

IMPACTO DE LA CULTURA EN LA TOMA DE DECISIONES RESPECTO A LOS HÁBITOS DE CUIDADO EN SALUD DE MUJERES DESDE LOS 65 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNÓSTICO CRÓNICO CARDIOVASCULAR QUE ASISTEN AL CESFAM ANGACHILLA EN LA CIUDAD DE VALDIVIA

Karen Santana¹, Yessenia Acuña²

Palabras Clave: adultez mayor, cultura, diagnóstico crónico cardiovascular, hábitos de cuidado en salud, Modelo Kawa.

INTRODUCCIÓN

Salud cardiovascular en Chile

La presente investigación pretende analizar cómo impacta la *Cultura* en la toma de decisiones respecto a los hábitos de cuidado en salud en usuarias con diagnóstico crónico cardiovascular, que asisten al Centro de Salud Familiar Angachilla en la ciudad de Valdivia, las cuales se encuentran en la etapa vital de Adultez Tardía.

Actualmente la prevalencia de las Enfermedades Cardiovasculares se ha incrementado considerablemente a nivel Mundial, presentando altos índices de mortalidad según lo señala la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014):

La urbanización, la industrialización y la globalización que acompañan la transición económica, traen consigo cambios en los modos de vida, que propician las enfermedades

¹ Estudiante de quinto año de Terapia Ocupacional. Universidad Austral de Chile. Correo electrónico: karen.santana@hotmail.cl

² Licenciada en Ciencias de la Ocupación, Terapeuta Ocupacional. Correo electrónico: yessenia.a@outlook.com

cardíacas (...), la esperanza de vida en los países en desarrollo está aumentando de forma muy pronunciada, y las personas se ven expuestas a estos factores de riesgo durante periodos más largos. (OMS, 2014, s/p).

De esta manera, la OMS ubica la prevención y tratamiento de enfermedades cardiovasculares, como *prioridades estratégicas* dentro de su Programa de Salud Cardiovascular (OMS, 2014, s/p).

En la realidad nacional, el Ministerio de Salud (2014) señala que: “Al igual que en la mayoría del mundo, en Chile las Enfermedades No Transmisibles (ENT), son la principal causa de muerte, en las que lideran las Enfermedades Cardiovasculares (ECV)” (MINSAL, 2014, s/p).

Hasta el 2010, el Ministerio de Salud (MINSAL) ha desarrollado diversos programas a lo largo del territorio Chileno, tratando de disminuir la tasa de mortalidad, mediante acciones que aluden a la salud preventiva, como se explica en el documento Implementación del Factor de Riesgo en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) (2010).

Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2010, p. 32), las enfermedades con alta tasa de mortalidad en la población femenina son las enfermedades del sistema circulatorio y tumores malignos. Por otra parte, en relación a las enfermedades crónicas no trasmisibles, según lo señalado por el *Plan de Salud Comunal* de la Municipalidad de Valdivia (2013, p. 5), se ha observado que la hipertensión arterial, en nuestro país, es la principal causa específica de carga de enfermedad. De igual manera, este estudio indica que es el sexo femenino, quien lidera las defunciones (MINSAL, 2013, p. 16), lo cual deja en evidencia, que no ha sido posible, disminuir específicamente esta tasa de mortalidad, ya que las personas siguen presentando problemas de salud, con episodios críticos y fallecimientos.

De acuerdo a lo anterior, consideramos pertinente analizar la situación presentada, abordándola desde las Ciencias de la Ocupación, desde concepto tales como: *hábitos, rutina, roles*, entre otros. Explicando además algunos conceptos desde las Ciencias sociales, como lo es: *toma de decisiones y cultura*, conceptos desde los cuales podemos analizar la situación presentada.

Pregunta de Investigación

¿Cómo impacta la Cultura en la toma de decisiones respecto a los hábitos de cuidado de su salud en usuarias con diagnóstico crónico cardiovascular, que asisten al Centro de Salud Familiar Angachilla en la ciudad de Valdivia?

Objetivos de Investigación

a) Objetivo General

- Analizar el impacto de la Cultura en la toma de decisiones respecto a los hábitos en cuidado en salud de usuarias con diagnóstico crónico cardiovascular que asisten al Centro de Salud Familiar Angachilla en la ciudad de Valdivia.

b) Objetivo Específicos

- Describir los hábitos de cuidado en salud entendidos desde las ciencias de la Ocupación, que estén presentes en las usuarias.
- Relacionar los hábitos de cuidado en salud con las decisiones tomadas por las usuarias.
- Relacionar las decisiones tomadas por las usuarias en relación al contexto cultural, físico y social en el cual están inmersas las usuarias.
- Analizar la relación entre los hábitos de cuidado en salud, con la cultura presente en las usuarias.

Toma de decisiones

Existen ciertos factores que posiblemente intervienen al momento de *tomar una decisión*. Es así como las ciencias sociales fundamentan lo anteriormente planteado, señalando que: “aquellos antropólogos interesados en estudiar los procesos de toma de decisiones vieron la importancia de comprender los mundos conceptuales propios de las poblaciones estudiadas” (Milton, 1997, p. 481), explicando que: “las actividades humanas deben entenderse en referencia a sus objetivos y al conocimiento³ requerido para llevarlas a cabo” (Milton, 1997, p. 481). Por lo tanto, se entiende que no sólo el contexto es el que de una u otra forma influencia el comportamiento y la toma de decisiones, sino que también lo hace el conocimiento adquirido desde las propias vivencias de las personas en relación a su entorno. Más aún, Milton (1997) agrega que: “en la toma de decisiones, la causalidad quedó excluida, dando paso a la libre elección” (Milton, 1997, p. 481), de lo cual, se entiende que la toma de decisiones, no es resultado lineal de una causa, sino que influyen un sin número de factores presentes (simbólicos y afectivos) en las personas.

