COMPRENDIENDO EL CUIDADO DE LOS ANCIANOS EN SITUACION DE DISCAPACIDAD Y POBREZA

FABIOLA CASTELLANOS SORIANO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE DOCTORADO EN ENFERMERÍA
BOGOTÁ
2009

COMPRENDIENDO EL CUIDADO DE LOS ANCIANOS EN SITUACION DE DISCAPACIDAD Y POBREZA

FABIOLA CASTELLANOS SORIANO

CODIGO 539113

Tesis para optar el título de
Doctor en enfermería

Directora de Tesis
Alba Lucero López Díaz

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE DOCTORADO EN ENFERMERÍA
BOGOTÁ
2009

Nota de Aceptación

_____

_____

_____

_____
Presidente del Jurado

_____
Jurado

_____
Jurado

Bogotá, D. C.

DEDICATORIA

A la memoria de los ancianos que participaron en este estudio y que partieron, dejándome parte de su vida, de sus experiencias, de su sabiduría, de su ejemplo de valor y lucha.

A mi esposo Henry, por acompañar y apoyar mis sueños, por darme ánimo y confianza con sus palabras alentadoras.

A mi hija Alexandra Carolina, por comprender mi fatiga y mis ausencias, por iluminar mi vida llenándola de esperanza y alegría.

A mi amada hermana Alexandra, porque aun estando ausente siempre será mi mejor ejemplo de resiliencia.

AGRADECIMIENTOS

A mi orientadora, Doctora Alba Lucero López, por su acompañamiento, disponibilidad, paciencia y apoyo durante el desarrollo de este trabajo investigativo; por ser amiga y colega en todo momento; por despertar en mí el interés y el gusto por la investigación cualitativa.

A la profesora Marta Lucía Alzate, por el estímulo constante, por su contribución al desarrollo de mi trabajo y por sus valiosas sugerencias.

A la Pontificia Universidad Javeriana y, muy especialmente, a las directivas de la Facultad de Enfermería por el apoyo, la comprensión y la financiación de mis estudios de posgrado.

A mis compañeros del Grupo de Cuidado Cultural de la Salud, por haber compartido conmigo los diálogos, las inquietudes y las experiencias investigativas durante mí proceso formativo.

A la División de Investigaciones, Bogotá, de la Universidad Nacional de Colombia, por la financiación para el desarrollo de este estudio.

A los docentes, compañeros y personal administrativo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia por haber hecho de esta mi casa durante todos estos años.

Agradezco a mi familia, a mis amigas, colegas y compañeras de la vida, por su contribución afectiva en los momentos de fatiga, y por acompañarme y animarme a lograr mi sueño.

RESUMEN

Este es un estudio cualitativo dirigido a comprender el contexto ambiental y la trayectoria de cuidado popular de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza que habitan en cinco barrios de los cerros nororientales ubicados en Bogotá. Se usó la teoría de la diversidad y universalidad del cuidado (Leininger) y el modelo de cuidado en la adversidad (López Díaz). Como metodología se utilizó la etnografía de tipo interpretativo y los datos fueron recolectados mediante observación participante y entrevistas en profundidad. En el análisis emergieron dos temas culturales: 1) "Viviendo en un valle de lágrimas: entre la resignación y la lucha de vivir en la vejez, la discapacidad y la pobreza", que muestra cómo estas personas enfrentan un contexto complejo y adverso, expresado en una cadena de sucesos que han experimentado toda su vida, y 2) "Descubriendo los caminos del cuidado popular de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza", en el que se revelan diversas posibilidades para generar una alternativa de cuidado de estas personas. Emerge la manera como estas personas buscan cuidar su salud a partir de su contexto ambiental, su cultura y sus necesidades, configurando un cuidado popular integrado en una trayectoria intangible, pues no se limita a la realización de acciones instrumentales: ellas tienen de fondo una lógica en donde se evidencia la comprensión de su situación actual , se identifican diversas condiciones que permiten la toma de decisiones y, finalmente, se visibilizan los actores que intervienen en el cuidado y las prácticas heredadas culturalmente como mezcla de distintos saberes cambiantes y dinámicos.

Palabras clave: Enfermería transcultural, cuidado, ancianos discapacitados, etnografía.

ABSTRACT

This is a qualitative study which objectives were as follows: To understand the environmental context of elders in situation of disability and poverty. They are inhabitants of five neighborhoods of the north eastern hills located in the city of Bogota D.C. As a theoretical reference, the diversity and universality in care developed by Madeleine Leininger and the care model in adversity were used as part of the conceptual framework used for developing of this sub-line of research in trans-cultural, geronto – geriatric nursing, which emerged from one of the studies made by Lopez Diaz with elders in urban, marginal areas of Sao Paulo, Brazil, and Bogota, Colombia. An interpretative ethnography procedure was performed with elders in situations of disability and poverty. Data were collected by participant observation and deep interviews. Analysis was done by following Leininger proposal. In such a way, two cultural topics arose: "Living in the Valley of Tears: between the acceptance and the fight for living in elder times within disability and poverty", which shows how those people face a context loaded with difficulties and all a series of adverse situations. Such situations constitute the links of a chain of events experimented throughout all their lives. The second cultural topic, "Discovering pathways in popular care for elders in situation of disability and poverty", in which the author presents several options and situations making possible the generation of a way for giving care to those people. It is evident the way, these people seek to look after their health from their environmental context, their culture and their needs; in this manner, they configure a popular care. Such a type of care is integrated into an intangible trajectory, because it is not limited to the performance of instrumental actions: they have in the background certain logics, where it is visible the understanding of the situation of health. It is identified a series of conditions allowing the making of decisions. Finally, the actors intervening in care and culturally inherited practices are visible, which are a mix of several changing and dynamic ways to know.

Key words: trans-cultural nursing, care, disabled elders, ethnography.

CONTENIDO

pág.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

1. EL DESAFÍO DEL CUIDADO CULTURAL FRENTE A LA VEJEZ, LA DISCAPACIDAD Y LA POBREZA 22

1.1 LA VEJEZ UN ASUNTO DE TODOS 23

1.1.1 Las personas ancianas como grupo vulnerable 26

1.1.2 Vislumbrando la salud de las personas ancianas 29

1.2 DISCAPACIDAD: UNA REALIDAD PARA MUCHOS, PREOCUPACIÓN DE UNOS POCOS 32

1.3 POLÍTICAS PÚBLICAS Y PROGRAMAS PARA LA VEJEZ Y LA DISCAPACIDAD: LA RESPUESTA DE LA SOCIEDAD 37

1.3.1 Políticas para la vejez 37

1.3.2 Políticas para la atención a las personas en situación de discapacidad 40

1.4 LA POBREZA: UNA MARCA DE LAS PERSONAS ANCIANAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD 42

1.5 COLOMBIA, UNA NACIÓN MULTICULTURAL 44

1.6 OBJETIVOS 47

2. PERSPECTIVAS CULTURALES PARA EL CUIDADO DE LAS PERSONAS ANCIANAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD Y POBREZA 49

2.1 ALGUNAS APROXIMACIONES A LA CULTURA, LA SALUD Y EL CUIDADO 50

2.2 CULTURA Y ENFERMERÍA TRANSCULTURAL 57

2.3 EL CUIDADO DESDE UNA PERSPECTIVA CULTURAL 67

2.3.1 Teoría de la universalidad y diversidad del cuidado cultural 67

2.3.2 Contexto ambiental 73

2.3.3 Cuidado popular 76

2.3.4 Modelo de Cuidado Cultural en la Adversidad 77

2.3.5 Trayectoria de cuidado popular para las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza 82

2.4 UNA REFLEXIÓN SOBRE LA VEJEZ, LA DISCAPACIDAD Y LA POBREZA DESDE LA ÓPTICA DE LA CULTURA 88

2.4.1 Resignificando la vejez desde la mirada cultural 88

2.4.2 Comprendiendo la discapacidad y reconociendo las construcciones culturales 92

2.4.3 Pobreza y cultura 100

2.4.4 Vejez y discapacidad 103

3. DESCRIBIENDO LA APROXIMACIÓN METODOLÓGICA 106

3.1 ELECCIÓN DEL MÉTODO 106

3.2 CAMPO DE INVESTIGACIÓN 114

3.3 COLABORADORES DEL ESTUDIO 117

3.4 RECOLECCIÓN DE DATOS 121

3.4.1 Inserción al campo 121

3.4.2 Observación participante 125

3.4.3 Entrevistas etnográficas 128

3.4.4 Registro de datos 132

3.5 Rigor metodológico 133

3.6 Aspectos éticos 134

3.7 Análisis de datos 137

4. VIVIENDO EN UN VALLE DE LÁGRIMAS: ENTRE LA RESIGNACIÓN Y LA LUCHA DE VIVIR EN LA VEJEZ, LA DISCAPACIDAD Y LA POBREZA 146

4.1 PREDESTINADOS A LA POBREZA: ENTRE LA RESIGNACIÓN Y LA LUCHA 147

4.1.1 Toda la vida hemos vivido de un lado a otro… hay que aprender a vivir con eso 149

4.1.2 Uno es de donde nace y trata de conservar sus costumbres 150

4.1.3 Algunos tenemos más dificultades que otros… ¡pero ahí seguimos en la lucha! 153

4.1.4 Viejo, sin plata y sin salud: ¡eso es pobreza! 162

4.2 IR AL HOSPITAL, SALIR DE CASA: ¡TODA UNA CARRERA DE OBSTÁCULOS! 163

4.2.1 Viviendo en esta loma se sufre para ir de un lado a otro 165

4.2.2 ¡El hospital es un viacrucis!, solo es gasto y papeleos 168

4.2.3 Para los médicos, los viejos no merecemos atención 170

4.3 EL APOYO GUBERNAMENAL: UNA LIMOSNA INSUFICIENTE 173

4.3.1 Necesitamos más apoyo del gobierno 174

4.3.2 Cuando uno está viejo ya no le importa a nadie, lo único que recibe son limosnas 178

4.4 ACOMODÁNDOSE AL MUNDO MODERNO: DEL RADIO TRANSISTOR AL TELÉFONO CELULAR 181

4.4.1 El radio y la nevera me facilitan la vida 182

4.4.2 A veces la tecnología no ayuda, me da miedo y no sé cómo usarla 183

4.5 LA FAMILIA: ENTRE LA OBLIGACIÓN, EL AMOR Y LA RETRIBUCIÓN 185

4.5.1 Yo cuento con el apoyo de mi familia, ellos ponen la cara por mí 185

4.5.2 Yo cuidé los hijos, ahora ellos no me descuidan 186

4.5.3 Mi familia me quiere y me respeta, pero… uno no deja de sentirse un estorbo 190

4.6 A DIOS ROGANDO Y LA VIDA ENFRENTANDO 192

4.6.1 Toca llevar las cosas con fe y que sea la voluntad de Dios 193

4.6.2 ¡Con la ayuda de Dios, la familia y los vecinos salimos adelante! 196

4.7 RECONOCIENDO LA INFLUENCIA DEL CONTEXTO AMBIENTAL EN EL CUIDADO DE LAS PERSONAS ANCIANAS 197

5. DESCUBRIENDO LOS CAMINOS DEL CUIDADO POPULAR DE LAS PERSONAS ANCIANAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD Y POBREZA 203

5.1 AHORA DE VIEJO PAGO LAS CONSECUENCIAS DE LA VIDA QUE ME TOCÓ LLEVAR 206

5.1.1 Uno se da cuenta de sus males porque el cuerpo no le sirve como antes 206

5.1.2 La vejez: muchas enfermedades pocas capacidades 208

5.1.3 Invalidez… dejando la vida en manos de otros 213

5.1.4 Los males… frutos de la vida de descuido, trabajo y sufrimiento 216

5.2 TOMAR DECISIONES: UN ENTRAMADO DE CIRCUNSTANCIAS 222

5.2.1 Cuando nos sentimos graves, toca ir al médico 224

5.2.2 Toca esperar a que otros decidan por mí 227

5.2.3 Cuando los males no se curan con los remedios caseros, vamos al hospital 229

5.2.4 A uno de viejo le toca tener más cuidado con la salud 231

5.3 LA EJECUCIÓN DEL CUIDADO: EL VAIVÉN ENTRE LO POPULAR Y LO PROFESIONAL 232

5.3.1 Los actores en la ejecución del cuidado 233

5.3.2 La dependencia y el género en la ejecución del cuidado 239

5.3.3 Las prácticas de cuidado popular en la ejecución del cuidado 241

5.3.3.1 Ayudándome y dejándome ayudar 242

5.3.3.2 Protegiéndome del frío evito más males 245

5.3.3.3 A esta edad toca cuidarse muy bien en las comidas 247

5.3.3.4 Manteniendo limpio el cuerpo y el aire 248

5.3.3.5 Previniendo los males: entre la quietud y el movimiento 249

5.3.3.6 Manteniendo la mente ocupada 251

5.3.3.7 Procurando la tranquilidad 252

5.3.3.8 Buscando alivio con los remedios que conocemos 252

5.3.3.9 Haciendo lo que manda el médico 255

5.3.3.10 Apoyándome en Dios 257

5.5 COMPRENDIENDO EL CUIDADO DE LAS PERSONAS ANCIANAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD: ARMANDO EL ROMPECABEZAS DE LA TRAYECTORIA DE CUIDADO POPULAR 259

6. CONSIDERACIONES FINALES SOBRE EL CUIDADO POPULAR DE LAS PERSONAS ANCIANAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD Y POBREZA 268

6.1 ALGUNAS DIFICULTADES DEL ESTUDIO. 273

6.2 VISLUMBRANDO LAS IMPLICACIONES DEL ESTUDIO 274

6.3 FUTURAS INVESTIGACIONES. 276

BIBLIOGRAFÍA 279

ANEXOS 304

LISTA DE TABLAS

pág.

