

El contenido de esta obra es una contribución del autor al repositorio digital de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, por tanto el autor tiene exclusiva responsabilidad sobre el mismo y no necesariamente refleja los puntos de vista de la UASB.

Este trabajo se almacena bajo una licencia de distribución no exclusiva otorgada por el autor al repositorio, y con licencia Creative Commons – Reconocimiento de créditos-No comercial-Sin obras derivadas 3.0 Ecuador



Nueva visión de la salud familiar y su determinación

Jaime Breilh

2002

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

CURSO INTERNACIONAL “DIFICULTADES DEL DESARROLLO DE LA INFANCIA Y LA FAMILIA (Noviembre 11 del 2002)

“NUEVA VISION DE LA SALUD FAMILIAR Y SU DETERMINACIÓN”

Dr. Jaime Breilh, Md. PhD.¹

La investigación en el campo de la salud ha experimentado grandes avances en las últimas décadas. Los nuevos descubrimientos en las ciencias básicas e innovaciones terapéuticas y tecnológicas en campos como el de la ingeniería genética, biología molecular, la electrónica, o en áreas como las de la tecnología digital, teleinformática médica y los hipermedia, han elevado las potencialidades curativas de la ciencia occidental. Pero ese no es el único tipo de logros que se han dado, pues además de esa formidable cadena de descubrimientos, aparecen también en el horizonte de la investigación de este nuevo milenio avances cruciales de la Medicina Social, así como una novedosa corriente científica que está logrando superar la desconexión entre la llamada Ciencia Occidental y el conocimiento acumulado en los “otros saberes” y con eso ha despertado novedosas y muy eficientes formas de integración del conocimiento humano sobre la salud que permite una construcción participativa e intercultural del quehacer científico.

El primer argumento que deriva de esas premisas para el conocimiento de la salud familiar es la necesidad de articular un nuevo modelo de investigación que incorpore todas esas nuevas potencialidades; una época de reencuentro de las distintas formas de saber, sin que ninguna pretenda colocarse en posición de superioridad, ni asumirse como criterio de verdad respecto al resto.

En el marco de esa intensa reformulación metodológica que ahora se discute en los foros más avanzados de la ciencia, se reaviva en la actualidad la inquietud por articular mejor las herramientas que ofrecen las disciplinas de la llamada salud colectiva –también conocida como medicina social o nueva salud pública-. Disciplinas como la epidemiología crítica, ofrecen un novedoso panorama para integrar los recursos de las ciencias sociales y las ciencias naturales en el estudio de la determinación de la salud. La idea que subyace es la necesidad de superar el triple reduccionismo que caracteriza la mirada médica convencional: reducción de la salud a su expresión negativa la enfermedad; reducción de la realidad en salud al plano de los fenómenos empíricamente observables, relegando el plano de los procesos que los generan y explican; y finalmente, la reducción de la lógica de la investigación a una lógica de fragmentación de la realidad y de asociación de dichos fragmentos como forma de entender la causalidad de los mismos (como puede verse en la figura N°1).

¹ Director Ejecutivo del CEAS y Presidente del CINDES; jbreilh@ceas.med.ec

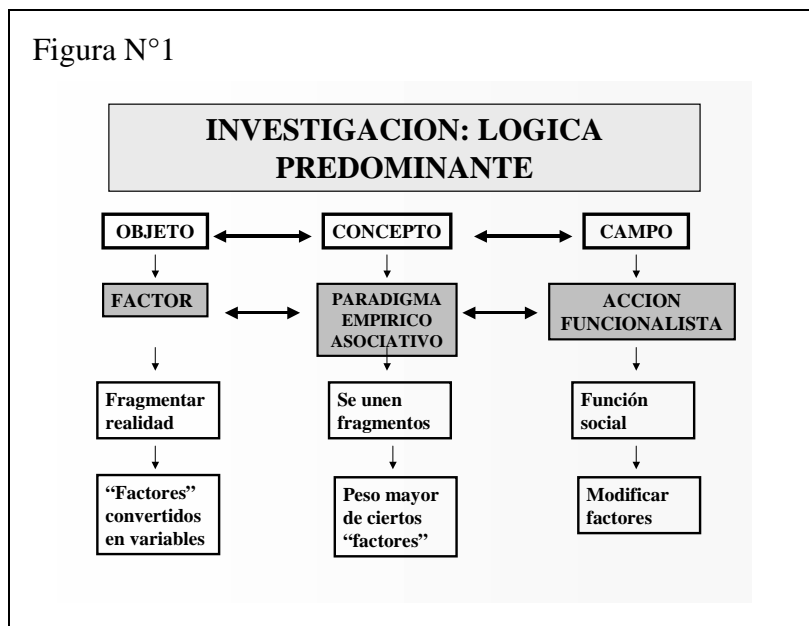
La salud familiar convencionalmente ha sido mirada desde esa óptica reduccionista y, más aún, la mayor parte de estudios se caracterizan por una visión psico-cultural, que reduce aun más el espectro de los análisis, y en la cual se resaltan los fenómenos micros sociales, de carácter cultural o psicológico, pero descontextualizándolos.