Cultura y hábitos de cuidado en salud

En vista de los planteamientos anteriores, la *cultura* constituye uno de los factores relevantes en la toma de decisiones en relación a los hábitos de cuidado en salud. Desde las ciencias sociales, la *Cultura* se puede entender como “el conjunto de valores, costumbres, creencias y prácticas que constituyen la forma de vida de un grupo específico” (Eagleton, 2001, p. 58).

Desde la Ciencia de la Ocupación, a la luz del Modelo Kawa el concepto de *cultura* es entendido, como “(...) una compleja interacción de significados compartidos que representan y dan formas a las vidas individuales y colectivas de las personas” (Iwama, 2006, p. 19). Por su parte, Dyck añade que la *cultura* contiene “(...) normas que forman los estándares y las reglas de comportamiento entendidas por las personas en su vida cotidiana”

³ Nota de las autoras: “Conocimiento” se utiliza aquí en un sentido amplio, para referirnos a suposiciones, creencias, valores, normas, etc.

(Dyck, 1998, citado por Iwama & Simó, 2008, p. 3). Por lo tanto, considera los aspectos culturales, invitando a nuevos modos de construir el conocimiento en Terapia Ocupacional, y propiciando un interés creciente sobre la influencia de los factores culturales en la intervención (Zamgo, Emeric, & Cantero, 2012, p. 128). Así también, Durante y Pedro (2010) plantean el concepto de *cultura* como un elemento complejo que influye en la participación ocupacional, distinguiendo aspectos como: “el contexto natural y físico en el que se desenvuelve la persona, las normas sociales y culturales en las que se ve inmerso, las interacciones sociales y los sistemas social y económicos de los que depende y en los que participa” (Durante & Pedro, 2010, p. 18).

Finalmente, Zamgo, Emeric, & Cantero (2012) refieren que “...la *Cultura* se aprende y está localizada en un grupo particular de personas...estructura y determina los comportamientos, le otorga un determinado valor a las ocupaciones y situaciones de las personas y está en constante cambio y evolución” (Zamgo, Emeric & Cantero, 2012, p. 128).

Si bien las definiciones anteriores son fundamentales de considerar para la lograr la comprensión de este concepto, para esta investigación consideramos que los planteado por Zamgo, Emeric y Cantero nos permite abordar la cultura considerando varios elementos la componen, ya que como refieren dichos autores la cultura se aprende y localiza en un grupo específico de personas y esto a su vez influye en el comportamiento de ellas, además, que esta cultura puede evolucionar y sufrir cambios, por lo cual consideraremos gran parte de estos elementos la acercarnos a la población señalada.

Hábitos en salud desde una perspectiva Ocupacional

Desde la Terapia Ocupacional, los *hábitos* han sido desarrollados por Kielhofner (2011) dentro del concepto de *Habitación*, éste último definido como “una disposición internalizada de exhibir patrones constantes de comportamiento, guiados por nuestros *hábitos y roles*, que responden a características rutinarias de los entornos temporales, físicos y sociales” (Kielhofner, 2011, p. 52), por lo tanto, los *hábitos* son “tendencias

adquiridas a responder y desempeñarse automáticamente de ciertas maneras habituales en entornos o situaciones conocidas” (Kielhofner, 2011, p. 53). Se entiende así, que los *hábitos* de una persona, implican que ésta anticipe las acciones a realizar en un contexto conocido para ella, teniendo claro, la forma y el resultado al hacerlas. También, se entiende que los *hábitos* preexistentes son susceptibles a cambios si es que se modifica alguno de los elementos del contexto o de las capacidades de la persona. Kielhofner (2011) plantea que: “Cuando las capacidades se encuentran disminuidas, los hábitos establecidos previamente pueden alterarse en forma severa” (Kielhofner, 2011, p. 58), En este caso, suponemos que la persona al momento de ser diagnosticada con una patología crónica cardiovascular, se podría encontrar en una situación en donde se verían alterados sus *hábitos* y *rutinas* ya internalizados, debiendo quizás desarrollar *hábitos* nuevos, en relación al cuidado de su salud.

Otro concepto derivado del contexto social es el de *rol*, el cual también determina el comportamiento. Kielhofner (2011) establece que: “los roles son una incorporación de un estatus definido socialmente o en forma personal, el cual, contempla un conjunto de actitudes y comportamientos relacionados” (p. 19). También, este autor puntualiza que:

La presencia de una enfermedad puede relegar a las personas a roles de enfermo que apunten a mejorarse, lo que implica un costo sustancial para la identidad personal, cuando las personas ya no son reconocidas como las madres, trabajadoras o cuidadoras que solían ser. (Kielhofner, 2011, p. 64).

En base a lo anterior, se entiende que el *rol* implica una internalización personal del sentido de cómo comportarse en relación a lo esperado por los otros y que cada usuaria se siente profundamente identificada e impulsada a realizar acciones de acuerdo a esta construcción.

Salud, pertinencia cultural y ocupación

Sobre la base de los planteamientos teóricos de las Ciencias de la Ocupación y de las Ciencias Sociales, surge la interrogante de averiguar el impacto de la Cultura en la toma de decisiones. Es por ello, que consideramos fundamental analizar este problema desde un modelo teórico que contemple el componente cultural presente en cada usuaria. De esta manera, esta investigación adoptará una perspectiva propia de las Ciencias de la Ocupación, en línea de lo planteado por el modelo conceptual de la práctica de la Terapia Ocupacional, denominado *Modelo Río* (Modelo Kawa en Japonés), en conjunto con la pertinencia cultural que otorgan algunos autores desde las Ciencias sociales citados en esta investigación, tales como Milton y Eagleton. El Modelo Kawa de Michael Iwama:

[S]urge de la problemática recogida por profesionales que evidencian la brecha entre las cosmovisiones occidental y oriental en el ámbito de la teoría y la práctica propias de la disciplina, entregando desde ahí una nueva forma de comprender el fenómeno de la ocupación humana... (Castro *et al*, 2010, p. 22).