Tabla 1. Índice de envejecimiento poblacional en Colombia 2

Tabla 2. Fases de análisis de datos propuestas por M. Leininger 141

Tabla 3. Actores que ejecutan el cuidado para mantener y recuperar la salud de las personas ancianas en situación de discpacidad y pobreza 234

LISTA DE FIGURAS

pág.

Figura 1. Pirámide poblacional de Colombia desagregada por sexo y grupos de edad 26

Figura 2. Discapacidad América Latina 34

Figura 3. Prevalencia de población con limitaciones, distribuida por localidad en Bogotá 35

Figura 4. Porcentaje de discapacidad por edad y sexo en Colombia 36

Figura 5. Comparativo de la distribución de población por edades y discapacidad en Bogotá 37

Figura 6. Modelo del Sol Naciente 71

Figura 7. Modelo de Cuidado Cultural en la Adversidad 79

Figura 8. Mapa de Bogotá D. C. y sus localidades 115

Figura 9. Mapa de la Localidad de Chapinero y los barrios que la componen 115

Figura 10. Fotos de los chircales antes de la colonización del sector 154

Figura 11. Fotos de los chircales en el proceso de colonización del sector 155

Figura 12. Lavaderos comunales en el barrio Paraíso 156

Figura 13. Plano de la localidad de Chapinero 157

Figura 14. Vías de acceso a los barrios Villa Anita, Paraíso y San Martín 158

Figura 15. Un sector del Barrio Paraíso 158

Figura 16. El televisor como elemento de conexión con el mundo y facilitador dentro del contexto ambiental 183

Figura 17. Imágenes religiosas en la cotidianidad de las personas ancianas en situación de discapacidad 193

Figura 18. Esquema explicativo del contexto ambiental de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza 198

Figura 19. Tecnologías de ayuda utilizadas por las personas ancianas en situación de discapacidad 244

Figura 20. Adaptaciones tecnológicas realizadas por las personas ancianas en situación de discapacidad 245

Figura 21. La familia y la tecnología como apoyo para las personas ancianas en situación de discapacidad 246

Figura 22. Esquema explicativo de la trayectoria de cuidado popular de las p ersonas ancians en situación de discapacidad y pobreza 259

LISTA DE ANEXOS

pág.

Anexo A. Caracterización de los colaboradores claves. Proyecto Comprendiendo el cuidado de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza. 305

Anexo B. Consentimiento informado presentado a los colaboradores del proyecto Comprendiendo el cuidado de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza 306

Anexo C. Matriz generada por la investigadora para el análisis de los datos en la fase 2. 307

Anexo D. Matriz generada por la investigadora para el análisis de los datos en la fase 3. 307

Anexo E. Cuadro de categorías, patrones y temas culturales del contexto ambiental de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza 308

Anexo F. Cuadro de categorías, patrones y temas culturales de la trayectoria de cuidado popular de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza 307

Anexo F. Prácticas de cuidado para mantener y recuperar la salud realizadas por las personas ancianas en situación de discapacidad.

INTRODUCIÓN

Presentando la investigación

Las poblaciones envejecidas como resultante del desarrollo científico y tecnológico, la disminución de la mortalidad, el aumento de la esperanza de vida, así como la caída de la tasa de fecundidad han sido determinantes en el cambio de la pirámide poblacional, que empieza a mostrar de manera progresiva un incremento cada vez mayor en la población mayor de 60 años. Esta situación que inicialmente correspondió a un fenómeno de los países desarrollados, se ha convertido en una constante mundial que en la actualidad se refleja en los países de Latinoamérica y al cual no es ajeno Colombia.

Es conocido que el envejecimiento de la población va de la mano con el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas que pueden llevar a situaciones de discapacidad. En la revisión de la literatura se encuentra que los trastornos como las enfermedades cerobrovasculares, la depresión, la artrosis, la cardiopatía isquémica y las fracturas de cadera producen el mayor número de casos de discapacidad física en las personas ancianas.[1] Adicionalmente la presencia de más de una condición crónica al mismo tiempo en los ancianos potencializa los riesgos para llegar a una situación de discapacidad.

De otra parte los estudios realizados en los países europeos han mostrado una asociación de la morbilidad de los ancianos con los diferentes factores socioeconómicos, encontrando diferencias en la prevalencia de discapacidad asociada con distintos factores sociales y culturales.[2]

Otros estudios muestran la relación entre pobreza y discapacidad que para el caso de Colombia se observa claramente que el mayor numero de personas con discapacidad se encuentra en los estratos 1 y 2 , lo cual muchas veces conlleva a que estas personas no tengan protección social en salud o tengan dificultades para el acceso a los servicios de salud.[3] Lo cual los convierte en un grupo más

---

[1] GUCCIONE, Nelson et al. The effects of specific medical conditions on the funtional limitations of elders in the Framinghan Study. In: Am public health. 1994, vol. 84, no. 3, p. 351-8.

[2] VANDENBRINK, Caroline. Self repoted disability and association whith performance-based limitation in elderly men: a comparison of three European countrys. In: J Am Geriatr Soc. 2003, vol. 51, no. 6, p. 782-788.

[3] HERNÁNDEZ, Janeth y HERNÁNDEZ, Iván. Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia. En: Rev. salud pública. Bogotá 2005, vol. 7, no. 2, p. 130-144.

vulnerable, pues aunada ala discapacidad se encuentran en condiciones de pobreza.

Este panorama nos lleva a comprender que detrás de las cifras que expresan un aumento progresivo en el número de personas de 60 años o más, en el mundo y en general en los países de Latinoamérica, existen temas de análisis, reflexión e investigación acerca de los problemas de orden social, político y económico y de los desafíos que demanda el cuidado de la salud de las personas ancianas en los diversos contextos.

El cuidado de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza nos lleva a pensar en el fenómeno del envejecimiento no como un proceso homogenizante que reduce a las personas ancianas a unas cuantas características que son generalizables a todas las poblaciones que envejecen , si no, por el contrario a comprender que el envejecimiento y la discapacidad son realidades que están articuladas a factores sociales, políticos, económicos y culturales que determinan unas formas particulares de cuidarse.

Llegar al planteamiento de este trabajo investigativo tiene estrecha relación con mi participación en el grupo de cuidado cultural de la salud de la Universidad Nacional de Colombia, que desarrolla proyectos en el área de enfermería geronto-geriátrica.

Este grupo de investigación ha desarrollado trabajos investigativos que vienen consolidando una línea de trabajo que busca avanzar en la comprensión de las creencias, los valores y las practicas de cuidado de las personas ancianas y sus familias a partir de los trabajos realizados en el contexto brasilero y en contextos urbanos y rurales colombianos.

Este trabajo investigativo tiene su génesis en esta línea de trabajo y tuvo como objetivos:

- ✓ Comprender el contexto ambiental de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza que habitan en cinco barrios de los cerros nororientales ubicados en la ciudad de Bogotá D. C.

- ✓ Comprender la trayectoria de cuidado popular de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza que en habitan cinco barrios de los cerros nororientales en la ciudad de Bogotá D. C.

El desarrollo de estos objetivos de investigación aporta al desarrollo de la enfermería en el área transcultural y en gerontogeriatría, al igual que a la construcción de un cuerpo de conocimientos disciplinares y profesionales para el cuidado de las personas ancianas en Colombia, especialmente aquellas en situación de discapacidad y pobreza desde una perspectiva cultural.

Para lograr comprensión de las formas como las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza realizan su cuidado se utilizó la metodología etnográfica. El trabajo de campo se realizó durante dos años cuatro meses durante los cuales realicé observación participante y entrevistas etnográficas a personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza que viven en cinco barrios de los cerros orientales de Bogotá.

Los colaboradores de este estudio fueron personas de 60 años de edad o más que nacieron en estos cinco barrios o que residían en ellos hace más de 5 años; que vivían solos o acompañados: Algunos de ellos tenían apoyo permanente o intermitente para su cuidado y todos tenían algún tipo de discapacidad física o sensorial de tipo visual que les impedía salir de su casa por sus propios medios. En todos los casos los colaboradores tenían sus funciones mentales preservadas y expresaron verbalmente sus experiencias con relación a los objetivos de esta investigación.

El trabajo se encuentra estructurado en seis capítulos. En el primero contextualice el objeto de estudio de investigación. Presentó en este capitulo el panorama y un análisis de la situación mundial, latinoamericana y nacional de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza y los desafíos que impone para los profesionales de la salud y particularmente para las enfermeras el cuidado de esta población desde la perspectiva cultural.

En el segundo capitulo se desarrolló el referencial teórico que permeo este trabajo investigativo reconociendo la cultura como la lente mediante la cual se abordó el fenómeno de investigación. En este capitulo desarrolle algunos conceptos a partir de la teoría de la universalidad y diversidad del cuidado propuesta por Leininger (1995)[4] hace más de cincuenta años y de la propuesta del Modelos de cuidado en

[4] LEINNGER, Madeleine. Transcultural Nursing concepts, theories, research and practices. New York St. Louis, San Francisco: Mc Graw –Hill, Inc. College Custom series. 1995

la adversidad generada por López 2003).[5] De igual manera se presentó el abordaje y los conceptos de la vejez la, discapacidad y pobreza que se consideraron en esta investigación.

En el tercer capitulo presento la aproximación metodológica, haciendo una descripción detallada de la manera como se lograron los objetivos del estudio, las dificultades y limitaciones en la recolección de la información y en el análisis de los datos, las formas en que se superaron y los criterios de rigor metodológico.

El cuarto y quinto capitulo corresponden a los hallazgos del estudio y en ellos presento los dos temas culturales que emergen del análisis de los datos: *Viviendo en un valle de lágrimas: entre la resignación y la lucha de vivir en la vejez, la discapacidad y la pobreza y Descubriendo los caminos del cuidado popular de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza.* Estos dos temas dan cuenta de la forma en que las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza construyen una trayectoria de cuidado popular que se encuentra influenciada por el contexto ambiental en el que se encuentran.

En el último capitulo presento las consideraciones finales, las cuales corresponden a las reflexiones que se generaron a partir delos hallazgos del estudio.

---

[5]. LÓPEZ, Alba Lucero. O cuidar no contexto da adversidade: a história oral de idosos em uma comunidade colombiana. Tese, doutorado em enfermagem. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP. 2003

1. EL DESAFÍO DEL CUIDADO CULTURAL FRENTE A LA VEJEZ, LA DISCAPACIDAD Y LA POBREZA

Los siguientes datos sobre el envejecimiento mundial tienen el propósito de ubicar al lector en la temática, valorar la situación y sus implicaciones en la actuación de los profesionales de enfermería y de otros profesionales de la salud. El aumento en el número de personas ancianas implica adaptarse a las demandas y a la magnitud de la situación. En Colombia, tal como se mostrara más adelante en este capitulo, un gran porcentaje de este grupo poblacional vive en condiciones de vulnerabilidad y, por lo tanto, requiere atención por parte de los profesionales de salud.

Esta situación de vulnerabilidad se constituye en un llamado a los profesionales de enfermería, quienes deberán prepararse para brindar un cuidado culturalmente congruente, esto es, un cuidado que reconozca los saberes, las creencias y las prácticas de las personas ancianas en situación de discapacidad, que conjugue lo más avanzado de los conocimientos generados por la enfermería en el orden nacional y en el internacional. La preocupación entonces no está dada por las cifras que presenta la demografía en sí misma, sino por las características sociales y culturales de este grupo poblacional.

Si bien es cierto que las personas ancianas son vistas como un grupo homogéneo, dadas algunas características como la edad, las condiciones de salud, entre otras, también es cierto que se debe reconocer su diversidad y las consecuencias que eso tiene en las necesidades de salud. En ese sentido, es preciso reconocer que la cultura es la lente por medio de la cual las personas ven el mundo y que sus creencias y prácticas para mantener la salud, para tratar la enfermedad, para rechazar o para aceptar las formas de cuidado propuestas en los servicios de salud están insertas en ella.

De esta manera, es imperativo reconocer el componente cultural como un eje que debe permear el cuidado, pues el desafío no se encuentra en analizar las elevadas cifras que muestran las proyecciones estadísticas, sino en reconocer la diversidad, que se expresa también en el cuidado, es decir, en el cuidado popular[6]

[6] En esta investigación, el cuidado popular se comprende como el cuidado que se realiza a partir de los conocimientos y habilidades derivados de unos valores y creencias esto es, la cosmovisión y experiencias de vida construidas por las personas ancianas en situación de discapacidad. que son culturalmente aprendidos, transmitidos en su mayor parte de manera oral, de generación en generación, y son influenciados por el contexto en el que se desarrollan. El cuidado popular utiliza un conocimiento práctico y un lenguaje sencillo de entender y se desarrolla en un entorno familiar, pues es el primer recurso al que las personas ancianas acceden para solucionar sus situaciones de salud. Este conocimiento se construye en el interior de la familia y de las personas allegadas que comparten el mismo contexto y visión de mundo. En el cuidado popular se

que, articulado con el cuidado profesional, permitirá brindar un cuidado cultural que genere respuestas adecuadas a las necesidades de este grupo poblacional.

1.1 LA VEJEZ UN ASUNTO DE TODOS

Para la mayoría de las personas es una realidad llegar a la vejez; por lo tanto evitamos pensar en ello y la asumimos como condición lejana y de otros. No obstante, la demografía del envejecimiento se ha encargado de mostrarnos en cifras que la vejez es un fenómeno mundial.

