedad”, que sí se presentó homogéneamente en todas las edades. Los patrones “cómo está la salud de una persona” y “sentirse bien o mal” eran definidos de manera diferente por los ancianos de cada grupo.

La importancia que adquiere la categoría estado de salud resultó ser prioritaria en todos los sujetos. Los adultos mayores de este consultorio poseían una idea inacabada de lo que es el estado salud y sus indicadores a partir de sus experiencias. Estos elementos van

orientando a la constitución del núcleo figurativo de la representación social del estado de salud.

Los datos indicaron que el conocimiento de estos ancianos sobre el estado de salud lo habían obtenido en primer lugar de sus experiencias personales, seguido de los medios de comunicación. Otra forma de adquirir información fue la comunicación con el personal de salud del área y de la observación de terceras personas en el entorno social, como visitantes y familiares.

La información sobre la salud que los encuestados habían adquirido a partir del personal de la salud, el médico de la familia y personal del policlínico, quedó ubicada luego de la obtenida por los medios de comunicación, como la radio y la televisión, lo que puede ser indicativo para este nivel de atención de salud de la necesidad de conseguir mayor acercamiento y asesoría en temas de salud, mediante visitas, intercambios, charlas u otras acciones personalizadas.

Triangulando los datos, se identificó que la totalidad de los entrevistados consideraban que el estado de salud es de mucha importancia. Esto estuvo en concordancia con los resultados de la primera pregunta de la entrevista y reafirmó la importancia del estado de salud como núcleo figurativo de la representación.

En las entrevistas se recogieron los otros motivos por los que le atribuían importancia al estado de salud, entre los que se destacaron los siguientes: “sin un estado de salud positivo no vale la pena vivir” (anciano de 65-70 años), “me ayuda a vivir más” (anciano de 71-80 años) y “permite que me sienta más feliz” (anciano de 80 o más años).

El motivo principal de los adultos mayores para pensar que su estado de salud no era bueno estuvo relacionado con la imposibilidad de realizar sus actividades cotidianas. En los pacientes del grupo etario de 65 a 70 años esta valoración pudo derivarse del proceso de jubilación, por el que muchos de ellos ya habían transitado en ese momento, debido a que al terminar su vida laboralmente activa se enfrentaban a nuevas dinámicas y al reordenamiento de los papeles familiares, para los que muchos no estaban preparados.

Los ingresos frecuentes en instalaciones hospitalarias constituyeron el otro criterio emitido por los encuestados, de lo cual resultó significativo el hecho de ser reconocido por más de la mitad de los adultos en las edades de 65 a 70 años.

La visita del médico a la casa era interpretada por un amplio número como indicativo de estado de salud inadecuado, seguido de un bajo estado de ánimo, los problemas en el hogar y el nerviosismo y la ansiedad. Todas estas consideraciones sobre un estado de salud negativo presentaron un estado diferencial en dependencia del grupo etario.

La mayoría de los encuestados experimentaban miedo cuando su estado de salud no era positivo (76 ancianos, para 95 % del total). En menor cantidad, los encuestados sentían inseguridad al respecto, seguidos de los que se ponían nerviosos cuando su estado de salud no era positivo. En todos los casos se observó una tendencia al incremento de estas emociones, proporcional al aumento de la edad.

En las entrevistas se expresaron criterios relacionados con una sensación de placer cuando su estado de salud no era positivo, lo que estuvo fundamentado en las siguientes afirmaciones: “siento placer o alegría porque sé que cuando estoy enferma alguno de mis hijos me viene a hacer compañía” (anciana de más de 80 años), “cuando me enfermo me prestan más atención en la casa” (anciano de 71 a 80 años).

El miedo y la inseguridad eran las emociones que estos experimentaban con más frecuencia cuando su estado de salud no era bueno, debido al rechazo a la enfermedad, lo que explica la demanda en los servicios de salud por razones de urgencia.

Debe destacarse que para 47 de los 80 integrantes de la casuística su estado de salud era negativo, y existió relativa homogeneidad de este criterio en los tres grupos de edades.