No pretendemos negar la importancia de las expresiones cotidianas de la cultura familiar, ni tampoco los componentes y relaciones psicológicos que intermedian las crisis de una familia, pero el problema es que ese tipo de relaciones no se

explican por sí mismas, y se requiere un enfoque integral que eslabone, por un lado dichas relaciones con aquellas que ocurren en los grupos sociales particulares de la forman parte las familias y, por otro, que integre la comprensión de las crisis individuales y familiares con los procesos críticos que ocurren en la sociedad en su conjunto.

Dicho de otro modo, las crisis familiares son multidimensionales: una parte de ellas se muestra y explica en el *dominio singular* de la familia con sus estilos de vida propios; otra parte de éstas se desenvuelve y explica en el *dominio particular* de los grupos sociales con sus modos de vida; y otra parte, se desarrolla en el *dominio general* de la totalidad social. Y es precisamente esa complejidad de nuestro objeto de estudio que no puede ser trabajada desde una perspectiva lineal, empírica y reduccionista. Además, en todos y cada uno de esos dominios existen, aun en los peores momentos de crisis, determinadas condiciones protectoras y defensas sociales. Lo que quiere decir que la lógica de comprensión de la crisis tiene que ampliarse para abarcar no sólo la relación entre procesos humanamente destructivos y generadores de crisis, sino procesos benéficos y soportes que ayudan a enfrentar las crisis.

No existe por tanto, una crisis apenas “intrafamiliar”, sino que los procesos críticos de una familia se hallan conectados con los procesos de su clase social, de su grupo étnico y también con los de los géneros involucrados. Tampoco existe un solo tipo de crisis de la familia, que pueda generalizarse, ya que en una misma sociedad, las contradicciones e impactos no son idénticos en diferentes sectores sociales. Aunque todas las familias comparten ciertos procesos críticos de la sociedad general que afectan a todos los grupos, sin embargo el contenido y la severidad de las crisis, así como la disponibilidad de defensas sociales y recursos de afrontamiento pueden ser muy diferentes



De lo dicho se desprende que no tiene sentido hablar de un solo tipo de crisis de la salud familiar sino que, en cada sociedad y región, deberán encontrarse las versiones típicas de la crisis que ocurren en los diferentes contextos de clase, de situación etno-cultural y relaciones de género.

MODO DE VIDA Y CRISIS DE LA SALUD FAMILIAR

En años recientes se ha esclarecido la diferencia entre la salud individual y la salud colectiva. La **salud individual** corresponde a un *objeto* que es la salud de una persona con su problema individual; un *método* que es método clínico terapéutico; y un *campo práctico* que ocurre en escenarios como el hospital o el consultorio y que abarca tanto las acciones asistenciales, curativas y preventivas individuales. La **salud colectiva**, en cambio, corresponde a un objeto que es el perfil de salud de uno o varios grupos; un método que es el método epidemiológico; y un campo práctico que es la prevención social (que opera sobre procesos de la vida social y no sobre personas) y la promoción de la salud.

A pesar de que los escenarios y las lógicas de lo social y lo clínico tienen particularidades marcadas, no podemos olvidar que la salud humana colectiva e individual forman parte de una misma realidad interrelacionada, en la que la investigación de la salud separa sólo con fines analíticos los fenómenos.