El envejecimiento demográfico se define como el aumento progresivo de la proporción de personas de 60 años de edad y más con respecto a la población total[7]. Se han descrito tres factores que inciden en el envejecimiento demográfico: en primer lugar, el descenso de la fecundidad, el factor principal para la modificación de la estructura etaria de las poblaciones; en segundo lugar, la baja de mortalidad, que influye en el aumento de la población mayor de 60 años, y, finalmente, los procesos migratorios, que pueden alterar las estructuras etarias. Si bien este fenómeno no es claro, el efecto del movimiento poblacional sobre el envejecimiento puede ocasionar envejecimiento principalmente de las zonas de origen, pues los migrantes en su gran mayoría son adultos jóvenes[8].

De acuerdo con las tendencias actuales, se prevé que entre el 2005 y el 2050, el aumento de la población mayor de 60 años de edad va a representar cerca de la mitad del crecimiento total de la población mundial[9]. Igualmente, se prevé un crecimiento en el grupo de 80 años y más, el cual pasará de 90 millones (reportados en el 2005) a 400 millones en el 2050[10]. Esta consideración es importante si se tiene en cuenta que las personas mayores de 80 años requieren

---

utilizan los saberes propios culturalmente heredados y se incorporan nuevas formas de cuidado de la salud provenientes del sector profesional de la salud. Este cuidado incluye acciones como uso del ambiente natural, plantas, automedicación, autotratamiento, prácticas religiosas y otras acciones que han sido asimiladas de los servicios de salud, las cuales tienen el fin de mantener y recuperar la salud.

[7] COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). División de demografía de la CEPAL. Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. 2006.

[8] CEPAL, Op. cit., p. 18

[9] ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Estudio económico y social mundial el envejecimiento de la población mundial es inevitable. Hoja informativa [en línea]. Disponible en Internet: http://www.un.org/esa/policy/wess/. 2007.

[10] Ibíd.

mayor atención de los servicios sociales y mayor apoyo por parte de la familia, pues a esta edad la mayoría de ellos tienen múltiples problemas de salud y enfermedades discapacitantes.

En América Latina y el Caribe, en el 2000, se contaba con 41 millones de personas mayores de 60 años, lo cual equivale al 8% de la población, y se estima que para el 2050 esa cifra casi se triplicará y llegará a un 22% del total de la población, es decir, habrá 181 millones de personas mayores de 60 años[11]. Entre tanto, Colombia no es ajena a esa realidad, pues el censo de 2005 reportó un aumento del índice de envejecimiento, que pasó en 1993 de 13,1 a 20,5, en el 2005. Como se puede apreciar en la Tabla 1, hay un mayor índice de envejecimiento en el sexo femenino (23) con relación al masculino (18,2).

Tabla 1. Índice de envejecimiento poblacional en Colombia

Índice de Envejecimiento	1993	2005
Hombres	12,2	18,2
Mujeres	14,1	23,0
Total	13,1	20,5

Tomado de: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo de Población 2005. Bogotá, 2006.

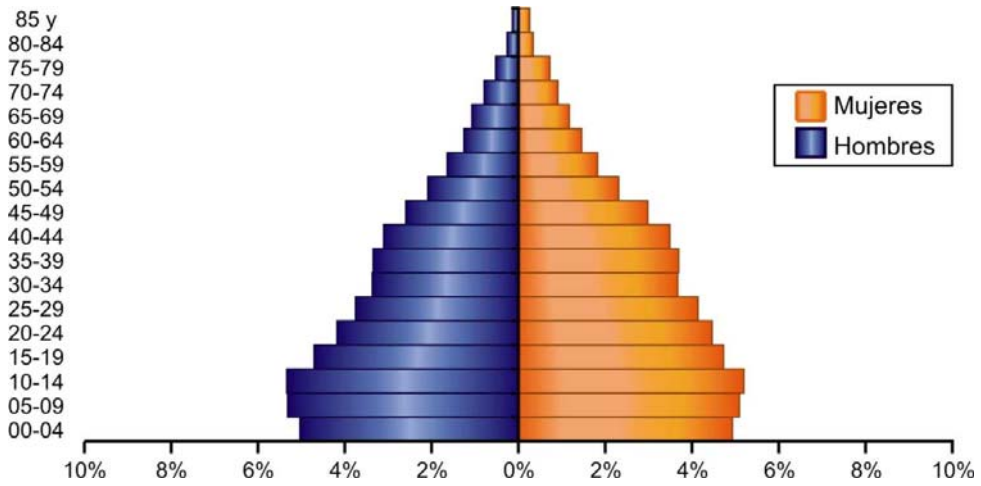
Colombia posee 41.242.948 habitantes, de los cuales 2.612.508 (6,3%) son mayores de 65 años de edad. La población adulta mayor se concentra, en un 63,1%, en Boyacá, Tolima, Bogotá, Cundinamarca, Caldas, Antioquia, Valle del Cauca, Quindío, Santander, Atlántico y Bolívar[12]. El 54,6% de esas personas mayores pertenece al sexo femenino, mientras que el 45,4% pertenece al sexo masculino (Figura 1). De ellos, el 39% de las personas mayores de 65 años están casadas; el 31% son viudos y viudas; el 14,1% son solteros, y el 7% son divorciados. Las mujeres viudas constituyen un porcentaje alto de la población mayor[13].

[11] CENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO DE DEMOGRAFÍA (CELADE) - División de Población Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Los adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Datos e Indicadores. Boletín Informativo. 2002.

[12] COLOMBIA. Departamento Nacional de Estadística DANE. Censo General 2005. República de Colombia. Población adulta mayor. 2007.

[13] Ibíd.

Figura 1. Pirámide poblacional de Colombia desagregada por sexo y grupos de edad



Tomado de: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo de Población 2005. Bogotá, 2006.

En el Distrito Capital los datos del censo arrojaron una población de 6,8 millones de habitantes, de los cuales 564.223 corresponden a personas mayores de 60 años, lo cual equivale al 3,8% de la población total[14]. En la distribución de la población por localidad se observaron tres categorías: las altamente concentradas, definidas como aquellas que tienen más del 9% de la población mayor, como Kennedy (13,8%); las medianamente concentradas, aquellas que tienen entre el 3% y el 9% de la población, por ejemplo, Ciudad Bolívar, y las menos concentradas, con menos del 3% de la población, como Tunjuelito. Las personas de esta investigación habitan en la Localidad de Chapinero, considerada una de las localidades de más baja concentración de personas ancianas, con un 2,9%[15].

De acuerdo con los cambios descritos en el patrón de crecimiento (mundial y local), todos los datos indican que estamos entrando en una etapa de envejecimiento demográfico, para el cual las naciones se están preparando, estableciendo planes, programas y proyectos adecuados a sus necesidades. Sin embargo, en la práctica y en el cotidiano de las personas, no se ha hecho evidente y palpable esta situación, tal vez porque nuestro país aún se encuentra en una etapa de transición donde todavía es pequeña la proporción de personas

[14] VEEDURÍA DISTRITAL (Bogotá). Situación de la persona mayor en Bogotá. En: Vivir en Bogotá. no. 4. Editorial Litoperla impresos limitada 2007. p. 20 -30.

[15] Ibíd.

ancianas. Este panorama invita a pensar que envejecer no es un tema de dominio privado al cual debe hacer frente el individuo y la familia, sino que es un tema vigente en las discusiones nacionales e internacionales, en lo académico y lo social.

Debert propone a que el asunto del envejecimiento salga del plano de lo privado y llegue al terreno de lo público[16]. Sugiere a que los estudios del fenómeno del envejecimiento no permitan la "reprivatización" de la vejez, donde se les quiere atribuir, exclusivamente a las personas, el éxito o fracaso de su proceso, un tanto desconociendo que factores sociales, económicos y políticos marcan las historias de vejez y envejecimiento individual y poblacional.

Los datos y las cifras recalcan los efectos sociales de la vejez; sin embargo, los viejos siempre han existido en la historia de la humanidad; la diferencia actual está dada por las características particulares que tendrá el fenómeno del envejecimiento, esto es, las necesidades particulares en términos de la preparación del recurso humano para atender a esta población y las formas de cuidado que deberán generarse para atender estas necesidades.

Por ello, a partir de una reflexión sobre la situación de las personas ancianas, los profesionales de enfermería pueden implementar un cuidado de calidad que considere, de manera integral, realidades como la pobreza y la discapacidad de este grupo poblacional, con el fin de mejorar su calidad de vida.

1.1.1 Las personas ancianas como grupo vulnerable. Las cifras sobre las características sociodemográficas de la vejez confirman la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las personas ancianas en Colombia, muy semejante a la realidad latinoamericana. Los aspectos sociodemográficos configuran el contexto ambiental en el cual viven sus experiencias de vejez y discapacidad los colaboradores de este estudio. De esta manera, encuentro que el contexto ambiental en el que viven las personas ancianas es crucial para comprender la forma cómo las personas ancianas en situación de discapacidad realizan su cuidado y construyen trayectorias y prácticas de cuidado acordes con las potencialidades y/o barreras que ofrece ese contexto ambiental.[17]

---

[16] DEBERT, Guita Grin. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Edusp, 1999. p. 66-67

[17] El contexto ambiental en esta investigación se refiere a los aspectos del mundo externo que forman parte de la vida de una persona y afectan su funcionamiento. Está conformado por los factores religiosos, sociales (familiares y de relación con los servicios de salud), económicos, políticos, tecnológicos, físico-geográficos e historia cultural.

Las características demográficas que se tienen en cuenta para determinar las necesidades de las personas ancianas son su lugar de procedencia (rural o urbana), género, estado civil, educación y sus recursos económicos. Todas estas características son importantes, pues cada una de ellas imprime diferencias en la forma de experimentar la vejez.

De esta manera, se observa que en áreas rurales habitan más personas envejecidas que en las zonas urbanas[18],[19]. En cuanto al género, la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y las Naciones Unidas identifican que por diferentes razones las mujeres viven más tiempo que los hombres[20]; entre tanto, el estado civil se identifica como un rasgo importante para analizar su situación, dado que vivir en pareja está vinculado con las relaciones y redes de apoyo a las que pueden acceder, lo cual es importante en la planeación de programas y políticas de vejez[21]. No obstante, el nivel educativo puede incidir en el acceso a recursos en la vejez o revelar las particularidades generacionales del acceso a la educación en determinadas etapas de la de vida[22]; mientras el acceso a recursos económicos se revela como el aspecto más crítico del contexto ambiental de las personas ancianas.

Dado este último factor, se considera que el trabajo genera ingresos y ahorros, permite el acceso a sistemas de seguridad social, fomenta redes de apoyo (principalmente las familiares) y ayuda a la tenencia de una vivienda[23]; sin embargo, en América Latina sólo cerca del 50% de la población de personas mayores que vive en el área urbana tiene acceso a una pensión por jubilación, lo cual hace notar que una gran parte de sus ingresos proviene de su familia y de las redes sociales de ayuda[24]. Por ejemplo, los subsidios y programas de atención al adulto mayor en pobreza del Distrito Capital, los cuales aun cuando brindan cierto apoyo, sólo ayudan a un sector de este grupo en situación vulnerable.

---

[18] CEPAL, Op. cit., p. 31 -34.

[19] ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, Op. cit., p. 6.

[20] Ibid.

[21] CEPAL, Op. cit., p. 47-55.

[22] HELP AGE INTERNACIONAL. Acción global sobre el envejecimiento. El informe sobre envejecimiento y el desarrollo: un resumen: pobreza, independencia y las personas mayores en el mundo. 2007

[23] Ibíd.

[24] CEPAL, Op. cit., p. 56.

En lo concerniente a la educación, en Colombia se observa diversidad de niveles educativos, medidos en términos de alfabetización, así: el 80% de personas mayores de 65 años cuenta con algún grado de educación (esto es, han cursado algún grado en la escuela primaria, asi sea de manera incompleta) y se ubica en los departamentos de Quindío, Risaralda, Valle del Cauca, San Andrés y el Distrito Capital; mientras que en los departamentos de La Guajira, Vaupés y Vichada, el índice de alfabetismo de las personas mayores es inferior al 40%[25]. En Bogotá, el 87,8% de la población de 60 años y más es alfabeta. De esta población, el mayor porcentaje de alfabetización lo tienen los hombres, con un 90,5%; en tanto las mujeres tienen un 85,8%[26].

Por lo tanto, se evidencia la relación entre educación y pobreza como explicación a los bajos recursos económicos y las condiciones difíciles en las cuales se encuentran las personas ancianas[27]. En este sentido, ellas son dependientes económicamente *per se*, ya que aquellas que no tuvieron acceso a una educación que les permitiera realizar trabajos cualificados y formales para generar mejores ingresos, difícilmente van a tener la posibilidad de salir de la situación de pobreza y vulnerabilidad, así hayan trabajado durante toda su vida de manera informal; en consecuencia, no tendrán la posibilidad de acceder al sistema de seguridad social, es decir, a salud y pensiones.

La participación en el mercado laboral de las personas ancianas en Colombia es limitada: sólo cerca del 29,9% de las que se encuentran entre los 60 y los 79 años de edad continúan participando en este. Aún más, a partir de los 80 años, el porcentaje se reduce al 5,8%[28], y aunque en Colombia la mayor parte de la población mayor de 60 años se mantiene laboralmente activa, esto no siempre implica una remuneración económica, pues su participación laboral en ocasiones ayuda a mantener sus hogares y a disminuir la pobreza mediante actividades como el cuidado de los nietos.

Así mismo, en Colombia menos del 50% de las personas ancianas tiene la posibilidad de acceso a una pensión.Esta cifra coincide con lo planteado en el panorama Latinoamericano. La situación tiende a ser más negativa debido a las

---

[25] COLOMBIA. Departamento Nacional de Estadística DANE. Censo General 2005. Op. cit., p. 19.

[26] COLOMBIA. Ministerio de la protección social. Diagnóstico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en colombia, 2004 [en línea]. Disponible en Internet: http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo16412DocumentNo4751.PDF

[27] HELP AGE INTERNACIONAL. Acción global sobre el envejecimiento., Op. cit. p. 7-9.