Entre los argumentos ofrecidos en las entrevistas que indicaban este parecer se encontraban “siempre me duele algo” (anciano de 65 a 70 años), “...porque siempre paso trabajo para hacer las cosas” (anciano de más de 80 años), “...porque no tengo los medicamentos que necesito” (anciano de 71 a 80 años), “... porque el policlínico me queda lejos” (anciano de 71 a 80 años), “...porque tomo muchas pastillas” (anciano de 65 a 70 años), “...porque no veo casi nada” (anciano de más de 80 años) y “ya no soy la misma de antes, todo se me olvida” (anciana de 65 a 70 años).

El resto de los pacientes senescentes (33) valoraban en sentido general su estado de salud como adecuado porque “tengo mis pastillas para mis dolores” (anciano de 65 a 70 años), “la doctora del consultorio es muy buena” (anciano de 71 a 80 años), “no me duele nada y mi estado de ánimo es bueno” (anciano de 65 a 70 años), “aunque a veces tengo

mis achaques, aún hago los mandados de mi casa y los quehaceres” (anciana de 71 a 80 años) y “mis hijos se ocupan de mí en todo lo que necesito” (anciano de más de 80 años). Entre los criterios sobre el personal de la salud figuró la desconfianza en la profesionalidad del médico de la familia. La entrevista mostró que estas personas adoptaban como postura que “si no me atiendo con una amistad o por medio de ella no resuelvo el problema” (anciano de 71 a 80 años).

Ante algún malestar, la mayor parte de los adultos mayores consumían algún medicamento que, según la entrevista realizada, con mayor frecuencia eran analgésicos y psicoactivos. Otra parte de los encuestados iba a un hospital a calmar su padecimiento antes de consultar al médico de la familia, y otros declararon aguantar la molestia hasta que esta pasaba.

Resultó alarmante el número de ancianos que no consideraba el asistir a los servicios de salud aun cuando sentía molestia y/o dolor, y solo lo hacían cuando el síntoma se volvía insoportable.

Existía una situación diferenciada en cuanto a de quiénes recibían mayor influencia estos ancianos para mantener un estado de salud positivo. Mientras que en los grupos de 65 a 80 años la mayor influencia provenía de la pareja y los vecinos, en los mayores de 80 no ocurría así, pues ellos recibían mayor influencia de los familiares y los medios de comunicación, lo que pudo estar relacionado con que el índice de viudez es mayor en este tercer grupo.

Se consideró baja la influencia ejercida por el personal de la salud (por debajo de 50 %) encargado de estos ancianos, lo que resultó contradictorio porque la Dirección del Policlínico poseía estrategias diseñadas para promover el aumento de la percepción de salud en este grupo poblacional, considerado prioritario en el Programa Nacional de Atención Primaria de Salud.

En los tres grupos etarios se observó que la percepción de la influencia de la comunidad sobre sus estados de salud era negativa. Al respecto, mediante la entrevista se supo que el parecer de los entrevistados era “las condiciones higiénicas del barrio son malísimas” (anciano de 65 a 70 años), “este barrio queda lejísimo de los principales hospitales” (anciano de 80 y más años) y “algunas de las personas que viven en este barrio son desconsideradas con los demás vecinos” (anciano de 65 a 70 años).

Para otros la influencia era positiva en tanto “la doctora de la familia vive cerca” (anciano de 65 a 70 años) y “no hay tanta contaminación como en otros lugares por donde pasan muchos carros” (anciano de 71 años).

Discusión

Los resultados de la investigación permitieron afirmar la existencia de una representación social del estado de salud en la población estudiada y efectuar una caracterización de esta.

Con referencia a lo anterior, los estados emocionales como el miedo y la inseguridad, junto a la importancia que le daban al estado de salud, formaron parte del núcleo figurativo del estado de salud cuando este no era positivo, y resultaron los elementos más sólidos y estables en la estructura de la representación.