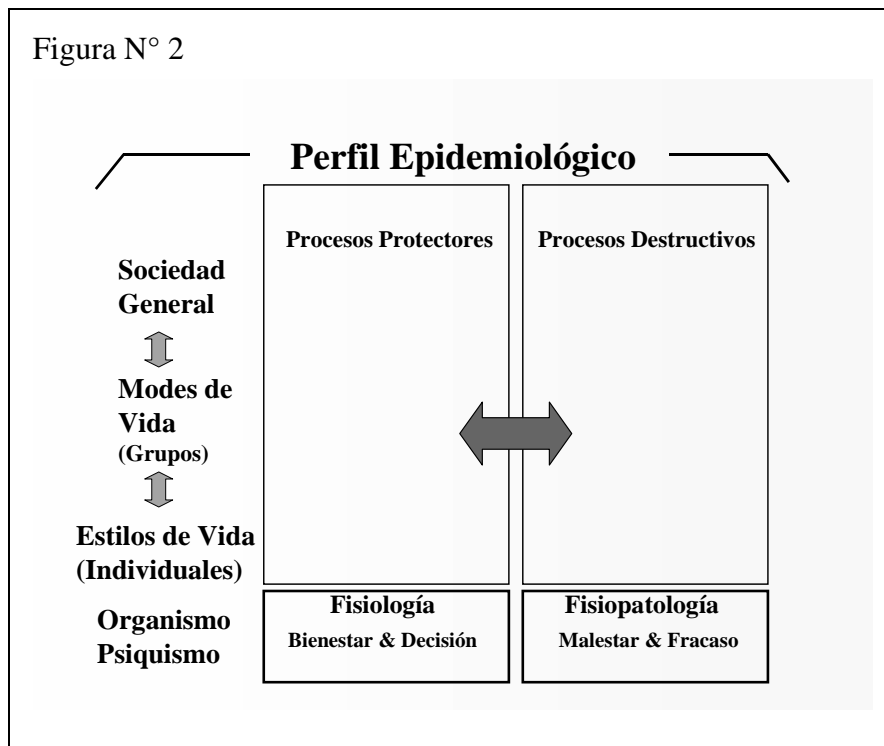
Al realizar una investigación sobre la salud familiar y su crisis deben tomarse en cuenta esos dominios y relaciones si se quiere conocer la realidad en su integralidad y, como en todo procedimiento científico, debe delimitarse sin ambigüedad el objeto de estudio, pero sin desarticularlo del conjunto de relaciones del que forma parte. En otras palabras, cuando se trata de una investigación clínica (de carácter médico o psicológico) enfocamos primordialmente el dominio singular, pero debemos entender que los fenómenos de la salud personal y familiar, que los estilos de vida que operan en la determinación individual de la salud y sus crisis, no ocurren en un espacio vacío, sino en el rico territorio o escenario de los modos de vida y condiciones sociales más amplias; y viceversa, cuando realizamos una investigación epidemiológica, debemos entender que las relaciones más amplias se expresan en fenómenos y condiciones personales, que no son simples reflejos pasivos sino procesos activos que participan en la definición de esas condiciones de salud más amplias o generales.

En ese sentido, uno de los aportes de la epidemiología crítica para el estudio de las crisis de la salud familiar son las categorías perfil epidemiológico y modo de vida.

Perfil Epidemiológico y Modo de Vida

La categoría perfil epidemiológico -cuya explicación consta en el figura N°2- nos ayuda para integrar el análisis de la salud familiar y sus crisis de manera integrada. En aquella se destaca el hecho de que los problemas que aparecen en el dominio singular (en la fisiología y el terreno del bienestar psíquico) son el producto de un complejo sistema de determinación en el que actúan tanto los procesos protectores o soportes, cuanto los procesos destructivos. En cada sociedad existen condiciones generales que son protectoras o destructivas y condiciones particulares inscritas en los modos de vida que son igualmente

protectoras o destructivas. Aquí cabe insertar una brevísima explicación de la categoría



modo de vida. El *modo de vida* está formado por un conjunto de actividades y condiciones típicas de cada clase social o grupo etno cultural, que pueden agruparse en cinco campos: 1) modo de trabajo; 2) modo de consumo; condiciones de defensa del consumo y acceso a servicios; 3) modos de organización colectiva; 4) modos de construcción de subjetividad e identidad cultural y

relaciones simbólicas; y 5) modo de relacionarse con el medio ambiente o ecología donde se vive.

Como se podrá comprender cada clase social tiene un modo de vida distinto, pero que no se construye aisladamente sino que se desarrolla bajo relaciones con las otras clases sociales en una determinada sociedad. Algunas veces esas son relaciones que implican lucha y contradicción porque el modo de vida de una clase se ve afectado por los intereses y modos de vida de otra.