[28] COLOMBIA. Ministerio de la protección social. Op. cit., p. 16

nuevas políticas gubernamentales respecto a los sistemas de pensiones, en las cuales se prevé un aumento en la edad y el número de semanas de cotización. Ello lleva a pensar que en los años venideros habrá un mayor número de personas ancianas que va a estar trabajando con mayor edad[29].
Por otra parte, la feminización de la vejez y la pobreza son fenómenos internacionales y locales similares. De esta manera, observaremos que serán las mujeres ancianas la población más empobrecida. Esta característica cobra relevancia si se tiene en cuenta que la experiencia de la vejez es diferente según el género[30]; así mismo, las formas de cuidado están marcadas por sus particularidades. Dada esta realidad, los servicios de salud deberían generar estrategias de atención acordes con las diferencias que imprime el género en el cuidado.

1.1.2 Vislumbrando la salud de las personas ancianas. Las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza, pueden estar menos protegidas en los sistemas de salud. Ellas, tienen muchas limitantes en el contexto ambiental donde viven, algunas relacionadas con los servicios de salud, lo cual influye en la búsqueda de otras opciones de cuidado de la misma , esta situación hace que se apoyen en la familia y en los recursos derivados de su herencia cultural.La influencia de los aspectos relacionados con la salud, los servicios de salud y la experiencia de las personas ancianas respecto a ellos se abordan en profundidad en los capítulos de resultados de esta investigación.

Con el ánimo de vislumbrar la situación de salud de las personas ancianas se hace necesario entonces, considerar los indicadores de salud y bienestar específicos para la vejez, los cuales consideran cuatro áreas básicas: los referidos a la mortalidad y sus causas, aquellos relacionados con el estado de salud en la vejez, los aspectos ligados a los estilos de vida y factores de riesgo y por último los que se vinculan con la atención en salud[31].

En primer lugar, las enfermedades crónicas no transmisibles (como artritis, diabetes o enfermedades cardiovasculares) son de larga duración y en la etapa de la vejez afectan en mayor medida la calidad de vida de las personas mayores, al disminuir su funcionalidad y requerir el apoyo permanente o la institucionalización[32]. Su prevalencia en la población envejecida obedece a

[29] Ibíd.

[30] DEBERT, Guita Grin. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. Op. cit., p. 33.

[31] CEPAL, Op. cit., p. 78.

[32] Ibíd.

múltiples factores de riesgo, además de los genéticos, los cuales deberían ser objeto de vigilancia; sin embargo, las campañas de prevenciónde la enfermedad y promoción de la salud están dirigidas a los jóvenes y a los adultos, y han dejado de lado a las personas mayores, con el argumento de que en estas últimas es demasiado tarde para generar cambios de conducta. Sin embargo, está demostrado que con la prevención secundaria dirigida a las personas mayores se pueden minimizar las enfermedades crónicas, impedir complicaciones y retardar la discapacidad[33].

En segundo lugar, el deterioro cognitivo y las caídas se constituyen en situaciones de salud que pueden afectar la funcionalidad, es decir, la capacidad de realizar determinadas acciones para la subsistencia y el autocuidado y que permite a la persona desarrollar la vida en sociedad[34]. De acuerdo con estudios de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), alrededor de un 20% de las personas mayores que vive en comunidad reporta tener dificultades en el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria y en las actividades instrumentales de la vida diaria, y esta proporción aumenta al 26% en la población de 70 años y más.

En Colombia son escasos los reportes de la situación de salud para las personas mayores, ante lo cual asumí los registros de las causas de mortalidad para analizarla[35]. Para el caso de nuestra población, las principales causas registradas son las cardiopatías isquémicas, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las neoplasias y la diabetes mellitus. Respecto a la morbilidad sentida, pude determinar que las principales patologías en personas mayores son la hipertensión, la diabetes, la artritis, la osteoporosis y la hipercolesterolemia[36].

Al igual que en el resto de Latinoamérica, en Colombia las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de morbimortalidad y los factores de riesgo están en aumento desde las poblaciones más jóvenes. Así, la percepción

---

[33] Ibíd.

[34] Ibíd.

[35] COLOMBIA. Ministerio de la protección social. Op. cit., p. 16.

[36] CARDONA, Doris; ESTRADA, Alejandro. y AGUDELO, Hector. Envejecer nos “toca” a todos: Carácterización de algunos componentes de la calidad de vida y de la condición de salud de la población adulta mayor [en línea]. Medellin: Universidad de Antioquia. Citado por: Min protección social. Diagnóstico preliminar sobre personas mayores dependencia y servicios sociales en Colombia, p. 7. Disponible en Internet: http://www.universia.net.co/tesis-de-grado/view-document/documento-350.html

de salud para las personas mayores es mala, dada tal vez por la asociación entre discapacidad y vejez que poseen la mayoría de los adultos mayores. [37].

En tercer lugar, tuve en cuenta los denominados *estilos de vida* y *factores de riesgo* que considera la CEPAL, para evaluar la situación de salud de las personas mayores. Los primeros se describen como factores para llevar una vejez saludable y los segundos implican un deterioro de la salud y de la calidad de vida[38].

Por último, la atención en salud se constituyó en el cuarto elemento de análisis de la situación de salud de las personas, dado que las actividades que se realizan en el ámbito sanitario para las personas mayores deberían apuntar a detectar las enfermedades y mantener la capacidad funcional de este grupo poblacional. Sin embargo, dada la complejidad del análisis, la atención en salud se ha operacionalizado con indicadores como la afiliación al sistema de salud, la disponibilidad de servicios y la disponibilidad de personal capacitado para atender a la población mayor, los cuales no dan cuenta cabal del papel que tiene la atención en salud en la calidad de vida de las personas mayores. Cuestiones como el acceso al sistema de salud, los costos no derivados de la atención y la misma organización de los sistemas de salud no son tenidas en cuenta para analizar las condiciones de las personas mayores.

En Colombia, de acuerdo con el Ministerio de la Protección Social, en el 2005 se encontraban afiliadas al régimen subsidiado 127.407 personas mayores pertenecientes a Bogotá. Los afiliados al régimen contributivo eran 3.694.210[39]. Estas cifras ponen en evidencia que existe un porcentaje significativo de personas ancianas que no acceden a ningún tipo de seguridad social, si se tiene en cuenta que el porcentaje de personas mayores de 65 años corresponde al 6.3% del total de la población total colombiana, lo cual señala las dificultades que tienen para acceder a estos servicios. De esta manera, las condiciones de vejez, discapacidad y pobreza que pueden experimentar muchas personas ancianas que no se encuentran afiliadas a un régimen de salud los convierte en un grupo vulnerable. En este sentido, el Estado y los servicios de salud deben propiciar condiciones para aumentar la cobertura de las personas ancianas y brindar cuidados adecuados a sus condiciones.

---

[37] COLOMBIA. Ministerio de la protección social. Op. cit., p. 16.

[38] CEPAL, Op. cit., p. 87.

[39] SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, Bogotá. Respuesta social desde el sector salud. Grupo funcional persona mayor presentación abril 2006. Citado por: Veeduría Distrital. Situación de la persona mayor en Bogotá. En: Vivir en Bogotá. No. 4. Editorial Litoperla impresos limitada 2007.

En la actualidad es alarmante identificar que las personas adultas llegan a la vejez con más enfermedades, lo cual a la larga conducirá a tener mayor dependencia. De hecho, un rasgo sobresaliente de las personas ancianas es el aumento en sus niveles de dependencia. Por ende, conocer el estado de la funcionalidad de las personas ancianas permite prepararse para dar un cuidado individualizado de acuerdo con los niveles de funcionalidad o de discapacidad que presenten.
De la misma manera, este grupo de personas ancianas invita a los profesionales de enfermería a repensar las formas de cuidado que se brindan, así como a proponer algunas más acordes con su cultura y sus condiciones. En este sentido, se debería replantear el rol de la enfermera en el trabajo domiciliario, dado que en el futuro las cifras de personas ancianas en situación de discapacidad que no pueden salir de sus casas por sus propios medios aumentarán de manera significativa.

1.2 DISCAPACIDAD: UNA REALIDAD PARA MUCHOS, PREOCUPACIÓN DE UNOS POCOS

A continuación se presentan una serie de datos estadísticos, políticas y programas relacionados con la situación de discapacidad, en los ámbitos internacional y local. El propósito de esta revisión es brindar un panorama sobre la realidad de la discapacidad y posteriormente relacionarla con la vejez, dado que la relación discapacidad-vejez pone a las personas en condiciones de extrema vulnerabilidad, y por ello se les deben brindar cuidados particulares, acordes con su situación.

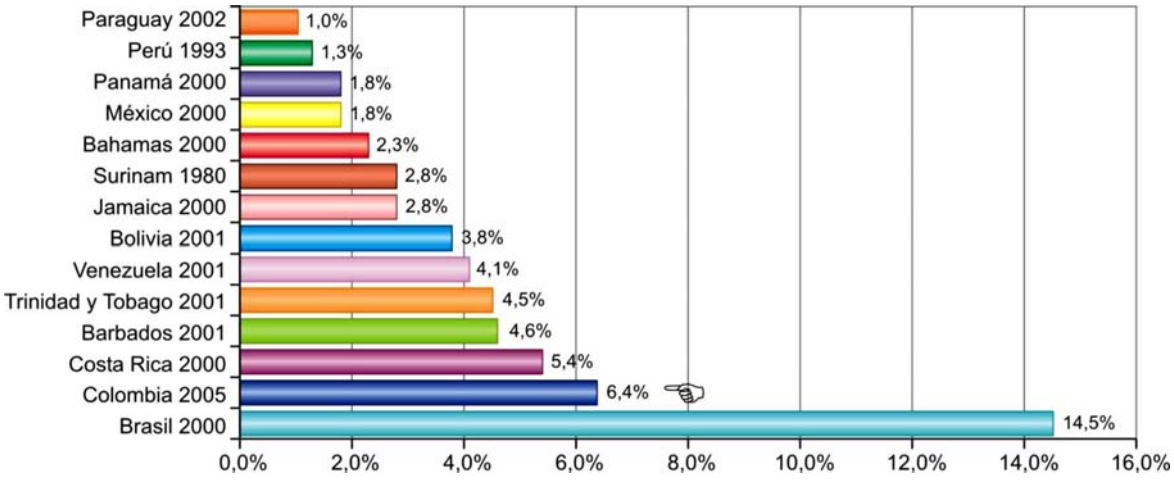
En términos generales, en la actualidad hay un interés marcado por la discapacidad como tema de discusión, estudio y diseño de políticas, tanto en Colombia como en el mundo. La creciente atención dada a la situación de discapacidad en los órdenes político y social, desde hace más de dos décadas, ha despertado el interés de los legisladores sobre la temática, lo cual a su vez ha contribuido a generar leyes, planes de atención nacionales y locales dirigidos a la población con discapacidad, sumado, sin lugar a dudas, al empoderamiento de la comunidad científica especializada en el tema y de las personas en situación de discapacidad y sus familias.

Las personas que se encuentran en situación de vejez y de discapacidad hacen parte de una población vulnerable dentro de la sociedad y son objeto de atención y responsabilidad del Estado, el cual busca restablecer sus derechos y deberes. Igualmente, las enfermeras podrían desempeñan un papel clave en el trabajo con las personas ancianas en situación de discapacidad, ya que como parte de su responsabilidad social, deben propiciar la mejora de sus condiciones de salud y buscar el mejoramiento de su calidad de vida.

En los abordajes teóricos se considera la discapacidad como un concepto complejo y dinámico, cuyos elementos están situados en el individuo y en el entorno social; de esta manera, la situación de discapacidad se contempla como un problema social que necesita respuestas políticas, económicas y del conjunto de la sociedad.

En el ámbito internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que cerca del 10% de la población total posee algún tipo de discapacidad[40], y entre los países de Latinoamérica con mayor población en esta situación , Colombia ocupa el segundo lugar (6,4%), después de Brasil (14,5%), así como se aprecia en la Figura 2[41].

Figura 2. Discapacidad América Latina



Tomado de: DANE. Censo general 2005: discapacidad personas con limitaciones permanentes. Bogotá, 2006.

Colombia tiene una población de 41.242.948 habitantes[42], de los cuales 2.632.255 (6,4%) tienen, por lo menos, una limitación. Las limitaciones para ver y caminar son las más frecuentes, con un porcentaje de 43,5% y un 29,3%,

[40] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS. Prevención de las enfermedades Crónicas: una visión vital.http/www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/

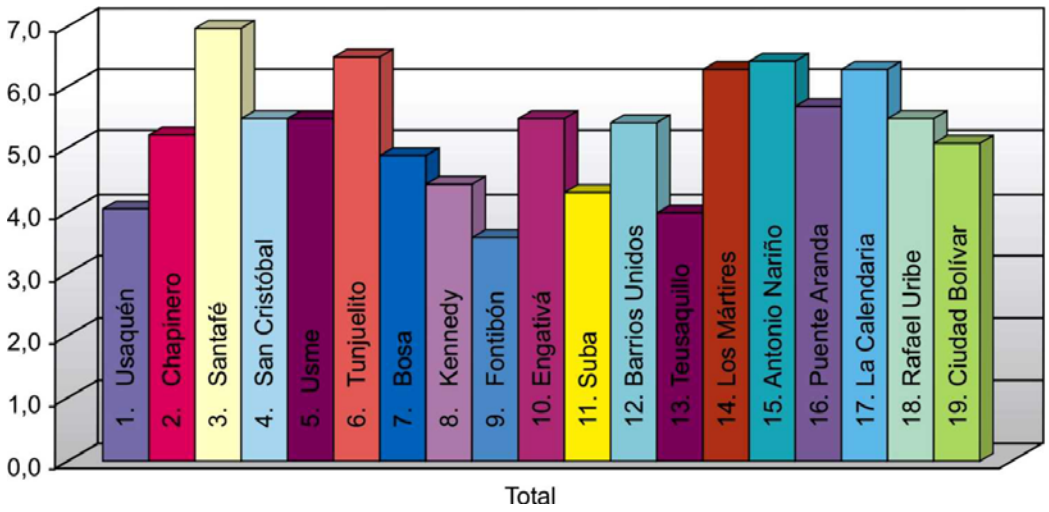
[41] DANE. Censo general 2005: discapacidad personas con limitaciones permanentes. Bogotá, 2006.