El estado de salud ha sido referido por un gran número de sujetos como un proceso de gran importancia. Concebir el estado de salud en términos de importante, da la medida de que los sujetos toman una posición integradora, que concibe dicho proceso no solo desde el punto de vista de la necesidad, sino también desde su importancia para la vida.^(8,9,10)

El campo representacional está conformado por un conjunto de elementos. Entre los más cercanos y con tendencia a formar parte del núcleo figurativo están la automedicación si existe algún malestar (como práctica fundamental), los factores de tipo económico y de alimentación, la percepción de que el estado de salud actual es negativo, la presencia de dolor como razón principal de asistencia a la consulta médica, la demanda de consulta médica por motivos de urgencia y la mayor influencia de la pareja y los vecinos para preservar un estado de salud positivo. Se consideró que el primer elemento tiene tendencia a formar parte del núcleo figurativo de la representación, debido al elevado número de sujetos que la señalaron en el cuestionario.

De igual manera, la necesidad de un estado de salud positivo estuvo presente en los resultados de las dos técnicas y se encontraba más cercana al núcleo figurativo que el

resto de las categorías. Esta tendencia se debía, además, a la relación y complementación entre la importancia y la necesidad del estado de salud.

Otras categorías que formaron parte del campo representacional fueron la automedicación, la consulta del médico como único método de conservar un adecuado estado de salud y el aguante de la molestia o el dolor hasta que estos pasaran. Los contenidos que se incluyeron entre estos elementos eran gran importancia, pues, aunque no forman parte del núcleo figurativo, eran facilitadores de actitudes negativas en relación con el estado de salud.

Para caracterizar las representaciones sociales es importante conocer la procedencia de la información que poseen los sujetos sobre el objeto de representación, que en este caso era el estado de salud.^(11,12,13)

Se observó que gran cantidad de la información que poseían los integrantes de esta serie sobre el estado de salud procedía fundamentalmente de los saberes y las experiencias acumuladas y de los medios de comunicación (televisión, radio, prensa y redes sociales). Otra forma en la que adquirieron información fue a través de la comunicación social y de la observación de terceras personas en el entorno social (familia, amigos y personas que los rodeaban).

No se puede hablar en sentido general de una actitud activa y favorable hacia el mantenimiento de un adecuado estado de salud en la población estudiada, pues muchos sujetos se comportaban pasivamente, e incluso en contra de su propia salud.

Cabe referir que no existe concordancia entre lo que es el estado de salud de una persona y la representación social que de él tienen estos sujetos. Los ancianos veían esta categoría como un indicador que solo tiene en cuenta la presencia de enfermedades somáticas o no, que depende exclusivamente de la gestión del médico en su consulta y la marcada relevancia de factores socioeconómicos que dificultan la conservación de un estado adecuado de salud.

Aunque no resultaron significativas, existieron algunas diferencias en la estructura de la representación social por grupo etario. El núcleo figurativo de los ancianos entre 65 y 70 años estuvo determinado por la importancia que estos le atribuían a un adecuado estado de salud, mientras que en los dos grupos restantes el núcleo lo formaron los

sentimientos y las emociones negativos que experimentaron cuando su estado de salud no era bueno.

Las diferencias en el campo representacional se basan en la jerarquización de los elementos que la componen.^(4,5)

En este sentido, en los dos primeros grupos etarios, la automedicación, la consulta del médico como único método de conservar un adecuado estado de salud y el aguante de la molestia o el dolor hasta que estos pasaran, constituyeron el campo. Para los ancianos de edades superiores el campo se compuso por la importancia y necesidad de conservar un estado de salud adecuado y la hospitalización como indicador de que el estado de salud no era positivo.

Por su parte, en los adultos con edades de 65 a 80 años no se observó una actitud activa y favorable hacia el mantenimiento de un adecuado estado de salud, pues muchos sujetos se comportaban de manera pasiva y de manera no intencional atentaban contra su propia salud. En los ancianos mayores de 80 años el comportamiento hacia la conservación de un estado de salud positivo fue aun más pasivo, atendiendo a la marcada dependencia de la familia o de la institución de salud.