La aplicación del Modelo Kawa implementa estrategias (el dibujo de un río) que permiten al Terapeuta Ocupacional acceder a una comprensión holística de la vida de una persona, en relación al contexto histórico y sociocultural en el que se encuentra, indagando en la visión que tiene cada persona de su propia vida, de sus posibles problemáticas, de sus fortalezas y debilidades, proponiendo que la persona esquematice el desarrollo su vida de la misma manera en que un río fluye.

Promoción de la salud

Ha sido definida por la O.M.S. como el proceso de capacitar a las personas a aumentar el control sobre, e incrementar su estado de salud. Dentro de la promoción de la salud, las personas identifican sus necesidades de salud, y utilizan las herramientas e información disponible para facilitar el cambio en la dirección de sus vidas. Es la responsabilidad de los profesionales que trabajan en el marco de la promoción de la salud

proveer las herramientas e información necesarias para promover y facilitar el cambio. Los profesionales pueden solo proveer información para que las personas hagan su proceso de hacerse cargo, de ayudarse a sí mismas y tener mayor control sobre su salud. La promoción de la salud, es un proceso continuo de desarrollo y cambio que involucra a muchas personas trabajando juntas en un camino de colaboración y construcción.

Requiere que los profesionales escuchen y comprendan que es importante para los individuos y comunidades, y luego faciliten la acción para satisfacer estas necesidades. (Pellegrini, 2004, s/p).

Hábitos de cuidado en Salud

Otro tema pertinente a desarrollar es la conformación de hábitos que, desde la Terapia Ocupacional, han sido incluidos por Kielhofner (2011) dentro del concepto de Habitación, éste último definido como “una disposición internalizada de exhibir patrones constantes de comportamiento, guiados por nuestros hábitos y roles, que responden a características rutinarias de los entornos temporales, físicos y sociales” (p. 52), es decir, la habitación es el comportamiento que hemos aprendido e internalizado, responde al contexto en el cual nos encontramos; este comportamiento es conformado y regulado por los hábitos y enmarcado por los roles.

Ahora, los hábitos son “tendencias adquiridas a responder y desempeñarse automáticamente de ciertas maneras habituales en entornos o situaciones conocidas” (Kielhofner, 2011, p. 53). Por lo tanto, se entiende que los hábitos de una persona implican que ésta anticipe las acciones a realizar en un contexto conocido para ella, teniendo claro, la forma y el resultado al hacerlas. También, se entiende que los hábitos preexistentes son susceptibles a cambios si es que se modifica alguno de los elementos del contexto o de las capacidades de la persona. Kielhofner (2011) plantea que: “cuando las capacidades se encuentran disminuidas, los hábitos establecidos previamente pueden alterarse en forma severa” (p. 58). En este caso, pensamos que la persona al momento de ser diagnosticada con una patología crónica cardiovascular, se encontrará en una situación en donde se verán

alterados los hábitos y rutinas ya internalizados, debiendo, por fuerza mayor, desarrollar hábitos nuevos, en relación al cuidado de su salud.

Asimismo, los hábitos de cuidado en salud han sido incluidos en el área de desempeño del autocuidado, y definidos por Reed (1999) y Trujillo (2002), como:

La planeación, ejecución y seguimiento de aquellos hábitos, rutinas diarias y actividades indispensables para la supervivencia biológica, intelectual y socio-emocional, en donde, dentro de estas actividades se incluye el Baño (aseo), vestido, alimentación, arreglo personal, desplazamiento y cuidado de la salud (Reed & Trujillo, citado en Nevado y Villamil, 2005, p 45).

Quienes, además plantean, que este tema ha sido poco abordado por los Terapeutas Ocupacionales, por lo que, la literatura desde Terapia Ocupacional sobre esta temática es escasa.

MATERIAL Y MÉTODO

Este estudio se realizará desde un enfoque cualitativo. Con respecto al Diseño de Investigación, dada la naturaleza de los objetivos planteados en esta investigación, que apuntan a analizar el impacto del contexto cultural, en base al desarrollo de un fenómeno específico en la población ya descrita, se considera pertinente utilizar la metodología investigativa de Estudio de Caso.

Se considera también tener presente un enfoque de pertinencia cultural al momento de acercarnos a la población señalada y recabar los datos obtenidos, para así realizar un análisis lo más cercano y representativo a la realidad de cada persona.

La recolección de datos se realizará mediante una serie de entrevistas y la metodología de aplicación del *Modelo Kawa (Metáfora del Río)*, plasmada en un dibujo, arrojando estos instrumentos, datos que resultan inherentes al contexto de las usuarias.

Participantes

Tabla I

SELECCIÓN DE PARTICIPANTES	Nº DE PARTICIPANTES	CARACTERÍSTICAS DE LAS PARTICIPANTES
<ul style="list-style-type: none"> • No probabilística y Voluntaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 Usuarias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Género Femenino • Pertenecer al CESFAM Angachilla de la ciudad de Valdivia. • Rango etario adultez tardía (65 años adelante). • Presenten Hipertensión y/o Diabetes. • Que asistan o hayan participado en algún programa relacionado a la Salud Cardiovascular. • Habilidades cognitivas mínimas que permitan la abstracción metafórica del Modelo Kawa.