[42] Ibíd.

respectivamente[43]. En el ámbito nacional, Cauca (9,5%) y Nariño (9,2) son los departamentos con un promedio más alto de personas con limitaciones; mientras La Guajira tiene el menor porcentaje de personas con limitaciones (3,7%). Para Bogotá esta cifra es del 5%.
De acuerdo con el censo del 2005[44], la situación de discapacidad aumenta con la edad. Así es como en las mujeres mayores de 60 años de edad las limitaciones para moverse y pensar, al igual que las deficiencias de los sistemas osteomuscular, inmunológico y cardiorrespiratorio, son las principales limitaciones.

Existe una población significativa de personas ancianas en situación de discapacidad en Bogotá, aunque el porcentaje es menor al nacional. Se observa que la localidad con mayor porcentaje de discapacidades es la de Santa Fe, con el 7%, y la de menor prevalencia es la de Fontibón, con 3,6%. Entre tanto, la de Chapinero presenta un 5% de personas en situación de discapacidad, y las de este estudio pertenecen a esta última Localidad (Figura 3).

Figura 3. Prevalencia de población con limitaciones, distribuida por localidad en Bogotá



Tomado de: Secretaría de Salud. Lineamientos de discapacidad. Bogotá, 2007.

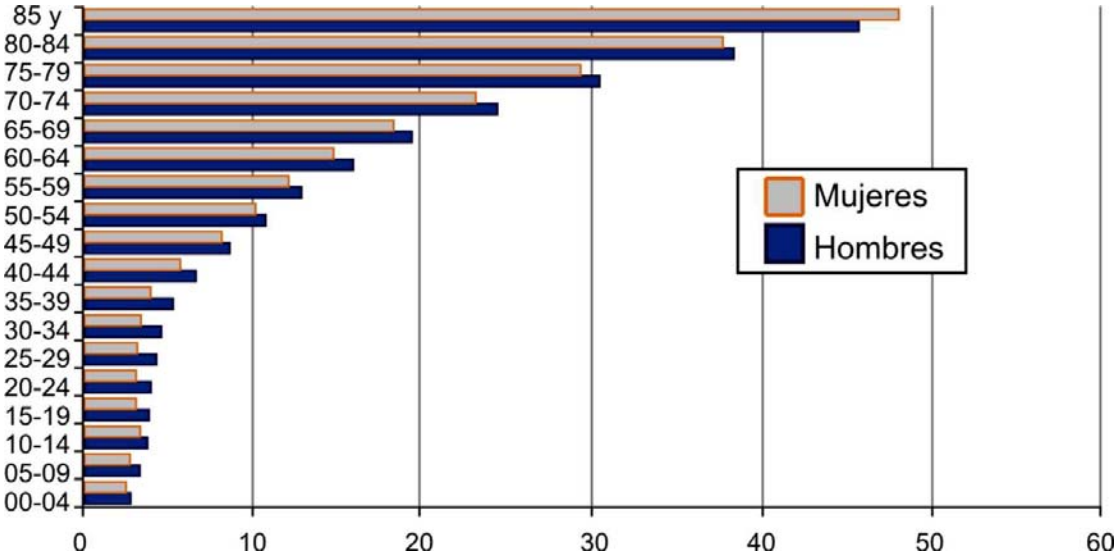
[43] Ibíd.

[44] Ibíd.

De acuerdo con el estudio de Reyes *et al*.[45], la discapacidad de las personas de mayor edad está asociada con su mayor riesgo de hospitalización, morbilidad y muerte. En los datos mostrados por la OPS las dificultades para realizar actividades de la vida diaria (AVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) aumenta con la edad en todos los países, y es mayor en mujeres que en hombres; sin embargo, para las mujeres la mayor dificultad es la de realizar AIVD. Las mayores dificultades tanto para hombres como para mujeres están relacionadas con caminar, trasladarse y bañarse.

En Colombia, el censo del 2005 reportó una prevalencia superior al 10% de limitaciones permanentes en la población de 50 años de edad y más, principalmente en hombres, excepto en el grupo de más de 85 años. En el grupo de 50-54 años, la presencia de limitaciones es del 10.6% en hombres y del 10,1% en mujeres. En el grupo de 80 a 84 años los hombres están en el orden del 38,3%, y las mujeres, en el de 37,6%. En los mayores de 85 años las mujeres, están cerca del 48%, y los hombres, del 46% (Figura 4)[46].

Figura 4. Porcentaje de discapacidad por edad y sexo en Colombia



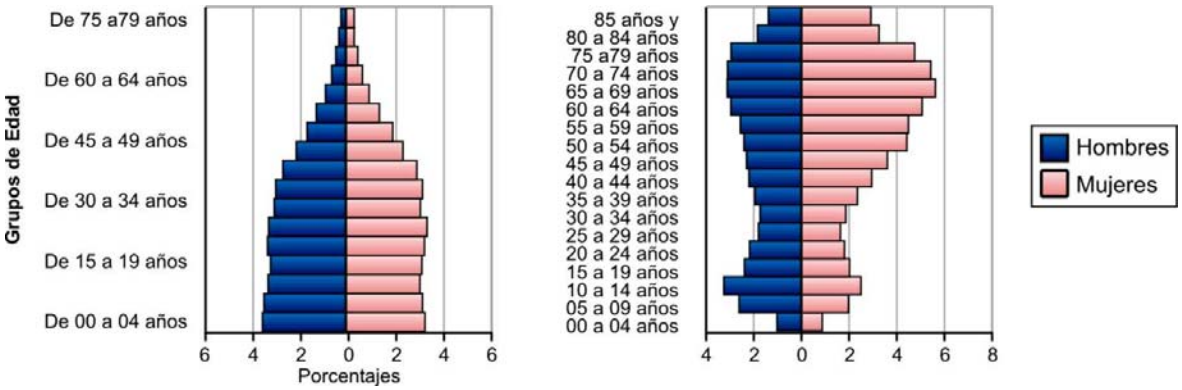
[45] REYES-ORTIZ, Carlos A, et al. Cross-national comparison of disability in Latin American and Caribean persons aged 75 and older. In: Arch Gerontol Geriatr. 2006, vol. 42, p. 21–33.

[46] COLOMBIA. Departamento Nacional de Estadística DANE. Censo General 2005. Op. cit., p. 19.

Tomado de: DANE. Censo de población y vivienda 2005. Bogotá, 2006.

En las personas mayores de 65 años, el 12,52% posee limitaciones para moverse o caminar, el 3,3% tiene limitaciones para su autocuidado y el 2,53% posee limitaciones para hablar[47],[48]. De la misma manera, la discapacidad en el Distrito Capital está en relación directa con el aumento de la edad (Figura 5).

Figura 5. Comparativo de la distribución de población por edades y discapacidad en Bogotá



Tomado de: DANE y Secretaría Distrital de Salud. *Registro de localización y caracterización de la población con discapacidad*, Bogotá, 2005.

En las condiciones actuales, la brecha entre ser viejo y tener discapacidad es muy estrecha, debido a las difíciles condiciones que enfrentan las personas ancianas: pobreza, exclusión social y multiplicidad de enfermedades crónicas, consecuencia de diversas dificultades a lo largo de la vida, y que se constituyen en condiciones que los hacen más vulnerables y susceptibles de tener algún tipo de deficiencia, limitación o restricción. De esta manera, es complicado hablar de una vejez "sana" o de generar estrategias que busquen un "envejecimiento exitoso en las personas ancianas", pues están dadas las condiciones para que se presente la discapacidad. Por esto debemos enfrentar el reto del cuidado de la salud de

---

[47] COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de envejecimiento 2007-2009 [en línea]. Disponible en Internet: http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/NewsDetail.asp?ID=17617&IDCompany=3

[48] CARDONA, ESTRADA y AGUDELO, Op. cit. p. 7.

personas ancianas con discapacidad en situaciones como la pobreza y los ambientes adversos que las hacen singulares.

Al analizar las cifras sobre la discapacidad y las características de la población que la experimenta, a la luz de su utilidad en esta investigación puedo identificar varios aspectos de interés. En primera instancia, las cifras sobre vejez y discapacidad ponen a la mujer en condiciones difíciles, pues son ellas quienes vivirán más, tendrán más problemas de salud y discapacidades, así como seguirán siendo las principales cuidadoras y participes en el hogar, lo cual debe tenerse en cuenta en los programas y servicios de salud, en términos del impacto en salud y los programas dirigidos a esta población.

En segunda instancia, el género y el grado de discapacidad permiten conocer cómo las personas configuran su cuidado. Por ende, si el cuidado se estructura según el género y el grado de discapacidad, existirán diferencias significativas en la toma de decisiones y en las prácticas de cuidado de la salud. Al igual que la población de personas ancianas, las personas en situación de discapacidad experimentan dificultades económicas, las cuales generan un contexto ambiental lleno de obstáculos en el cual deben afrontar sus situaciones de salud y configurar prácticas de cuidado acordes con él.

Por último, la estructura y la información sobre la discapacidad y la vejez obedecen a la lógica proporcionada por los modelos económicos de desarrollo, en el marco del desarrollo industrializado, lo que se refleja en los servicios de salud, en los cuales aún predomina la priorización de los grupos poblacionales productivos.

1.3 POLÍTICAS PÚBLICAS Y PROGRAMAS PARA LA VEJEZ Y LA DISCAPACIDAD: LA RESPUESTA DE LA SOCIEDAD

A pesar de la gran cantidad de normas y legislación existente a favor de las personas en situación de discapacidad y vejez, las condiciones de estos grupos no son las mejores en la mayoría de los países; ellos están entre los grupos con más alta vulnerabilidad y pobreza[49]. A continuación se presentan las políticas y programas desarrollados en Colombia para atender a las personas en situación de discapacidad y a las personas mayores.

[49] HELP AGE INTERNACIONAL. Acción global sobre el envejecimiento., Op. cit., p. 4.

1.3.1 Políticas para la vejez. En la mayoría de los países del mundo, la vejez es un tema prioritario de sus agendas internacionales y nacionales. A partir de las recomendaciones de organizaciones como las Naciones Unidas y las asambleas mundiales sobre envejecimiento, realizadas en el 2002 y el 2004, se han generado políticas y programas que buscan responder a los desafíos que representa el envejecimiento en los países en vías de desarrollo.

En Colombia, la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, para el periodo 2007-2019[50] busca atender integralmente las necesidades de las personas mayores y del proceso de envejecimiento. Esta política hace hincapié en aquellas personas en condiciones de vulnerabilidad social, económica y de género. Se sustenta bajo los principios de universalidad, equidad, dignidad, solidaridad intergeneracional, justicia social distributiva, participación social y enfoque diferencial.

Aunque esta política es de origen reciente, sus objetivos y metas buscan incidir en toda la población anciana; sin embargo, todavía es muy pronto para evaluarla, ya que su implementación y operacionalización apenas se inició en el país. Para el Distrito Capital, se ha evidenciado que falta mayor divulgación a la población objetivo, pues para el caso de este estudio observé poco conocimiento sobre ella por parte de las personas ancianas.

Al leer el documento sobre la política se puede inferir que existe un interés político y social por atender a las personas mayores mediante la preparación del talento humano en las diversas disciplinas; así mismo, fue evidente un interés por propiciar la investigación con población mayor. Sin embargo, esta preparación aún es incipiente y se requiere un impulso mayor en la formación de los profesionales de diversas disciplinas en el área específica de la gerontología y la geriatría.

En el orden nacional, y considerando las difíciles condiciones de las personas mayores en nuestro país, se desarrolló el Programa Nacional de Protección Social del Adulto Mayor[51], que ofrece un subsidio económico monetario o en especie y tiene el objetivo de proteger a la persona mayor que se encuentre en estado de indigencia o de extrema pobreza, contra el riesgo económico de la imposibilidad

---

[50] COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de envejecimiento 2007-2009 Op. cit., p. 31.

[51] COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 569 del 26 de febrero de 2004. Por el cual se reglamenta la administración y el funcionamiento del Fondo de Solidaridad Pensional.

de generar ingresos y contra el riesgo derivado de la exclusión social[52]. Pueden ser beneficiarios de este programa las personas mayores que no posean ningún tipo de subsidio o pensión, que se encuentren clasificados en los niveles 1 o 2 del Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (Sisben) y que tengan ingresos inferiores a un salario mínimo.

Las políticas de orden nacional se operacionalizan también en el ámbito distrital, en el cual se generan programas y proyectos para la atención a la población anciana. El proyecto de Atención para el Bienestar de la Persona mayor en Pobreza en Bogotá D. C., perteneciente a la Secretaría del Bienestar Social del Distrito, tiene como objetivo responder a las demandas de las personas mayores en condiciones de vulnerabilidad y pobreza, con el fin de restituir sus derechos y deberes ciudadanos.[53] Cuenta con tres modalidades:

- ✓ *Institucionalizada*: en la cual las personas mayores se encuentran en estado de abandono o emergencia social y son atendidas en centros especializados donde se les brinda protección y cuidados continuos de salud.

- ✓ *Subsidio a la demanda*: que brinda un apoyo económico a las personas que no puedan trabajar y que ellos y sus familias se encuentren en situación de extrema pobreza.