Pudo concluirse que la representación social del estado de salud se caracteriza por un núcleo figurativo constituido por la importancia que le atribuyen los ancianos a esta categoría, comprendida como la ausencia de enfermedades somáticas o no; por los estados emocionales, como el miedo y la inseguridad que genera el no poseer un adecuado estado de salud, alrededor de este último se encuentran los elementos que conforman el campo representacional, que son los factores de tipo económico y de alimentación, la demanda de los servicios médicos por motivos de urgencia y la mayor influencia de la pareja para preservar un adecuado estado de salud.

La información de los sujetos sobre el objeto de representación provenía de experiencias y saberes acumulados a través de los medios de comunicación, el personal de salud y, de forma vivenciada, por la comunicación social y la observación. Sin embargo, en general la actitud no era favorable hacia el mantenimiento de un adecuado estado de salud, pues el comportamiento era pasivo y, de esta manera, se atentaba contra la propia salud.

Por último, existieron diferencias en la estructura de la representación social por grupo etario y el núcleo figurativo se mostró estable para los adultos en las edades de 65 a 80 años y en los de más de 80 años, quienes tomaron elementos del campo representacional.

Referencias bibliográficas

1. López R, Deroncele A, Cardero K, Legrá K. Inclusión, vulnerabilidad y pobreza. Factores socioculturales para su comprensión desde comunidades santiagueras. En: Santana González Y. Herramientas para la intervención psicosocial en el desarrollo humano en el oriente cubano, desde una perspectiva integradora. Múnich: GRIN Verlag; 2017.
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública; Dirección de registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2017. La Habana: MINSAP; 2018 [citado 17/05/2018]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Espa%C3%B1ol-2017-ed-2018.pdf>
3. Corvalán F. 50 años de Representaciones Sociales y Psicología: Campo Psy, bifurcaciones y desafíos. ECOS. 2013 [citado 17/05/2018]; 3(1). Disponible en: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/viewFile/1055/823>
4. Jodelet D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: Moscovici S. Psicología social II. Pensamiento y vida social. Barcelona: Ediciones Paidós; 1986. p. 469-93.
5. Nieves A. Acercamiento a la relación drogadicción/representaciones sociales en jóvenes caboverdianos [tesis doctoral]. Santiago de Cuba: Universidad de Oriente; 2012.
6. De Freitas MC, Ferreira MA. Vejez y persona anciana: representaciones sociales de adolescentes escolares. Rev Latino-Am Enfermagem. 2013 [citado 17/05/2018]; 21(3). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/es_0104-1169-rlae-21-03-0750.pdf

7. Guerrero N, Yépez MC. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Universidad y Salud*. 2015 [citado 14/01/2018]; 17(1): 121-31. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a11.pdf>
8. Tello-Rodríguez T, Varela-Pinedo L. Fragilidad en el adulto mayor: detección, intervención en la comunidad y toma de decisiones en el manejo de enfermedades crónicas. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2016 [citado 14/01/2018]; 33(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200019
9. Weisz, C. Imaginario, representación social y construcción identitaria en la Cooperativas Sociales. *Actas de XV Jornadas Psicología de las Organizaciones y el Trabajo*; 4-5 septiembre 2014; Montevideo, Uruguay. Montevideo: Universidad de la República Uruguay; 2014.
10. Quiñones M, Supervielle M, Acosta M. Introducción a la Sociología Cualitativa. Fundamentos epistemológicos y elementos de diseño y análisis. 2 ed. Montevideo: Universidad de la República Uruguay; 2017 [citado 17/05/2018]. Disponible en: <http://udelar.edu.uy/eduper/wp-content/uploads/sites/29/2017/07/introsocdos.pdf>
11. Araújo AM. Todos los tiempos, el tiempo. Montevideo: Psicolibros; 2013.
12. Navarro Carrascal O, Restrepo Ochoa DA. Representaciones Sociales: perspectivas teóricas y metodológicas. *CES Psicol*. 2013 [citado 17/05/2018]; 6(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802013000100001
13. Maciel Rivero AC. Personas adultas mayores: representaciones sociales sobre la soledad y su incidencia a la hora de precisar cuidados. Un estudio cualitativo en la ciudad de Montevideo [tesis de grado]. Montevideo: Universidad de la República Uruguay; 2015 [citado 17/05/2018]. Disponible en: https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_cecilia_maciel.pdf

