

Prácticas autogestivas colectivas y estrategias de autoprotección en salud.

Sopransi, María Belén.

Cita:

Sopransi, María Belén (2005). *Prácticas autogestivas colectivas y estrategias de autoprotección en salud. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-051/317>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ewYf/Yz0>

PRÁCTICAS AUTOGESTIVAS COLECTIVAS Y ESTRATEGIAS DE AUTOPROTECCIÓN EN SALUD

Lic. Sopransi, María Belén
Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. UBACyT

Resumen

La presente investigación participativa con el Movimiento de Trabajadores Desocupados (MTD) de la zona sur del conurbano bonaerense se enmarca en la Psicología Social Comunitaria Crítica; es un estudio exploratorio descriptivo sobre las estrategias de autoprotección en salud. Se realiza una comparación de dos grupos: participantes en una asamblea y participantes de un taller de salud. Las estrategias de autoprotección en salud están referidas al autocuidado, a la evitación de situaciones que ponen en riesgo la salud y a la capacidad de elección y negociación intergenerativa. Los objetivos son: 1- relevar las estrategias de autoprotección en salud y el registro de necesidades en ambos grupos, 2- comparar las estrategias de autoprotección y el registro de necesidades en salud entre quienes participan en las áreas de salud y el conjunto del MTD, 3- identificar obstáculos simbólicos y materiales en la prevención y promoción de la salud, y 4- promover el fortalecimiento de las prácticas en salud, propiciando la transferencia técnica entre movimientos sociales y Universidad Pública. Se combinan técnicas cuali-cuantitativas de recolección y análisis de datos, y triangulación de fuentes e instrumentos asistida por Atlas Ti. El trabajo brinda información sobre las estrategias de autoprotección de la salud de la población abordada.

Palabras Clave

autoprotección movimientos-sociales salud psicología-social-comunitaria

Abstract

SOCIAL MOVEMENTS AND SELF-PROTECTION STRATEGIES ON HEALTH

From the view of Community and Critical Psychology, the present participative investigation is a comparative study of self-protection strategies on health of participants of Unemployed Workers Movement in Grand Buenos Aires. The purpose is to establish the differences in the self-protection strategies and need's registry by comparing two groups: assembly's participants and health area participants. The self-protection strategies in health refer to: self-care, avoiding risk situations, election capability and inter-gender negotiation. The Unemployed Workers Movement shows as a heterogeneous space of participation and autonomy experiences. They are in the middle of a change process to democratic alternatives. The purpose is to bring information from the actual context that promote preventive and promotional strategies on collective health.

Key words

social-communitarian-psychology health social-movements self-care

Introducción

El proceso de salud-enfermedad es "la síntesis de un conjunto de determinaciones que operan en una sociedad concreta y que producen en los diferentes grupos la aparición de riesgos o potencialidades características, las cuales a su vez se manifiestan en la forma de perfiles de enfermedad o de salud" (Breihl y Granda, 1985). Castellanos (1991) ha propuesto un modelo que incorpora la categoría de condiciones de vida como expresión particular de los procesos generales de reproducción de la sociedad, actuando como mediador entre el modo de vida de la sociedad y la situación de salud de un grupo poblacional específico. Como resultado de la dinámica de las condiciones particulares de vida de un grupo de población, su articulación con el proceso general reproductivo de la sociedad y las acciones de respuesta social ante los procesos conflictivos, se produce un balance que se expresa en problemas de salud y bienestar o la ausencia de ellos.

Las estrategias de autoprotección están vinculadas al concepto de autoeficacia (Bandura, 1977). La autoeficacia es definida como las creencias en la propia capacidad para organizar y ejecutar las acciones requeridas para manejar situaciones. Para Baessler y Schwarzer (1996), la autoeficacia determinará las estrategias y el estilo de afrontamiento, y la capacidad resiliente. Las estrategias de autoprotección en salud están referidas al autocuidado, a la evitación de situaciones que ponen en riesgo la salud (enfermedades, conductas autodestructivas, violencias, etc.) y a la capacidad de elección y negociación intergenerativa. Ayudan a las personas a vencer al ambiente externo dominante y reemplazarlo por una planificación y un control interno (Pope, 1996).