Metodología

OBTENCIÓN DE DATOS	PARTICIPANTES DE ENTREVISTA
<ul style="list-style-type: none"> • Serie de Entrevistas Semiestructuradas realizadas en el domicilio de las usuarias, de forma individual. • Registro en audio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Usuaría a entrevistar y Ambas investigadoras.

Para efectos de elaboración en esta entrevista semiestructurada, se utilizó como base el abordaje teórico desde las Ciencias de la Ocupación, indagando en temas tales como: antecedentes personales, salud cardiovascular, atención primaria, toma de decisiones,

contexto físico, contexto familiar, contexto cultural, hábitos de cuidado en salud, rutinas, participación ocupacional, género y roles, además, dentro de sus ítems finales contempló elaborar un dibujo *metafórico del Río del Modelo Kawa* de Michael Iwama. Este último permitió evidenciar elementos centrales de la existencia de elementos significativos incorporados por la propia persona otorgados desde una visión histórica y al mismo tiempo de momentos claves para ella, como así también, otros tópicos emergentes en relación a la temática de salud.

En una etapa posterior, se realizó el análisis de la información recabada, para la obtención de conclusiones y alcances de esta investigación.

RESULTADOS

Relación de los hábitos de cuidado en salud con las decisiones tomadas por las usuarias

Aproximadamente cinco de las usuarias asisten a una agrupación denominada *Las Alondras* y participan activamente en talleres realizados en el CESFAM Angachilla para usuarios Adultos Mayores, identificando estas actividades como significativas, siendo esta una instancia para reunirse con pares, realizando actividades que consideran fundamentales para su salud y bienestar. Por otro lado, existen algunas usuarias que no muestran interés por participar de estas agrupaciones, ya sea por haber tenido dificultades para seguir asistiendo, en donde el clima lluvioso implica la necesidad de locomoción colectiva, ya que no siempre cuentan con los recursos suficientes para este medio de transporte, por otro lado, no logran identificar vínculos con los demás integrantes o no les agradó el sistema de organización del taller, por lo que, deciden permanecer en sus domicilios durante el día y hacerse cargo de las labores domésticas y esperar a sus familiares.

En relación a la alimentación, ninguna de las 10 usuarias sigue las indicaciones entregadas por el/la profesional Nutricionista, manteniendo solamente, en un inicio, un

régimen de alimentación saludable, ya que, esta dieta no resulta habitual a su rutina, por ende, no la identifican como significativa. De esta manera, algunas de las usuarias deciden realizar ciertas adecuaciones en su alimentación, específicamente en el horario y tipos de alimentos a consumir. Además, la gran mayoría decide esperar que llegue algún familiar para compartir almuerzos y cenas, priorizando su *roles* tales como: madre, esposa, cuidadora, dueña de casa, presidenta de agrupaciones, entre otros. Algunos de estos *roles* conlleva al consumo de alimentos contraindicados y a la modificación de horarios de alimentación, al participar en actividades de interés y al asistir a reuniones sociales, debido a que estas instancias son referidas altamente significativas y de gran interés para las usuarias, a pesar de que implique consumir alimentos perjudiciales para su salud.

Más de la mitad de las usuarias decide generar recursos económicos por sí mismas, ya que, identifican que su pensión no es suficiente para costear sus gastos (alimentos, locomoción, etc.). Ellas refieren además que contribuyen económicamente a costear los gastos en el hogar (con su pensión e ingresos generados al realizar productos caseros), ya que, viven con hijos y/o nietos, relatando que es importante aportar económicamente para cubrir sus necesidades y ejercer su *rol* de madre y abuela, aunque eso signifique tener que adecuar su régimen alimenticio. Solo una posee un negocio de abarrotes adosado a su vivienda, complementando estos ingresos con su pensión de Adultez Mayor. Dos de las usuarias reciben Pensión de Invalidez.

Con respecto a la ingesta de fármacos, la mayoría de las participantes retira sus medicamentos en las fechas indicadas en el CESFAM Angachilla, sin embargo, se evidencia baja adherencia al tratamiento por parte de algunas usuarias entrevistadas, ya que, refieren no tener el *hábito* para medicarse, interfiriendo la ingesta de estos medicamentos con su rutina, no siendo valorado de manera significativa para instaurarlos como un *hábito*. Por otra parte, las que presentan mayor adherencia al tratamiento, manifiestan olvidos ocasionales.

Análisis de las decisiones tomadas por las usuarias en relación al contexto cultural, físico y social en el cual están inmersas

Se entiende que las características del contexto cultural actual, demanda que la usuarias adquirieran hábitos específicos de cuidado en salud (alimentación, ingesta de fármacos), para disminuir los factores de riesgo presentes, con el fin de llevar un estilo de vida saludable y lograr un estado de bienestar, lo que se considera una propuesta pertinente desarrollada por el Ministerio de Salud. Este contexto cultural que sugiere a las usuarias adquirir hábitos de cuidado en salud contrasta con los elementos culturales presentes en cada una de las usuarias entrevistadas, ya que se entiende que estas poseen elementos culturales que conforman un estado de confort, seguridad e identidad, el cual implica la presencia de hábitos ya aprendidos e instaurados en su historia de vida con elementos altamente significativos.