- ✓ *Apoyo económico:* en esta la Secretaría Distrital de la Integración Social entrega un apoyo económico a clubes y organizaciones de personas mayores que trabajen en pro de las personas mayores residentes en barrios de estratos 1, 2 y 3.

En el Distrito Capital este subsidio se entrega teniendo en cuenta las necesidades de cada localidad[54]. Este programa vincula anualmente a personas mayores teniendo en cuenta los cupos y los recursos disponibles. Entre tanto, la estrategia de Salud a su Hogar, perteneciente al programa de Atención Primaria en Salud (APS), también atiende a personas mayores en zonas de alta vulnerabilidad, identificando sus necesidades y brindando atención especializada[55].

En el sistema de previsión social, manejado por las cajas de compensación familiar (Cafam, Compensar, Colsubsidio, Comcaja, Comfamiliar Afidro, entre

---

[52] VEEDURÍA DISTRITAL (Bogotá). Situación de la persona mayor en Bogotá. Op. cit., p. 56.
[53] Ibíd., p. 58.

[54] Ibíd.

[55] Ibíd.

otras), se han generado programas especializados para atender las necesidades de las personas mayores que se encuentran afiliadas. Sus objetivos varían de acuerdo con la filosofía, objetivos y metodologías propias. Los objetivos de las cajas de compensación familiar respecto a este tema dejan en claro su búsqueda por mejorar y mantener su calidad de vida, por hacer sentir importantes y robustecer el posicionamiento de la persona mayor y por velar por las condiciones de desarrollo personal, familiar y social, desde una perspectiva total e integral[56].

En síntesis, las políticas y los programas se han constituido en un importante apoyo para las personas ancianas en situación de pobreza y discapacidad; sin embargo, estos no tienen una cobertura suficiente, pues el recurso asignado siempre estará por debajo de las demandas, dadas las dificultades de esta población en nuestro medio. Esta situación se refleja en los colaboradores de este estudio, ya que algunos de ellos no cuentan con ningún tipo de ayuda y los efectos de esa situación se ven necesariamente reflejados en el cuidado al cual pueden acceder.

1.3.2 Políticas para la atención a las personas en situación de discapacidad. En los ámbitos internacional y nacional, desde hace más de tres décadas se ha venido generando una normatividad para el reconocimiento, protección y restitución de los derechos de las personas en situación de discapacidad. Organizaciones internacionales como las Naciones Unidas, la OMS, la Organización Internacional del trabajo (OIT), entre otras, han reconocido a las personas con discapacidad y han planteado normas y declaraciones en las cuales se proponen la integración y el respeto por estas personas, además de propender por el mejoramiento de las condiciones en los ámbitos de trabajo, salud, educación, comunicaciones, información e integración social para todos los grupos de edad[57].

En general, los Estados, como parte de sus compromisos internacionales, han ratificado los planteamientos realizados por estas organizaciones internacionales, y de esta manera han establecido declaraciones, normas y decretos que buscan hacerlos operativos. En el caso de Colombia, la Constitución Política Nacional (1991) estableció una serie de artículos que mencionan la protección, la atención, el apoyo y la integración social de las personas en situación de discapacidad (13, 47, 54 y 68); así mismo, se definieron unos derechos fundamentales, sociales, económicos y culturales, que son de carácter universal y, por lo tanto, cubren a quienes tienen algún tipo de limitación o discapacidad (25, 48, 49, 52, 67, 70 y

[56] VEEDURÍA DISTRITAL (Bogotá). Situación de la persona mayor en Bogotá. Op. cit., p. 109.
[57] COLOMBIA. Vicepresidencia de la República. Marco legal de la discapacidad. 2007.

366). Así, la norma que reconoce de manera explícita los derechos de las personas en situación de discapacidad es la Ley de Integración de las Personas con Discapacidad (Ley 361 de 1997)[58].

La normatividad se ve reflejada en las políticas, planes y programas nacionales y distritales para la atención de esta población. De esta manera se generó la Política Pública Nacional de Discapacidad 2005-2007. El Distrito desarrolló la Política Pública Distrital de Discapacidad, generada a partir de los aportes de las instituciones, la población y las organizaciones sociales de personas con discapacidad. Esta política tiene como propósitos la inclusión social y la calidad de vida para esta población[59].

Puede decirse que tanto la política nacional como la distrital tienen un enfoque hacia la cultura, entendida esta de dos maneras: respecto a las artes y expresiones de las personas en situación de discapacidad y respecto a la necesidad de cambios en las actitudes negativas de la sociedad, los imaginarios y la discriminación en las instituciones.

La principal estrategia dirigida a las personas en situación de discapacidad es la Rehabilitación Basada en la Comunidad; sin embargo, también se crearon las estrategias de rehabilitación institucional[60] y Salud a su hogar. Esta última fue generada por el gobierno distrital, a fin de atender las necesidades de las poblaciones más vulnerables de Bogotá, así como identificar y apoyar a las personas en situación de discapacidad y a sus familias.

El análisis de las propuestas políticas para la discapacidad muestra un creciente interés gubernamental hacia esta población, para facilitar la inclusión social y restituir los derechos. Igualmente, esas políticas evidencian la importancia de abordar la temática de la investigación, porque abordan poblaciones vulnerables que deben ser atendidas por la sociedad y por los profesionales de la salud. Sin embargo, luego de revisar los documentos emitidos por la Secretaría de Salud[61],

---

[58] Ibíd.

[59] ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. Política publica de discapacidad para el distrito capital. Decreto No 470 del 12 de octubre de 2007 [en línea]. Disponible en Internet: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=27092

[60] ENCUENTRO COLOMBIANO de Experiencias de Rehabilitación Basada en la Comunidad, "Construyendo la diferencia por el futuro". Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Dirección de Salud Pública. (4o: Bogotá: febrero 16 de 2007).

[61] Ibíd.

la apreciación que tengo sobre la política de discapacidad es que se priorizan poblaciones como los niños y los jóvenes y se dejan un poco rezagadas las personas ancianas. De esta manera, el análisis de las políticas públicas sobre vejez y sobre discapacidad deja ver la necesidad de articularlas, a efectos de beneficiar a las personas ancianas en situación de discapacidad.

1.4 LA POBREZA: UNA MARCA DE LAS PERSONAS ANCIANAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD

En la actualidad, la pobreza es un tema estrechamente relacionado con las personas mayores y con las personas en situación de discapacidad. Frente a la manera de clasificar a las personas como pobres, se han librado múltiples debates en los que se deja entrever que el término *pobreza* no se ha definido claramente. Así mismo, cambia de acuerdo con el desarrollo de las tendencias teóricas de la economía, que oscilan entre definir la pobreza a partir de la privación de bienes y servicios y centrarla en cuestiones de tipo valorativo y moral. Sin embargo, para cuantificar la pobreza se consideran tres métodos de medición internacionalmente reconocidos: el de la línea de pobreza, el de las necesidades insatisfechas y el integrado, que combina las dos anteriores[62].

Las personas mayores y las personas con discapacidad están entre las más pobres en todas las sociedades[63]. Esto se deriva de teorías que describen a las personas mayores como víctimas de un proceso de industrialización que perjudica su bienestar. En este sentido, la pobreza en las personas mayores es la expresión de la desigualdad extrema, que es distinta para las personas que viven en los países desarrollados y en los países en vías de desarrollo. Para el caso de los primeros, existen hallazgos que indican que las transiciones hacia el retiro laboral y la viudez reducen los ingresos y aumentan la probabilidad de pobreza en los hogares con personas mayores[64].

Sin embargo, la explicación a esta pobreza no radica sólo en la edad, sino en las características individuales y generacionales en que ha transcurrido la historia laboral y la acumulación de activos de las actuales personas mayores. También han influido los cambios y transiciones en el sistema de seguridad social, el empleo formal y los hábitos de consumo y ahorro[65].

---

[62] CEPAL, Op. cit., p. 63.

[63] HELP AGE INTERNACIONAL. Acción global sobre el envejecimiento., Op. cit. p. 7.

[64] CEPAL, Op. cit., p. 53.

En América Latina se mantienen altos índices de pobreza, que se pueden analizar por edad, zona de residencia, sexo y origen étnico. Para Colombia se tienen en cuenta en la medición de la pobreza cuatro indicadores: necesidades básicas insatisfechas, línea de indigencia, línea de pobreza e índice de desarrollo humano. Según los datos presentados en los documentos del Ministerio de la Protección Social para el 2003, un 16% de colombianos vivía bajo la línea de indigencia, y bajo la línea de pobreza, un 51,8%. De acuerdo con el indicador de necesidades básicas insatisfechas, para el 2005 fue de 27,6%[66]. En síntesis, puede afirmarse que el 50% de las personas mayores vive en condiciones de pobreza[67].

Independientemente del indicador que se utilice y los porcentajes de pobreza que arrojen, se observa que la pobreza es una situación constante en el país y es altamente preocupante si se tienen en cuenta las políticas nacionales e internaciones y las crisis económicas mundiales. Cabe analizar: ¿de qué manera los procesos y los cambios en el mundo van a influir en la inversión social de los países, favoreciendo o priorizando grupos poblacionales que dadas las asunciones socioculturales negativas sobre la vejez y la discapacidad, hace probable que no sean las personas ancianas y las personas en situación de discapacidad quienes se beneficien de ella?

Las situaciones de vejez y discapacidad están permeadas por la situación de pobreza como una constante que encuentra a los dos grupos poblacionales dentro de las categorías más vulnerables de la sociedad, sobre los cuales recaen todas las condiciones negativas y donde el Estado debe proporcionar mayores apoyos. A pesar de que la política que cobija a estos grupos vulnerables se refiere a que se deben garantizar deberes y derechos para esta población, en la realidad se observa una política proteccionista, donde se ve poca esperanza y posibilidad de retribución de estos grupos a la sociedad.

Aunque la pobreza es considerada en las políticas para discapacidad y vejez desde la mirada filosófica de Amartya Sen, las acciones y las estrategias aplicadas aún se centran en las necesidades materiales, y se ha encontrado que para el caso de las personas ancianas los programas y estrategias están en su mayoría

---

[65] Ibid.

[66] COLOMBIA. Departamento Nacional de Estadística DANE. Censo General 2005. Op. cit., p. 19.

[67] COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Fundación Saldarriga Concha. Diagnóstico de los adultos mayores en Colombia. Bogotá mimeo, 2007.

dirigidos al apoyo económico con limitadas acciones hacia el desarrollo de las capacidades y potencialidades humanas.

En esta investigación se busca llamar la atención sobre la relevancia de la población que está en una condición de triple vulnerabilidad: vejez, discapacidad y pobreza, que debe ser tenida en cuenta por los profesionales de salud y particularmente por las enfermeras, para brindar un cuidado acorde a sus necesidades y atendiendo a sus condiciones sociales y culturales.

1.5 COLOMBIA, UNA NACIÓN MULTICULTURAL

Colombia es, en la actualidad, el producto del más variado mestizaje, donde se conjugan la cultura y las tradiciones de pueblos americanos, europeos y africanos. Esta situación la hace una nación pluricultural y diversa. Se pueden encontrar diferentes grupos étnicos: los pueblos indígenas, las poblaciones afrocolombianas (incluidas las comunidades raizales de San Andrés y Providencia y la comunidad de San Basilio de Palenque, en el Departamento de Bolívar) y el pueblo gitano, el cual fue reconocido recientemente como grupo étnico colombiano[68].

Según los datos aportados por el censo del 2005[69], en Colombia residen 87 pueblos indígenas. Ellos corresponden al 3,43% del total de la población del país y se ubican, sobre todo, en la zona rural, en resguardos legalmente constituidos. Los afrocolombianos corresponden al 10,62% del total de la población y viven un proceso acelerado de migración hacia los centros urbanos, como consecuencia del desplazamiento forzado ocasionado por los enfrentamientos de los diversos grupos violentos. Por último, el pueblo rom o gitano corresponde al 0,1% de la población colombiana. Estos datos muestran que la población que se reconoció como perteneciente a algún grupo étnico corresponde al 14,06% del total de la población.

Ser colombianos, hablar español y vestir de manera similar nos hace parecer una sociedad uniforme; sin embargo, como se describe en el censo de 2005, somos una mezcla de herencias culturales y étnicas. Esta diversidad cultural se expresa en la manera en que se asume la vida y el cuidado de la salud, pues tal como lo

---

[68] COLOMBIA. Departamento Nacional de Estadística DANE. Dirección de censos y demografía. Colombia una nación multicultural: su diversidad étnica. Mayo 2007.

[69] Ibíd.

describe Virginia Gutiérrez de Pineda[70], somos una mezcla de herencias culturales que dejaron su legado en las formas de cuidado de la salud que se han practicado y que permanecen hasta hoy.

Esta autora señala que poseemos herencias culturales de los sistemas de salud indígenas, españoles y negros, los cuales generaron un proceso de interculturación en el momento cuando se encontraron. Estos se estructuraron y organizaron a lo largo de generaciones y crearon una amalgama de creencias, actores y prácticas que persisten hasta nuestros días[71].

Es importante reconocer la diversidad cultural colombiana, pues todas las personas ancianas, a pesar de ser colombianas, poseen diferentes herencias culturales que han evolucionado y siguen repercutiendo hasta la actualidad. Por ejemplo, el uso de las plantas medicinales y de los boticarios (de las droguerías) constituye una práctica derivada de la tradición indígena. Del legado católico y de los principios médicos hipocráticos proviene la creencia en la dualidad frío-calor; entre tanto, las atribuciones causales mágicas de la enfermedad vienen de creencias indígenas, negras y católicas.