Desde el paradigma de la Psicología Social Comunitaria Crítica se abordan valores de autodeterminación y justicia distributiva y prácticas de empoderamiento ante la opresión y subordinación de clase, género y etnia. El registro de las necesidades y la desnaturalización de las condiciones de salud promueven el derecho a la salud, la equidad de género y el ejercicio de ciudadanía. La visualización y la generalización de las estrategias de autoprotección en salud, construidas desde la perspectiva de los actores-autores involucrados, se presentan como posible intervención preventiva y comunitaria en la salud de esta población propiciando procesos autónomos de cuestionamiento, concientización y cambio.

La presente investigación participativa con el Movimiento de Trabajadores Desocupados (MTD) de la zona sur del conurbano bonaerense es un estudio exploratorio descriptivo sobre las estrategias de autoprotección en salud. Se realiza una comparación de dos grupos: participantes en una asamblea del MTD y participantes de un taller de formación de agentes promotores en salud del MTD.

Los objetivos del presente trabajo son: 1- relevar las estrategias de autoprotección en salud y el registro de necesidades en ambos grupos, 2- comparar las estrategias de autoprotección y el registro de necesidades en salud entre quienes participan en las áreas de salud y el conjunto del MTD, 3- identificar obstáculos simbólicos y materiales en la prevención y promoción de la salud, y 4- promover el fortalecimiento de las prácticas en salud, propiciando la transferencia técnica entre movimientos sociales y Universidad Pública.

La metodología utilizada en la presente investigación combina

técnicas cualitativas (entrevistas en profundidad, grupos focales, observación participante) y cuantitativas (encuestas colectivas, relevamiento documental) de recolección y análisis, y la triangulación de fuentes e instrumentos asistida por el procesador Atlas Ti.

Población

La población abordada (N=98) participa del MTD autónomo de zona sur del conurbano bonaerense. La autonomía de la organización está definida por la no vinculación a partidos políticos, Iglesia, sindicatos u otras instituciones estatales.

Se seleccionaron dos grupos de integrantes del MTD para realizar el estudio comparativo, el primero corresponde a participantes de una asamblea general de la organización y el segundo a participantes del taller de formación de agentes promotores en salud (los datos fueron relevados previo al inicio del taller).

Dentro del grupo 1 (N1=44) la distribución por género es 61,3% de mujeres y 38,7% de varones, y por franjas etáreas: 31,8% de 21 a 35 años, 34,2% de 36 a 50 años, 29,5% de 51 a 65 y 4,5% mayores de 65 años.

Dentro del grupo 2 (N2=54) la distribución por género es 77,3% mujeres y 22,7% varones, y por franjas etáreas: 18,5% menor a 21 años, 57,4% de 21 a 35 años, 18,5% de 36 a 50 años y 5,6% de 51 a 65.

La presente investigación está guiada por una ética relacional. Se resguardan los derechos, intereses, sensibilidad, privacidad y confidencialidad de los actores participantes dentro del proceso y en la difusión de los resultados.

Grupo 1 (G1): Participantes de la asamblea del MTD

En relación a las respuestas relevadas sobre estrategias de autoprotección en salud (n=53), el 18,9% corresponde al cuidado en la alimentación (seguir dietas prescriptas, comer variado, incluir frutas y verduras en las comidas, comer sin sal, etc.), el 11,3% refieren a ir al médico en caso de enfermedad, el 11,3% están relacionadas con realizar chequeos periódicos de la salud, el 9,4% definen las estrategias por la negativa (no fumar, no drogarse, no tomar alcohol, no automedicarse, no excederse en las comidas, moderarse, etc.), el 5,7% están vinculadas al consumo de medicación (prescripta y autoindicada de venta libre -vitaminas, hierro, etc.-), el 3,8% destacan la importancia de la prevención y la información sobre la salud, el 17% agrupa respuestas diversas (realizar controles ginecológicos, higiene personal y del hogar, seguir los tratamientos prescriptos, hacer una vida natural, practicar deportes, tomar mate, hacerse análisis clínicos, etc.). Un porcentaje importante de respuestas (22,6%) refieren no hacer nada para el cuidado de la salud, la razón principal enunciada es que por falta de tiempo sólo se acciona ante la urgencia.