De esta manera, se entiende que es muy difícil cambiar o adquirir nuevos hábitos impuestos por esta nueva cultura biomédica, situación que sería determinante al momento de seguir las indicaciones alimenticias y farmacológicas, ya que, se sugiere una nueva forma de alimentación, con alimentos que no se consumen habitualmente y menos dentro de su grupo familiar, pues las usuarias presentan hábitos alimenticios arraigados. Respecto a esta situación, algunas usuarias cuentan con apoyo familiar y otras no; algunas informan la sensación de un gran apetito percibido al poco tiempo de consumir la minuta establecida, de manera que para poder compartir son sus familiares de la forma en que lo hacían antes de ser diagnosticadas; la totalidad de las participantes entrevistadas deciden modificar o desistir de seguir este régimen alimenticio en cuanto al horario y cantidad respectivamente. Al respecto, una usuaria comenta: “yo como normal no más” (participante n°5, 12 de Septiembre de 2015).

En la modificación del régimen alimenticio prescrito, se suma la percepción de sentir un estado de bienestar de manera frecuente, a pesar de la cantidad de patologías que le afectan, debido a las características de la sintomatología de las enfermedades cardiovasculares que no presentan dolor, como según refiere: “yo me siento igual fíjate, ya

que esta enfermedad es tan rara por qué no se siente ningún dolor, yo comiendo a mis horas no tengo ningún problema” (participante n° 2, 28 de Agosto de 2015). A partir de esta cita, que representa un punto en común en las usuarias, podemos identificar la baja adherencia al tratamiento, ya que, la ingesta de fármacos se encuentra supeditado a la percepción del estado de salud de cada usuaria para llevar a cabo la medicación; como se explicó anteriormente, el hecho de seguir las indicaciones farmacológicas no resulta significativo para algunas entrevistadas, por lo que, algunas deciden modificar el horario y cantidad de fármacos, o ingiriéndolos solo cuando sienten malestar; sin embargo, existen usuarias que han logrado instaurar la toma de fármacos a su rutina, debido a que lo identifican como sumamente importante para lograr un estado de bienestar, sumado a que cuentan con apoyo económico y familiar.

En el análisis de los datos recabados respecto la toma de decisiones en relación al contexto físico, se observó que gran parte de las usuarias no presenta mayores dificultades para desplazarse y acudir al CESFAM, debido a que este se encuentra cercano a sus hogares; sin embargo, otras presentan inconvenientes para su traslado, incluyendo frecuentemente el uso de locomoción colectiva, lo cual, en muchas ocasiones no pueden costear, lo que interfiere en su decisión de dejar de acudir a sus controles, ya que no hay otra opción.

Del mismo modo, es el factor socioeconómico el que se identifica como determinante al momento de seguir las indicaciones alimenticias, ya que, algunas usuarias deciden no acudir a los controles al CESFAM con el profesional Nutricionista, debido a la escases de dinero que contrasta con los altos costos de la nueva lista de los alimentos indicados, interfiriendo finalmente en la adquisición de éstos.

Así también, se evidencia que los elementos culturales presentes en algunas usuarias, impactan en las elecciones ocupacionales en relación a su participación en su contexto social, decidiendo la mitad de ellas permanecer en su hogar y dejar de participar en talleres, ya que, los hábitos que prevalecen a partir de la *Cultura* presente en cada una de ellas, contrastan muchas veces con las formas de proceder o relacionarse en dichos talleres.

Según refiere una usuaria: “me mandaron de la posta para que me allegue ahí, yo contenta de primera, porque eran personas conocidas de uno” (participante n° 10, 6 de Octubre de 2015). Sin embargo, posteriormente dejó de asistir, ya que, señala que fue “criada” valorando la higiene personal como la limpieza de su hogar, contrastando sus hábitos aprendidos previamente con la realidad de la agrupación a la cual asistió, finalmente, limitó la posibilidad de asistir a talleres futuros, expresando que: “en esos talleres vi tanta cosa hija...estaban acostumbradas a que yo limpiara...eran siempre las mismas las que se ganaban los paseos...por eso cuando me dicen de participar en grupos, no” (participante n° 10, 6 de Octubre de 2015).

Análisis de la relación entre los hábitos de cuidado en salud con la cultura presente en las usuarias

En base a lo referido por las usuarias durante las entrevistas, se identificó que los hábitos de cuidado en salud descritos en los puntos anteriores están fuertemente influenciados por los elementos culturales presentes, sus recursos económicos y las ocupaciones que realizan actualmente, ya que a lo largo de su vida han adquirido y mantenido ciertos conocimientos, creencias y valores aprendidos desde sus antepasados, que definen sus *roles*, su estatus socioeconómico y sus elecciones ocupacionales, de acuerdo a lo que consideran significativo. A lo anterior se suma que estas previamente participaban de otro tipo de contexto social, cultural, económico y ocupacional, en donde resultaba socialmente aceptado el estilo de vida que ellas desempeñaban, sin embargo, dados los avances en las ciencias, la evolución de la *cultura* y el avance del sistema económico, hoy en día se conforma otro contexto económico y sociocultural que identifica y recomienda seguir estilos de vida saludable evitando factores de riesgo en salud y mantener una alimentación balanceada, lo que contrasta radicalmente con lo que ellas creen, conocen y aprendieron durante sus vidas.

Lo anterior, se evidencia a partir de las expresiones de las usuarias en temáticas abordadas en las entrevistas, a partir de las cuales, observan puntos en común:

Una usuaria refiere: “Yo nunca tome un remedio en mi vida, mi familia no conocía eso” (participante n°8, 3 de octubre de 2015).

Otra usuaria refiere: “...a veces cuando ando media mareada me tomo los dos” (usuaria n° 8, 3 de octubre del 2010).

En base a estos discursos, que caracterizó a la mayoría de las usuarias, se puede identificar el impacto que ha tenido la cultura actual, mediante las demandas de seguir indicaciones que consideran fundamentales para evitar que un cuadro patológico crónico involucre, lo que se diferencia con la forma de vida aprendida por las usuarias. Esto se traduce en la dificultad actual de lograr una instauración de hábitos de cuidado en salud en relación a la toma de fármacos, que si bien las usuarias refieren entender la importancia de la indicación farmacológica, no lo consideran mayormente prioritario, en contraste con actividades asociadas a sus *roles* como, por ejemplo, cuidar de sus familiares cuando presentan problemas de salud, decidiendo priorizar el *rol de cuidadoras*, en vez de cuidar de sí mismas.