Cuando una clase social y sus grupos étnicos entran en un proceso de crisis, es porque sus condiciones de reproducción se ven afectadas, lo cual determina deterioros típicos en los modos de vida y sus componentes. Dicho proceso implica el acentuamiento de los procesos destructivos y un máximo esfuerzo por alentar las defensas y soportes. Cuando las condiciones sociales determinan un debilitamiento de esas defensas, soportes y, en definitiva, recursos colectivos de afrontamiento, es cuando se maximizan las consecuencias negativas en la salud familiar.

LA SALUD FAMILIAR EN UNA ERA DE BARBARIE

Ya explicamos en este mismo evento que el período de neoliberalismo constituye una etapa de extrema rapacidad, explotación socio-económica, exclusión masiva de las clases y tenias subordinadas, empeoramiento de la inequidad de género y, en por último, de control. En esa medida, los grupos dominantes, transnacionales y nacionales, han conseguido instaurar mecanismos de violenta concentración de la riqueza material y de exclusión masiva que

desde mediados de los ochenta han producido la más acelerada pauperización de las clases medias y populares, así como de los grupos etno-nacionales subalterno, que recurren desesperadamente a la informalidad, o que se lumpenizan, o que buscan migrar. Especialmente los procesos simultáneos de disminución del salario real y de disminución del acceso a los bienes y servicios de los depende la salud, así como el correspondiente debilitamiento de una lucha organizada sustentable de las colectividades de trabajadores y comunidades, junto al impacto de los mecanismos de control cultural y de pérdida de identidad y espíritu crítico, han creado condiciones óptimas para el desencadenamiento de una profunda crisis de la familia y su salud.

Los hospitales de Buenos Aires reportan un abrupto incremento de las emergencias psiquiátricas que desbordan a los servicios y que sólo son comparables con situaciones posguerra. El suicidio y autoagresión, los casos de locura pasajera y angustia, las crisis de pánico o depresión, no sólo aumentaron en 30% en los últimos seis meses sino que han adquirido una insólita severidad. Son los indicadores de eso que antes llamamos la imposibilidad estructural de la reproducción social, que muestra su faceta más grave en las escenarios urbanos con modos de vida más solitarios y menos solidarios que en los contextos campesinos.²

Pero como lo hemos dicho antes, esos procesos generales enfrentan modos de vida distintos en diferentes clases y por eso las crisis típicas de esos grupos tienen características distintas.

Las crisis de la salud como todos los procesos de la realidad tienen una dimensión observable y otra generativa. Tienen una dimensión de los efectos observables otra de los procesos determinantes, tanto actuales como pretéritos.

A manera de un ejercicio analítico hemos insertado las expresiones observables convencionalmente reconocidas en las crisis familiares en nuestra propuesta del perfil epidemiológico, como consta en el cuadro.

DIMENSION	EXPRESIONES	SOPORTES
CRISIS OBSERVABLE	Desubicación de objetivos Tergiversación del pasado Crisis de valores Tensión, malestar Aislamiento social Angustia Somatizaciones Adicciones Crisis o ataques de pánico Depresiones reactivas Estrés sostenido Debilitamiento Mayor sugestión Deterioro afectivo, divorcio, ruptura Abandono	Sentido de la vida Contratos y recontratos Comunicación Solidaridad familiar Alianzas intrafamiliares Afectividad Lealtad

² IPS (2002). Emergencias Psiquiátricas Aumentan con la Crisis. Buenos Aires: IPS, Septiembre.

DIMENSION	EXPRESIONES	SOPORTES
	Deslealtad Morbilidad física y mental (psicosomática)	Defensas psicológicas y orgánicas
DETERMINACIÓN ACTUAL DE LA CRISIS (Reproducción social bajo modelo neoliberal)	Deterioro laboral Crisis de consumo: incluida la medicalización Falta de organización comunitaria o grupal, patrones grupales Dominación de género Deterioro de la identidad y subjetividad: subjetividad alienada, no aceptación de alteridad Deterioro ecológico	Trabajo creador y autovalorizador Consumo adecuado, servicios y soportes institucionales Organización protector, patrones grupales solidarios Equidad de género Identidad, autoconfianza y subjetividad crítica; construcción intercultural de la vida Ecología protectora
DETERMINACIÓN PRETERITA DE LA CRISIS (Historia del grupo)	Patrones sociales deteriorantes. Características negativas de la cultura	Patrones sociales solidarios Características culturales emancipadoras

El cuadro apenas insinúa las relaciones fundamentales, más como una hipótesis a trabajar y desarrollar. La idea central es no congelar la realidad en una lista de variables, en una visión lineal y sacada de contexto.