Los elementos planteados en este capítulo permiten tanto obtener un panorama general de las personas ancianas en situación de discapacidad en Colombia como reflexionar no solamente sobre las cifras de las situaciones de vejez y discapacidad, sino sobre sus implicaciones. De la misma manera, conocer el estado de las políticas públicas relacionadas con este grupo de personas, analizar la pobreza que experimentan en nuestro país y conocer la diversidad de la población colombiana se constituyen en insumos para comprender el contexto ambiental en el que se encuentra el grupo de colaboradores en que se centró esta investigación.

A partir de lo expuesto en este capítulo se hacen evidentes los retos que enfrentan los profesionales de la salud en la atención a un grupo poblacional vulnerable que está en aumento, y aunque las descripciones de la problemática se realizaron desde los componentes demográficos, estadísticos y políticos, estas miradas deben alertarnos para brindar cuidado a las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza, ya que esta población presenta grandes necesidades de atención, sin contar que tienen acceso limitado a las redes de atención sociales y

[70] GUTIÉRREZ DE PINEDA, Virginia. Medicina tradicional de Colombia. El triple legado. vol. 1. Editorial Presencia. 1985.

[71] Ibíd.

de salud. Así lo confirman las recientes políticas nacionales e internacionales generadas al respecto de la temática de vejez y discapacidad.

Las enfermeras debemos posicionarnos en estas temáticas y responder a los desafíos que implican, haciendo uso de conocimientos sobre la vejez, la discapacidad, la cultura y la competencia cultural. Es fundamental que actuemos de forma interdisciplinaria, a fin de contribuir a la generación de conocimiento, planes y estrategias, dirigidos al cuidado particularizado, acorde con la diversidad de la población.

Así mismo, es necesario fortalecer la investigación dirigida a la población anciana en situación de pobreza y discapacidad, atendiendo a su contexto ambiental y desde la perspectiva cultural de las personas ancianas. También se requiere aumentar la formación del recurso humano en enfermería, para que sea capaz de responder a los desafíos que implica el cuidado de estas personas.

La cualificación y la experiencia de los profesionales de enfermería en gerontología y geriatría deben permitir el reconocimiento de las personas ancianas como un grupo heterogéneo con características culturales particulares, lo cual implica poseer no sólo los conocimientos sobre la salud desde la perspectiva biológica, sino poseerlos sobre la cultura y sobre cómo ella se expresa en el cuidado de las personas ancianas cuando viven en situaciones de pobreza, discapacidad y en contextos ambientales difíciles.

Las formas de describir la realidad mediante indicadores demográficos y estadísticos se constituyen en un recorte de la realidad de este grupo de personas, que no incluye otros aspectos de gran injerencia en el cuidado de la salud y la vida. Las situaciones de vejez y discapacidad poseen muchas categorías (culturales, sociales, económicas y políticas) que deben considerarse desde la individualidad de las personas ancianas en situación de discapacidad, esto es, tener en cuenta las implicaciones de ser viejo (hombre o mujer) y pobre y el contexto cultural en el cual están inmersas.

Desde la perspectiva de los diferentes indicadores, no se puede observar lo que significa para las personas las situaciones de vejez y discapacidad, cómo y en qué medida los afecta, cuáles son sus necesidades, qué hacen y cómo se cuidan en esas situaciones. Por lo tanto, analizar la vejez y la discapacidad desde la perspectiva de las personas puede ayudar a comprenderlos, a fin de brindarles un trato singular, en el que se considere su experiencia y su diversidad cultural.

Tal como afirma Canales[72], es necesario identificar desde otras miradas las transiciones que se presentan en la sociedad, pues implican el replanteamiento de las relaciones sociales y del propio modelo de sociedad, lo cual requerirá construir formas diferentes de relacionarse con las personas ancianas.

De este modo, y teniendo en cuenta los datos descritos en las páginas anteriores y las reflexiones hechas a partir de la literatura sobre el tema, en el capítulo 2, se busca indagar, desde la perspectiva de las personas, por las creencias, los significados y las prácticas de cuidado generadas desde la cultura o cuidado popular, que en la mayoría de las ocasiones están ocultas para los profesionales de salud. Todas estas prácticas en algunos casos generan rechazo o poca aceptación por parte de las personas ancianas en situación de discapacidad de las formas de cuidado que se ofrecen desde el conocimiento profesional. Por lo tanto, es necesario comprender el cuidado popular que realizan estas personas, para que los profesionales de salud puedan brindar un cuidado coherente con la cultura, identificando con la persona anciana en situación de discapacidad los elementos que pueden ser utilizados, negociados o reestructurados.

A partir del escenario presentado en este capítulo me propongo aportar a la comprensión de la siguiente pregunta: ¿cuál es el cuidado popular que realizan las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza que habitan en cinco barrios de los cerros nororientales en la ciudad de Bogotá D. C.?

1.6 OBJETIVOS

- ✓ Comprender el contexto ambiental de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza que habitan en cinco barrios de los cerros nororientales ubicados en la ciudad de Bogotá D. C.

- ✓ Comprender la trayectoria de cuidado popular de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza que en habitan cinco barrios de los cerros nororientales en la ciudad de Bogotá D. C.

El desarrollo de estos objetivos de investigación aporta al desarrollo de la enfermería en el área transcultural y en gerontogeriatría, al igual que a la construcción de un cuerpo de conocimientos disciplinares y profesionales para el cuidado de las personas ancianas en Colombia, especialmente aquellas en

[72] CANALES, AI. La población en la era de la información. De la transición demográfica al proceso de envejecimiento. En: Estudios urbanos y demográficos, 2001. vol. 16, no. 3, p. 485-518.

situación de discapacidad y pobreza desde una perspectiva cultural. Es una forma de hacer visible cómo el uso de los principios y planteamientos de las teóricas de la enfermería y de las construcciones provenientes de la antropología de la salud y del envejecimiento, utilizados de manera rigurosa y creativa a la vez, iluminan el desarrollo investigativo y pueden orientar el mejoramiento de la práctica de enfermería.

Este estudio se constituye en una referencia para analizar los currículos de salud en Colombia, porque revela las implicaciones de la cultura en la forma como las personas cuidan su salud, en un punto donde las creencias, los valores y las prácticas marcan las trayectorias de cuidado y las expectativas frente a los profesionales de la salud y las instituciones.

Así mismo, el estudio puede suscitar el cuestionamiento de la formación de recurso humano en salud y el grado de competencia cultural para responder a las necesidades (de acuerdo con el universo cultural de las personas en un país multicultural como el nuestro). Se espera generar una preocupación en el plano académico, por formar profesionales en salud más sensibles a la manera como las personas comprenden el mundo y su trayectoria de cuidado y más reflexivos frente a formas impositivas de la cultura profesional dominante en cada área. Tal vez así se pueda llegar al replanteamiento de los actuales modelos de cuidado de las personas ancianas en situación de discapacidad.

Este trabajo aporta a la visualización del grupo de personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza en el campo de la salud, para que su voz haga parte más activa en la generación de estrategias de cuidado, en los programas y las políticas públicas; así como al reconocimiento de la cultura como parte de la diversidad que los caracteriza .De igual forma se constituye en un aporte en la comprensión de las formas de cuidado de estas poblaciones, hasta el momento poco explorada.

De esta manera, identificar y reconocer las trayectorias de cuidado que realizan estas personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza se constituye en una herramienta metodológica para los profesionales de salud que brindan cuidado a esta población, ya que les permitirá comprender el cuidado desde la perspectiva de los propios actores, identificar elementos comunes o distintos en el cuidado tanto popular como profesional y tomar decisiones negociadas para mantener, preservar o reestructurar el cuidado. Todo ello abrirá la posibilidad para crear herramientas que faciliten la prestación de los servicios de salud y su aceptación y adherencia por parte de este grupo de personas.

Esta investigación permite, a la vez, comprender y reconocer a las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza como un grupo heterogéneo, multiétnico, con formas de cuidado coherentes con su cultura, por consiguiente, con necesidades de cuidado particulares en un contexto histórico singular.

2. PERSPECTIVAS CULTURALES PARA EL CUIDADO DE LAS PERSONAS ANCIANAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD Y POBREZA

En este capítulo se desarrolla el referencial teórico que permea esta investigación, y como eje central se incorpora la cultura para el cuidado, la lente mediante la cual se observan los elementos constitutivos del fenómeno de estudio de esta investigación: la vejez, la discapacidad y la pobreza. En este sentido, el capítulo se divide en cinco apartados. En el primero se describen las aproximaciones a la cultura, la salud y el cuidado, pertinentes para esta investigación y se presentan los conceptos generados a partir de esas posturas y los hallazgos de campo.

En el segundo se describe la enfermería y su historia en relación con el binomio cultura-salud, del cual emerge la enfermería transcultural —corriente que brinda elementos para iluminar esta investigación—. Así mismo, se presentan los avances de los últimos años en diferentes lugares del mundo, incluida Latinoamérica. La perspectiva transcultural ofrece una alternativa para la atención humanizada y particularizada[73] que reconoce la universalidad y la diversidad en el cuidado de las personas ancianas en situación de discapacidad.

En el tercer apartado se reconoce el cuidado como rasgo humano. Desde esta mirada Madeleine Leininger proporciona el marco conceptual desde el cual se asume, y a partir de este se acuña el concepto *cuidado popular* en esta investigación[74]. De la misma manera, se reseñan, discuten y usan algunos elementos de la propuesta del Modelo de Cuidado Cultural en la Adversidad (MCCA)[75], para iluminar el análisis y para organizar la información, que permiten comprender la trayectoria del cuidado popular de personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza.

Posteriormente, en el cuarto apartado se presenta una reflexión acerca de las asunciones teóricas sobre vejez, discapacidad y pobreza, las cuales se comprenden y se tejen desde la óptica de la cultura. Así, a partir de la revisión de literatura, se identifican los principales desarrollos en el campo de la cultura y la discapacidad.

---

[73] OSORIO MERCHÁN, May Bibiana y LÓPEZ DIAZ Alba Lucero. Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. En: INDEX de enfermería / cuarto trimestre 2008, vol. 17, no. 4.

[74] LEININGER, Madeleine and Mac FARLAND, Marilyn. Transcultural Nursing: Concepts, Theories, research and Practice. 3a. Ed. New York: McGraw Hill. 2002. p. 71-98

[75] LÓPEZ, Alba Lucero. O cuidar no contexto da adversidade. Op. Cit., p. 19.

Finalmente, a partir de la revisión de la producción investigativa de la temática de vejez y la discapacidad en la enfermería, se generan inquietudes sobre el desarrollo incipiente de este campo y se hace una invitación para seguir trabajando sobre este.

2.1 ALGUNAS APROXIMACIONES A LA CULTURA, LA SALUD Y EL CUIDADO

Existen entre 150 y 200 definiciones de cultura[76], y de las diversas conceptuaciones encontradas pude apreciar puntos divergentes que han sido discutidos y criticados por los estudiosos de la antropología, muchos de los cuales han replanteado el concepto. En este apartado presento algunas definiciones y hago hincapié en aquellas producidas por los estudiosos del campo de la salud, que es mi interés principal.

Comienzo por la definición clásica de cultura propuesta por Tylor[77], quien la define como aquel todo complejo que incluye conocimiento, creencia, arte moral, leyes, costumbres y todas las aptitudes y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de una sociedad, para llegar a una definición más reciente, propuesta por el antropólogo Cleeford Geertz[78], y que contrasta con la anterior, pues fue este último autor quien generó cambios fundamentales en la comprensión de la cultura desde el mundo de los significados y los símbolos. Para él la cultura es una fábrica de significados con arreglo a la cual los seres humanos interpretan su experiencia y guían sus acciones. La cultura, así, es un conjunto de significados encarnados en símbolos o sistemas de concepciones heredados, expresados en forma simbólica y trasmitidos históricamente, por los cuales los hombres comunican, perpetúan y desarrollan sus conocimientos y sus actitudes hacia la vida.

Una de las principales divergencias en la conceptualización de la cultura la describió ampliamente el sociólogo Marvin Harris[79], para quien existe una corriente de pensamiento que define la cultura a partir de un cúmulo de ideas y conocimientos compartidos, que orientan y guían el comportamiento de las

---

[76] LIPSON, Julienne. Cultura y cuidados de enfermería. En: Index de enfermería Primavera-verano 2000, año IX, no. 28-29.

[77] LEACH, Edmund. Social Anthropology. Glasgow: Fontana paperbacks, 1982. pp. 38-39. Citado por: HELMAN, Cecil. Cultura saúde & Doenca. 4a. ed. Editora Artmerd. 2006 Traducción al idioma portugues Cláudia Buchweitz, Pedro M. Garcés.

[78] GEERTZ, Clifford. La interpretación de las culturas. Gedisa editores 1988. 387 p.

[79] HARRIS, Marvin. Teorías sobre la cultura en la era posmoderna. 1a. ed. Barcelona: editorial Crítica. 2004. 224 p.

personas. Esta mirada es la que Duncan Pedersen denomina *corriente cognoscitiva*, en la cual la cultura se define en ideas, en símbolos y en significados como algo que existe en la mente, en el pensamiento de las personas y en sus representaciones internas[80]. El otro planteamiento corresponde a la corriente conductual o comportamentalista de las ciencias sociales, que sostiene la idea de la cultura como patrones, hábitos de comportamiento y costumbres[81],[82].

Harris propone una definición de cultura que integra la corriente comportamentalista y la cognoscitiva, y afirma que la "cultura es el modo socialmente aprendido de vida que se encuentra en las sociedades humanas y que abarca todos los aspectos de la vida social, incluidos el pensamiento y el comportamiento"[83]. Al igual que Harris, considero que las dos corrientes poseen elementos fundamentales para considerar en la definición de cultura de esta investigación: los comportamientos y las ideas.