El siguiente discurso guarda relación con lo que se evidenció en la mayoría de los casos investigados en relación a los hábitos alimenticios: “En mi casa siempre hubo buena mesa, por eso yo siempre fui gordita” (participante n° 10, 6 de octubre de 2015). A partir de esta cita, podemos establecer que el estilo de vida previo de las usuarias sufre un quiebre en relación con los hábitos alimenticios, con un estilo de vida saludable valorado en el presente, ya que hoy en día se visualiza de forma negativa un estilo de vida en donde estén presentes factores de riesgo. Sin embargo, a pesar de que las mismas usuarias señalan que actualmente tratan de tener una dieta menos calórica, dentro de sus posibilidades financieras, no siempre es posible mantener este régimen por factores económicos y ocupacionales, de manera tal que las usuarias frecuentemente se preocupan de proveer el sustento familiar, priorizando una canasta familiar más económica; pero, a su vez, menos saludable.

El siguiente relato aborda una creencia compartida por la mayoría de las usuarias entrevistadas en relación a la obtención de recursos económicos: “Me enseñaron a ser honesta, trabajadora” (participante n° 1, 21 de Agosto de 2015). Lo referido por esta usuaria, fundamenta el hecho de que el grupo de usuarias entrevistadas decidan realizar labores remuneradas desde su hogar, se basa en la manera que aprendieron a comportarse dentro de la sociedad y que consideran importante, lo que, finalmente determina sus elecciones en realizar actividades productivas remuneradas, con el objetivo de incrementar sus ingresos económicos. No así, es la situación de dos usuarias entrevistadas, que al presentar ciertas limitaciones físicas y funcionales, presentarían dificultades para desempeñarse en estas labores, por lo que, se limitan en términos de tomar una decisión respecto a elegir en que ocuparse y contar solo con los ingresos de sus familiares y pensión de invalidez.

Impacto de la Cultura en la toma de decisiones respecto a los hábitos de cuidado en salud

Con el objetivo de analizar el impacto que tiene la *Cultura* de cada una de las usuarias, desde los elementos planteados por Michael Iwama, más abajo se describen los resultados de manera general, a partir de los dibujos realizados por las usuarias en base a la *Metáfora del Río*, Modelo culturalmente seguro, ya que aporta con una perspectiva personal, cultural e histórica de la vida, en este caso de cada una de las usuarias respecto a la toma de decisiones en el marco de los hábitos de cuidado en salud.

En relación a las dificultades identificadas de manera general por las usuarias entrevistadas, se destacan problemáticas en relación a sus *roles*, lo que ellas valoran como importante, como, por ejemplo la preocupación por sus hijos respecto al presente y futuro de ellos, de manera que el propio estado de salud no se identifica como una problemática importante en su flujo vital. Se observa que algunas usuarias identifican como principal problemática sus situaciones de salud en relación a enfermedades que le causan dolor (Túnel carpiano operado, Artritis, Artrosis, entre otras), priorizándolas por sobre las enfermedades cardiovasculares. La usuaria N°8 identifica su dolor de cadera como la

principal problemática, ya que limita su desplazamiento; en segunda instancia, identifica la hipertensión y diabetes como una situación que ha generado grandes cambios en su vida, en contraste con las rutinas y actividades previas que realizaba y que actualmente no puede realizar. La participante N°5 identifica como problemática su amputación y la espera de la prótesis que aún no ha sido posible obtener por falla en el sistema del Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), además, de la falta de una respuesta coherente ante sus solicitudes a autoridades superiores. Finalmente, la mayoría de las entrevistadas refirieron problemáticas relacionadas a dificultades económicas que han experimentado hasta la fecha y las condiciones de sus viviendas, sin embargo, la mayor parte refiere contar con apoyo y realizar acciones que permiten minimizar estas dificultades para que su *flujo vital (Mizu)* no resulte interferido.

Respecto a los *Problemas (Iwas/rocas)* identificados en la *Metáfora del Río*, dos usuarias refieren lo siguiente:

“Esta es la parte económica que es la más restringida” (participante n° 2, 28 de Agosto de 2015).

“Piedras porque a veces uno tiene problemas, pero no como para ahogarme” (participante n° 10, 6 de octubre de 2015)

Respecto a la identificación de sus *Virtudes (Ryuboku/Troncos)* refieren:

“Y estás son mis virtudes, mis trabajos, mis manualidades”. (Participante n° 10, 6 de octubre de 2015)

“mira yo soy de las que me hecho a la espalda todas las cuestiones (problemas)...la verdad de las cosas linda, es que yo no vivo de los problemas, yo tengo un problema en un momento, ligerito trato de solucionarlo y si no lo puedo solucionar, te fuiste: pasaste por el estero no más”. (Participante n° 1, 21 de Agosto de 2015)

También, hubo usuarias que no identificaron mayores *Problemas*, (*Iwa/Rocas*) a pesar de que presentaban secuelas evidentes a raíz de la presencia de patologías cardiovasculares. Asimismo, plasmaron en la *Metáfora del Río*, otros elementos relacionados a sus *Virtudes* (*Ryuboku/Madera Flotante*) tales como: la percepción de responsabilidad, honestidad y sociabilidad. Sumado a lo anterior, identificaron en las *paredes y lecho de río* (*kawa no soku heki y kawa no zoko*) apoyo social e institucional del grupo familiar y de los profesional del CESFAM Angachilla, lo que, en algunos casos, favorecen su independencia; además de elementos espirituales, depositando así sus esfuerzos y fe en Dios para sobrellevar las adversidades acaecidas en sus vidas. Lo anterior es evidenciado, según lo que refiere la siguiente usuaria: “ahí es donde voy a descansar de mi soledad, mi Iglesia, es lo único que tengo a donde ir...” (Participante n° 10, 6 de octubre de 2015).