En relación a los controles de la salud (n=43), el 53,8% de las mujeres refiere realizarlos (con una distribución proporcional por franja etárea), mientras que contestan afirmativamente el 35,2% de los varones (especialmente los mayores de 65). La frecuencia promedio de realización de controles es 3,3 meses, la cifra ajustada es de 4,8 meses (descartando los casos de controles por tratamientos prolongados: várices, diabetes, hipertensión, etc.). Sólo el 7,7% de las mujeres y el 5,9% de los varones dicen realizarlos en caso de sentirse mal. Es significativa la omisión de controles de la salud en los varones (58,9%).

El control ginecológico es realizado periódicamente por el 55,5% de las mujeres (53% corresponde a la franja etárea de 21 a 35 años y alude a cuestiones relativas al embarazo y la maternidad). La frecuencia promedio con que se realizan controles ginecológicos es de 8 meses. Del 44,4% que no lo realiza, 75% corresponden a mujeres entre 38 y 62 años. Esta situación vulnerabiliza a las mujeres adultas frente a problemáticas como el cáncer de útero y delimita un grupo importante en riesgo. Las razones de la omisión de controles ginecológicos están asociadas a: dificultad en el acceso (50%, falta de turnos, falta de dinero para viáticos, falta de tiempo para obtener turnos,

etc.), creencia acerca de que las mujeres mayores no necesitan realizar esos controles (10%), no notar ningún síntoma físico que indique la necesidad de control ginecológico (10%), aún no ha realizado su primer consulta ginecológica (10%, mujeres entre 21 y 23 años).

Con respecto al consumo de medicamentos prescriptos por tratamientos (tanto de los participantes del MTD como algún integrante familiar), el relavamiento muestra que el 35,7% corresponde a psicofármacos (prescriptos por esquizofrenia, demencia senil, epilepsia), el 14,3% a medicamentos broncodilatadores (niños con asma), el 14,3% a insulina (adultos diabéticos), 14,3% a medicamentos para la circulación (adultos). El 40% refiere conseguir los medicamentos en el hospital público, el 26,7% los compra y el 13,3% por la obra social (PAMI). Los datos correlacionan con una exploración anterior (Sopransi, Veloso, Sasia y Udrisard, 2003).

En referencia al acceso a métodos de prevención de VIH-SIDA (n=34), el 41,2% opina que se consiguen preservativos en el centro de salud del barrio (45,4% mujeres entre 21 y 35 años). El 58,8% dice no tener acceso (con un alto porcentaje de varones jóvenes). Con respecto al acceso a métodos de prevención del embarazo no deseado, el 47% señala que los centros de salud brindan charlas sobre planificación familiar, preservativos y anticonceptivos (27,3% mujeres jóvenes nombran los anticonceptivos). Con respecto a las estrategias utilizadas por los que no tienen acceso, las principales son la gestión desde el área de salud del MTD y la compra individual.