Finalmente, cabe mencionar que una de las participantes plasmó un río, incorporando elementos de la naturaleza, que relacionó a su vida en el campo, como árboles y plantas medicinales, refiriendo que fue allí, donde ella incorporó conocimientos que aún siguen presentes en su vida actual, como la preparación de alimentos en base a la obtención de recursos naturales, trabajar la tierra, etc. De esta manera, se observaron elementos culturales, significativos y de gran importancia a nivel histórico que poseen las usuarias, que según refieren contrastan con el contexto de la ciudad en donde actualmente residen, ya que, si bien esta ofrece comodidades a nivel de cercanía y traslado de un lugar a otro para la obtención de medicamentos, limita la obtención de productos alimenticios, dado los costos que estos han adquirido versus los ingresos económicos a los que pueden optar a su edad.

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

A partir de la investigación realizada y posterior análisis, a modo de indagar en los hábitos de cuidado en salud de las usuarias participantes de esta investigación que asisten al CESFAM Angachilla, se identificaron factores culturales y socioeconómicos (entre otros

mencionados anteriormente) que, de una u otra forma, van determinando la toma de decisiones y el estilo de vida de las usuarias. En estos aspectos, no solamente está presente lo que proponen los programas de salud cardiovascular, que sugieren llevar un estilo de vida saludable y prevenir factores de riesgo, sino que también existen elementos culturales y ocupacionales incorporados previamente a lo largo de la vida en cada usuaria, los cuales, al momento de presentarse un diagnóstico crónico cardiovascular, convergen entre sí.

Se entiende que el logro de estos objetivos es difícil, pero no se considera imposible de realizar, en vista de que se evidenció que algunas de las usuarias presentan alta adherencia al tratamiento, en donde, aquí la *cultura* y *hábitos* presentes previamente en ellas favorecen el proceso de instauración de los hábitos de cuidado en salud, ya que, existen usuarias que se encontraban habituadas a consumir alimentos de origen natural y saludables, además de llevar una vida activa, hábitos que se han potenciado con los propuestos por el equipo de salud tratante. Sin embargo, como mencionábamos anteriormente, la *cultura* y los hábitos previos, como también factores socioeconómicos de algunas usuarias, han dificultado esta instauración, ya sea porque se contraponen o porque no existen los recursos económicos suficientes para lograrlo.

La baja adherencia al tratamiento se evidencia especialmente en la temática de alimentación y toma de fármacos, ya que, en este caso, los *hábitos* sugeridos por los programas de salud cardiovascular, plantean el seguimiento de regímenes alimenticios y farmacológicos, que si bien son considerados importantes para su salud por parte de las usuarias, en muchas ocasiones, como lo dejó entre ver la *Metáfora del Río*, no son primordiales o significativos para ellas.

Así también, se identifica que cuando existe solo Hipertensión y Diabetes algunas usuarias refieren no sentir dolor; por lo cual, algunas usuarias deciden modificar las indicaciones del equipo médico, ya que según refieren “se sienten bien”, en cambio, otras usuarias, diagnosticadas con patologías en donde está presente el dolor (artritis, artrosis, asma, hemiplejía secuela de Accidente Cerebrovascular), el cual de una u otra forma las limita funcionalmente, y en conjunto con otros factores favorece la adhesión a las

indicaciones del equipo médico, como así también, asistir a talleres y tratar de realizar las terapias y actividades físicas indicadas, entre otras.

Como se deja en evidencia, se observa que gran parte de las entrevistadas atribuyen mayor significado e importancia a desempeñar sus *roles*, ya sea: madre, hija, abuela, dueña de casa y mujer, priorizando el cumplimiento de estos *roles*, estructurando su rutina, invirtiendo tiempo y dinero en función del cuidado de su familia, por sobre el cuidado de su propia estado de salud, aunque esto implique con frecuencia adecuar las indicaciones del Equipo de Salud, interfiriendo en su adherencia al tratamiento, lo que impacta negativamente en su estado de salud.

De lo anterior, se entiende que existen elementos culturales, físicos y socioeconómicos, que influyen en la toma de decisiones en relación a los *hábitos* presentes en las usuarias, y que estos *hábitos* han sido instaurados de acuerdo a lo que cada una considera importante y significativo, por lo que, consideramos que esta investigación ha contribuido a la necesidad de identificar estos elementos ocupacionales significativos (*Cultura, Hábitos, Roles*) en función de aproximarse a los objetivos propuestos por el equipo de salud, ya que, según lo refieren Durante y Pedro (2010): “El Terapeuta Ocupacional reconoce la importancia de promover la salud a través de una conducta ocupacional significativa y de intervenir cuando alguien experimenta una disrupción en su funcionamiento debido a una enfermedad o una discapacidad” (Durante & Pedro, 2010, p. 13).

Así también, que la intervención de Terapia Ocupacional:

“1) está centrada en las ocupaciones que las personas consideran significativas e importantes 2) son afines al modo en que los contextos cultural, social y físico influyen en lo que hacen las personas y 3) responden al complejo total de rutinas y exigencias ocupacionales que comprenden la vida de una persona” (Willard, Spackman, Crepeau, Cohn, Schell, 2011, p. 24).

Por otra parte, según señalan Iwama y Simó (2008), unas de las labores del Terapeuta ocupacional es “Participar en construir adaptaciones culturalmente seguras (Ramsden, citado por Iwama & Simó, 1990) y enfoques que reflejen y satisfagan las necesidades en sus diversos contextos” (Iwama & Simó 2008, p. 2).

Y finalmente, se establece que “...una persona puede motivarse a cambiar su conducta ocupacional si encuentra algo reconfortante y significativo en el proceso” (Durante & Pedro, 2010, p. 14).

Limitaciones del estudio y Proyección de la investigación

Esta investigación ha abordado de manera exploratoria la situación planteada y su objetivo no es entregar una solución al problema identificado, sino que, extraer una visión general desde las usuarias, en relación a las *toma de decisiones* con respecto a sus hábitos de cuidado en salud, a partir de lo cual se identificaron factores importantes a considerar para el futuro abordaje a esta población de estudio. Por lo tanto, el llamado es que futuras investigaciones profundicen en esta temática, mediante el abordaje de conceptos como: *Identidad y significado*, ya que, son elementos intrínsecos de la persona los cuales también podrían influir en su comportamiento y toma de decisiones, por otra parte, también se insta a que identifiquen la importancia de validar nuestro quehacer profesional a nivel de Políticas Públicas, al momento de desarrollar Planes Nacionales de Salud Cardiovascular.

Como bien sabemos, el Sistema de Salud Primario aborda objetivos de Prevención y Promoción de hábitos de cuidado en salud, sin embargo, en algunos casos, se ha dificultado el alcanzar los objetivos propuestos de dichos Programas. Esto se debe a que posiblemente existen algunos factores culturales y socioeconómicos descritos previamente, que no han sido considerados o abordados de manera tal que apoyen la adherencia al tratamiento e instauración de hábitos de cuidado en salud en las usuarias. Consideramos interesante abordar el factor cultural desde otra perspectiva, involucrando la población objetivo (por ejemplo: seleccionar muestra por regiones), considerándolas en la planificación de estos Programas, siendo posible así incorporar factores que permitan realizar una intervención

que aumente la probabilidad de instauración de hábitos de cuidado en salud de las usuarias, ya que así sería posible cautelar que dicha intervención pueda compatibilizar en algún grado con la *cultura* de las usuarias.

BIBLIOGRAFÍA

- Castro, D., Barrientos, C., Castro., Díaz, F., Gatti, G., Guajardo, M., Narváez, D., Rivera, C., Torres, J., Zúñiga, M. (2010). El Modelo Río (Kawa): cuatro estudios de caso aplicados en Chile. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 10: 21 – 34. DOI: 10.5354/0717-5346.2010.10557
- Chile. Ministerio de Salud (2007). *Enfermedades crónicas no transmisibles en la provincia de Valdivia (cardiovasculares y diabetes mellitus)*. Consultado el 15 de septiembre de 2014, de: http://epi.minsal.cl/epi/html/presenta/TallerVENT2007/6_CVyDiabetesValdivia.pdf
- Crepeau, E., Cohn, E. & Schell, B. (2011). *Terapia Ocupacional*. (11ª Ed.) Buenos Aires, Argentina: Panamericana.
- Durante, P. & Pedro, P. (2010). *Terapia Ocupacional en Geriatría: principios y prácticas*. Barcelona España: Elsevier.
- Eagleton, T. (2001). *La idea de Cultura: una mirada política sobre los conflictos culturales*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2010). *Evolución de la mortalidad en Chile según causas de muerte y edad, 1990-2007*. Chile. Consultado el 28 de Abril de 2016, de: http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/010211/evo90_07_010211.pdf.
- Iwama, M. (2006). *The Kawa Model: Culturally relevant occupational therapy*. Philadelphia, USA: Churchill Livingstone-Elsevier.
- Iwama, M. & Simó, S. (2008). El Modelo Kawa (Río). *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 5: 1-24. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num8/modelo2.htm>

- Kielhofner, G. (2011). *Modelo de Ocupación Humana: Teoría y Aplicación*. (4a Ed.). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.
- Milton, K. (1997). Ecologies: Anthropology, Culture and the Environment. *International Social Science Journal*, 49: 477–495.
- Ministerio de Salud (2010). *Implementación del Factor de Riesgo en el Programa de Salud Cardiovascular*. Chile. Recuperado el 30 de Octubre de 2014 de: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/787e4765248bc9e0e04001011f0172b5.pdf>.
- Ministerio de Salud. (2013). *Indicadores Básicos de Salud*. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Chile. Recuperado el 30 de Octubre de 2014 de: <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2013/12/IBS-2013.pdf>
- Ministerio de Salud. (2014). *Enfermedades no Transmisibles*. Recuperado el 12 de Septiembre de 2014 de http://web.minsal.cl/enfermedades_no_transmisibles.Chile
- Municipalidad de Valdivia. (2013). *Plan de Salud Comunal Valdivia 2013*. Chile. Consultado el 15 de septiembre de 2014, de: http://www.munivaldivia.cl/www/municipal_valdivia/attachments/article/565/Plan%20de%20Salud%20Comunal%202013.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Prioridades estratégicas del Programa de la OMS sobre enfermedades cardiovasculares*. Recuperado el 30 de Octubre de 2014 de: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/priorities/es/
- Tylor, E. (1871). *Primitive Culture: Researches into the Development of mythology, philosophy, religion, art, and custom*. (vol.1). Londres, England: John Murray.
- Zamgo, I., Emeric, D. & Cantero, P. (2012). La cultura en la intervención de Terapia Ocupacional: escuchando otras voces. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*. 9: 125-149. Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num5/voces.pdf>