Grupo 2 (G2): Participantes del taller de formación en salud
En referencia a las respuestas relevadas sobre estrategias de autoprotección de la salud (n=166), las principales han sido: 17,5% relativas al cuidado en la alimentación (equilibrio en la dieta, comer alimentos sanos, el 10,3% señala las restricciones en la dieta por problemas de dinero), 17,5% chequeos periódicos de la salud, el 15,7% relacionadas a la prevención y la información sobre la salud (53,8% prevenir, evitar contagios y situaciones riesgosas para la salud, mantenerse sano -este subgrupo contiene el 25% de las respuestas totales de los varones y el 13,4% de las respuestas totales de las mujeres-, 38,5% informarse, educarse para la salud, 7,7% vacunación), 10,8% cuestiones relativas a la salud mental (77,7% sentirse bien con uno mismo, disfrutar sin excesos, quererse, cuidarse como persona, prestarse atención, procurarse tranquilidad, saber lidiar con los problemas, tener buenos hábitos, 22,3% buscar apoyo, construir relaciones interpersonales, redes y organización -este subgrupo de respuestas fueron exclusivas de mujeres-), 9,6% practicar deportes, 6% higiene personal, del hogar y del hábitat (las respuestas fueron exclusivas de mujeres), 6% estrategias por la negativa (no fumar -especialmente en lugares cerrados-, no drogarse, no tomar alcohol, no automedicarse, no excederse en las comidas), 4,8% acceso a los servicios de salud y a una buena alimentación, 3,6% ir al médico en caso de enfermedad, 1,8% seguir los tratamientos prescriptos, 1,8% tomar medicamentos, 1,2% rescatar la medicina alternativa. El 3,7% agrupa respuesta diversas: realizar análisis clínicos, controlar el peso, usar preservativos, ir al dentista, abrigarse, controles ginecológicos.

Análisis comparativo

Las respuestas sobre estrategias de autoprotección de la salud emitidas por el G1 fueron agrupadas en 13 categorías, mientras que las respuestas de G2 fueron agrupadas en 18 categorías (una con 2 subgrupos y otra con 4). La cantidad promedio de respuestas sobre estrategias de la salud para G1 es 1,2 por persona (1,1 para varones y 1,25 para mujeres), para G2 es 3,1 por persona (3,2 para varones y 3 para mujeres). La diferencia cuantitativa correlaciona con el análisis cualitativo de los datos corroborando la mayor riqueza de las respuestas de G2 en relación a la cantidad, variedad y profundidad. Las respuestas de G2 otorgaron mayor relevancia a cuestiones relacionadas con la prevención y la promoción de la salud, a la

salud mental, al ejercicio físico, a la higiene personal, del hogar y del hábitat. Ambos grupos presentaron porcentajes similares en las cuestiones relativas al cuidado en la alimentación, los chequeos periódicos de la salud y en acudir al médico en caso de enfermedad (esta categoría podría estar relacionada con no automedicarse). G1 presenta un porcentaje elevado de respuestas que refieren no hacer nada para cuidar la salud, mientras que en G2 no existen respuestas de ese tipo.

Las respuestas espontáneas que incluyeran el uso del preservativo como estrategia de autoprotección de la salud fueron mínimas en ambos grupos. Aunque el entrecruzamiento de los datos indica conocimiento del método tanto en G1 como en G2. El mismo esquema de análisis es válido en relación a controles ginecológicos y prevención del embarazo no deseado. Las respuestas de G2 esbozaron un análisis más crítico respecto de la situación socio-sanitaria. En este sentido se remarcaron especialmente cuestiones ligadas al acceso a los servicios de salud (cobertura real y buena atención) y a una dieta acorde a las etapas de desarrollo. En la comparación resulta significativa la diferencia en relación al desarrollo de la conciencia sanitaria.

Comentarios finales

Muchas veces cuando se analizan datos para difundir resultados y cuando se lee la difusión de esos resultados se pierde la dimensión subjetiva de todos aquellos que participan en el proceso, queda oculto el hecho de que esos datos son voces y cuerpos de personas, así como este trabajo es mi voz. Como testigo implicada en el MTD acerco algunas de esas voces que denuncian los obstáculos simbólicos y materiales que coartan su derecho a la salud:

“A veces para algunos es imposible, realizarse una mamografía vale \$25.- y así el resto de las cosas que nos permiten saber si estamos o no sanos” (compañera del MTD, 29 años). “La gente se mantiene sana como puede. En estos tiempos sale caro llevar una vida sana” (compañero del MTD, 21 años). “Creo que en estos tiempos que estamos viviendo es difícil no enfermarse, todo puede llegar a enfermarte, la falta de trabajo” (compañera del MTD, 22 años). “En la situación actual en la que se encuentra el pueblo, la gente trata de sobrevivir” (compañera del MTD, 55 años). “Con los \$150.- uno come lo que tiene a su alcance” (compañera del MTD, 45 años). “Tenemos que luchar contra el hambre y la miseria” (compañero del MTD, 23 años). “En este momentos para mantenerse sana la gente trata de buscar maneras de ‘resistir’, ya que para mí en las condiciones actuales no se puede” (compañero del MTD, 24 años). “Para cuidar la salud hay que comer todos los días” (compañera del MTD, 28 años).

El hecho de que el MTD cuente con un grupo de compañeras y compañeros comprometidos con el derecho a la salud es sumamente alentador. Esto da cuenta de ciertos aspectos de la resiliencia comunitaria, el organizarse colectivamente se convierte en una estrategia de autoprotección de la salud. El impacto de estas experiencias se evidencia a través de su trabajo concreto en territorio, de la gestión conjunta frente al Estado de los bienes necesarios para la reproducción material de los colectivos, y de la posibilidad de inclusión de temas relevantes para la comunidad en la agenda pública, incidiendo en el diseño de políticas sociales y promoviendo nuevas formas de ejercer ciudadanía y habitus (Bourdieu y Wacquant, 1995) instituyentes. Desde la Universidad Pública es una obligación fortalecer y colaborar en todas las acciones que los sectores excluidos organizados y autodeterminados realizan cuando deciden defender su derecho a la salud. Es parte de una lucha más amplia por la autonomía social y la democracia verdaderamente participativa. A través de una praxis conjunta se constituye esa relación dialéctica y enriquecedora entre Movimientos Sociales y Universidad Pública.

BIBLIOGRAFÍA

- Agamben, G.: Lo que queda de Auschwitz. El archivo y el testigo, Pre-Textos, Valencia, 2000.
- Bandura, A.: “Guía para la construcción de escalas de autoeficacia”, Universidad de Stanford, Traducción de Olaz, F. Pérez, E. y Silva M., Universidad Nacional de Córdoba, 2001.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L.: Respuestas: por una Antropología Reflexiva, Grijalbo, México, 1995.
- Breihl, J. y Granda, E.: “Producción y distribución de la salud-enfermedad, como hecho colectivo”. En Investigación de la salud en sociedad, CEAS/ Fundación Salud y Sociedad, Bolivia, 1985, págs. 45-64.
- Castellanos, P.L.: Sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida y el impacto de las acciones de salud y bienestar, OPS/OMS, Washington DC, 1991.
- Ferrara, F.: Más allá del corte de rutas. La lucha por una nueva subjetividad, La rosa blindada, Buenos Aires, 2003.
- Pope, A.W., Mejora de la autoestima en niños y adolescentes, Barcelona, Martínez Roca, 1996.
- Sopransi, M.B. y Veloso, V.: “Contra la subjetividad privatizada: la creación de lo colectivo. Praxis desinstitucionalizadora desde los piquetes”, en Revista Herramienta, N° 27, Año IX, págs. 86 a 105, Buenos Aires, 2004.
- Sopransi, M.B., Veloso, V., Sasía, R., Udrisard, G.: “Nuevos Movimientos Sociales y Salud. Estudio acerca de la percepción de la salud y la atención sanitaria en Movimiento de Trabajadores Desocupados (M.T.D.) de zona sur del Gran Buenos Aires”, Memorias de las X Jornadas de Investigación “Salud, educación, justicia y trabajo”, Tomo I, Fac. de Psicología-UBA, Buenos Aires, 2003, págs. 459-462.
- Zaldúa, G.: Proyecto de Investigación UBACyT P058 “Praxis Psicosocial Comunitaria en Salud”, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 2004.