Mi postura se sostiene en la idea de que la cultura tiene un componente intrínseco, en el que se ubican las ideas y los pensamientos, y un componente extrínseco, en el que se reconocen los comportamientos, los hábitos y las acciones. En concordancia con Harris, sostengo que ninguno de los dos puntos de vista excluye al otro; por el contrario, se puede decir que las ideas y los rasgos cognoscitivos, en algunos momentos, acompañan y guían las actitudes de las personas, mientras los comportamientos, en otros momentos, moldean y dan forma a las ideas.

Por ello, para comprender el cuidado del grupo de personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza es necesario asumir la cultura desde la perspectiva integradora de las ideas y los comportamientos, ya que en este grupo se evidencian los dos componentes: en lo cognitivo están las creencias, las ideas y los valores sobre la vejez, la discapacidad y el cuidado; en tanto en el componente de las prácticas o comportamientos, se observan las acciones de cuidado que las personas ancianas realizan para mantener y recuperar la salud y la vida, y que a la vez están permeadas por esos valores y creencias. Así mismo, ese cuidado (comprendido culturalmente) no es estático, sino que se transforma y es dependiente de las personas y del *contexto ambiental*.

---

[80] PEDERSEN, Duncan. La construcción cultural de la salud y la enfermedad en America Latina. En: Cultura y salud en la construcción de las Américas. Reflexiones sobre el sujeto social. Instituto colombiano de antropologia COLCULTURA. Edición-compilación Pizón C, Suarez R, Garay g. 1993.

[81] Ibid.

[82] HARRIS, Marvin. Op. cit., p. 14

[83] Ibid. p. 20.

Este último concepto da forma a las diversas prácticas de cuidado y permite identificar diversos elementos, como el ambiente físico-geográfico; los factores económicos, políticos, sociales, religiosos y tecnológicos, y la historia cultural, que influyen en las trayectorias de cuidado de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza.

Dado lo anterior, las definiciones de cultura que adopté para la comprensión en el área de la salud consideran las ideas y los comportamientos. Cecil Helman, como médico antropólogo, retoma planteamientos de la antropología y los aplica a la comprensión de los fenómenos de la salud y la enfermedad. Así, para él la cultura:

"Es un conjunto de principios (explícitos e implícitos) heredados por individuos miembros de una sociedad; principios que direccionan cómo ver el mundo, cómo vivirlo emocionalmente y cómo comportarse en relación con otras personas y fuerzas sobrenaturales o sus dioses y su ambiente natural. La cultura proporciona a los individuos un medio para transmitir sus directrices a la siguiente generación, mediante el uso de símbolos, de lenguaje, de arte y de rituales. De cierta manera la cultura puede ser vista como una lente heredada para que el individuo perciba y entienda su mundo o para que aprenda a vivir en él. De modo general, por tanto, la cultura influye muchos aspectos de la vida de las personas inclusive sus creencias, comportamientos, percepciones, emociones, lenguaje, religión rituales, estructura familiar, dieta, modo de vestir, imagen corporal, conceptos de tiempo o de espacio y actitudes frente a la enfermedad, el dolor y otras formas de infortunio, pudiendo todos ellos tener importantes implicaciones para la salud y para su asistencia."[84]

"La cultura no es una estructura fija e inamovible que permanece a través del tiempo sin sufrir cambios o transformaciones, ella se ve afectada por el contexto en que se desarrolla y se transforma atendiendo a factores individuales, educativos, socioeconómicos, ambientales y a la vez, se ve influenciada por otros grupos humanos"[85]. De ahí que la cultura se pueda considerar una estructura dinámica que se encuentra en constante transformación y que no puede ser asumirse de manera aislada, pues debe ser considerada desde su contexto. En el mismo sentido, Spector menciona, al respecto del contexto y la cultura, que la sociedad en la cual vivimos y las fuerzas políticas, económicas y sociales tienden a alterar la forma en la cual algunos aspectos de la cultura particular son

[84] HELMAN, Cecil. Cultura saúde & Doenca. 4a. ed. Editora Artmerd. 2006 Traducción al idioma portugues Cláudia Buchweitz, Pedro M. Garcés.

[85] Ibid, p. 14.

transmitidos y mantenidos[86]. Todos los aspectos de la cultura pueden estar relacionados con y desde este contexto.

Como se mencionó en el capítulo anterior, el cambio en los patrones de envejecimiento, la precaria situación de salud por la que pasan algunas personas ancianas, la situación de discapacidad, las deficiencias para atender a la población anciana en los servicios de salud y las limitaciones de la implementación de políticas y programas dirigidos a esa población en Colombia hacen que este grupo de personas se encuentre en una situación difícil, que los hace altamente vulnerables. Estos elementos son los factores del contexto ambiental que se constituyen en barreras para el cuidado de este grupo de personas.

Por lo tanto, según las anteriores consideraciones, entiendo para este trabajo cultura como una estructura dinámica, es decir, un sistema con significado que ordena el entorno humano, en el cual se pueden identificar patrones o pautas de comportamiento[87]; sin embargo, se transforma permanentemente de acuerdo con el contexto ambiental, esto es, los aspectos sociales, políticos, económicos, físico-geográficos, entre otros. La cultura orienta la visión de mundo de las personas e incluye los pensamientos, conocimientos, valores y significados, lo mismo que los comportamientos, los hábitos y las acciones de los individuos de un grupo social. Así, la cultura influye en muchos aspectos de la vida, incluidas las creencias, los valores y las formas de cuidar la salud que tienen las personas.

Desde esa perspectiva, pretendo avanzar en la comprensión de la situación actual para los colaboradores de este estudio, abordándola de manera integral e incluyendo el contexto ambiental y la cultura. Desde esta integralidad, la situación actual no se verá aisladamente, a partir sólo de los componentes físicos o biológicos. Finalmente, debo reconocer que la cultura no es la única influencia que tienen las personas —aunque muchas de las prácticas de cuidado dependen de ella—, estas prácticas se encuentran relacionadas con el contexto ambiental en que se desenvuelven las personas.

Así, los profesionales de salud podremos estar más atentos y ser más sensibles a reconocer las diversas concepciones de mundo que influyen en el entendimiento que tienen las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza respecto a sus diversas situaciones.

---

[86] SPECTOR, Rachel. Cultural diversity in health and illness. In: Journal transcultural Nursing. July 2002, vol. 13, no. 3, p. 197-199.

[87] BAWMAN, Ziygmunt. La cultura como praxis. Barcelona Buenos aires México: Editorial paidós. 2002. p. 177.

El cuidado también está permeado por los principios de la cultura, pues es una acción inherente al ser humano y es tan antiguo como este, e implica remontarnos al origen de la especie humana, ya que ha estado presente en todos los tiempos. En palabras de Marie François Collière:

"Los hombres como todos los seres vivos han tenido la necesidad de cuidados, porque cuidar es un acto de vida, que tiene como objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle y de ese modo, luchar contra la muerte: la muerte del individuo, la muerte del grupo, la muerte de la especie."[88]

A partir de ese punto de vista, podemos decir que el cuidado es un acto de supervivencia inherente a los seres humanos y que su fin en un comienzo fue asegurar la continuidad de la vida. Los seres humanos siempre han tenido la necesidad de cuidar de algo o de alguien, esto es, cuidar de los niños, de los ancianos, de las personas enfermas, de las mujeres embarazadas y, en general, de la especie humana[89].

Al respecto en enfermería se han desarrollado múltiples investigaciones sobre el cuidado, por ejemplo, Morse y cols. agruparon cinco categorías de conceptualización: cuidado como imperativo moral, cuidado como afecto, cuidado como interacción personal, cuidado como intervención terapéutica y cuidado como rasgo humano[90].

En esta investigación se considera el cuidado como rasgo humano, el cual ha sido descrito por las teóricas Leininger, Ray, Griffin y Roach como un fenómeno universal, ya que todos los seres humanos tienen la capacidad de cuidar. El cuidado es, por lo tanto, parte de la naturaleza humana, que es común e inherente a todas las personas[91],[92].

---

[88] COLLIERE, Francoise Marie. Promover la vida. Madrid: Interamericana, 1993. p. 264.

[89] Ibid.

[90] MORSE, JM. Et al. Comaparative analysis of conceptualitations and theories of caring. In: Image J Nurs Sch. 1991, vol. 23, no. 2, p. 119-26.

[91] LEININGER, Madeleine. Transcultural Nursing 1988 Op. cit p. 94.

[92] RAY, 1989; GRIFFIN, 1980; ROACH, 1987. Citados por: MORSE, JM. et al. Comaparative analysis of conceptualitations and theories of caring. In: Image J Nurs Sch. 1991, vol. 23, no. 2, p. 119-26.

De esta manera, luego de reconocer los aportes del estudio realizado por Morse y cols,[93] y de los modelos de cuidado propuestos en el campo del conocimiento de la enfermería transcultural, puedo decir que el cuidado es un fenómeno complejo, conceptualizado de diversas formas en el interior de la disciplina de enfermería y que tiene como característica fundamental la interacción entre la enfermera y el individuo, familia o comunidad. En esa interacción es preciso reconocer al otro como un ser único con saberes provenientes de su cultura, que requieren sean identificados, comprendidos y respetados por parte del profesional de enfermería.

Si atendemos a los planteamientos de las teóricas de la corriente humanista de enfermería, descritos por Morse y cols.[94], el cuidado como rasgo humano, convierte a la enfermería en una ciencia eminentemente humana que se hace en relación con los otros y mediante la interacción entre la enfermera y los individuos a quienes se cuidan, lo que le permite entrar en el plano del otro como sujeto, reconociendo y aproximándose a su experiencia, sus creencias y prácticas específicas de cuidado de la salud, en un vínculo de respeto mutuo.

El anterior planteamiento corresponde al paradigma interpretativo de la ciencia de enfermería, que reconoce patrones diferentes al patrón empírico del conocimiento en enfermería y admite la importancia de considerar el patrón estético, el patrón ético y el patrón de conocimiento personal[95]. Estos patrones de conocimiento se pueden evidenciar en el abordaje del cuidado cultural, pues implican un reconocimiento del otro como ser único —en este caso la persona anciana en situación de discapacidad—, estableciendo una relación de confianza y respeto mutuo, donde se descubren las prácticas de cuidado de estos ancianos, con el ánimo de preservarlas, modificarlas o negociarlas.

Este abordaje, desde el paradigma interpretativo, requiere a su vez reconocer que el cuidado cultural tiene en cuenta la subjetividad y la importancia del contexto en el cuidado. Así, en coherencia con este paradigma, tener en cuenta la cultura implica reconocer los valores, las creencias y las prácticas que ejecutan estas personas ancianas en situación de discapacidad para atender a su situación de salud.

---

[93] MORSE, JM. Et al. Op. Cit, p. 119.
[94] Ibid.

[95] MONTI, Elizabeth and TINGEN, Martha. Multiple paradigms of Nursing Science. In: Rev. Advances in Nursing Science. 1999. vol. 21 no. 49, p. 64-80.

Así mismo, poseer conocimientos sobre la cultura de las personas a las cuales se les brindan servicios permite a los profesionales de la salud reflexionar sobre su propia cultura, creencias, valores, normas y prácticas, lo cual a su vez permite desarrollar una sensibilidad cultural frente a prácticas diferentes y evita el etnocentrismo en el cuidado, es decir, se llega a comprender que existen formas de cuidado diferentes a la profesional, válidas para las personas que las practican.

En esta investigación tengo en cuenta las definiciones y planteamientos de cuidado cultural propuestos por Madeleine Leininger, en su teoría de la universalidad y la diversidad del cuidado, que reconocen el cuidado como un fenómeno universal, que se expresa en acciones arraigadas en la cultura y en el conocimiento de quien brinda el cuidado y quien lo recibe. En el siguiente apartado presento los aspectos relevantes de la mencionada teoría —que comprende tres tipos de cuidado: el profesional, el genérico y el cuidado cultural, que es la integración de los dos anteriores— y los principios relevantes para esta investigación.

En esta investigación tomé en cuenta esos tipos de cuidado que llevan a cabo las personas ancianas en situación de discapacidad; sin embargo, dadas las características particulares del cuidado evidenciadas en esta población, fue necesario acuñar una definición que se ajustara a esas particularidades, a la cual denominé *cuidado popular*. En la sección 2.3.3 desarrollo estas definiciones con mayor profundidad.

2.2 CULTURA Y ENFERMERÍA TRANSCULTURAL

El concepto de cultura proviene del campo de la antropología. Es la base de la investigación y las teorías antropológicas, pero también se ha expandido a otras disciplinas como la sociología, la psicología y la educación. De acuerdo con Lipson, en el área de la salud la enfermería fue la primera en utilizarlo[96].

Hace algunos años no se consideraba relevante la relación enfermería-cultura, pues los desarrollos estaban concentrados en ganar experticia y suficiencia en los aspectos técnicos asociados a los cuidados de enfermería, que dejaron de lado los conocimientos provenientes de las ciencias humanas[97]. Sin embargo, en la actualidad, los procesos de globalización, migración y desplazamiento que se

[96] LIPSON, Julienne. Cultura y cuidados de enfermería. Op. cit., p. 19-25.

[97] DURÁN DE VILLALOBOS Maria M. Enfermería Desarrollo teorico e investigativo. Santafé de Bogotá: Unibiblos, Universidad Nacional de Colombia. 2001.

presentan en el mundo han hecho volver la mirada a estos conocimientos, pues desde las ciencias humanas las enfermeras pueden retomar ciertos elementos para responder a las demandas y retos de los encuentros culturales. Así mismo, el uso y la integración de conocimientos se han dado en la medida en que la profesión y la disciplina ha madurado y algunas teóricas en enfermería han mostrado visiones nuevas que permiten comprender el cuidado de manera más holística.

Considerar que la cultura hace parte de la identidad de cada persona es relevante para enfermería, ya que le permite identificar una visión de mundo particular, así como diferentes maneras de explicar la salud y la enfermedad. De este modo, la cultura brinda diferentes posibilidades acerca del cuidado y diferentes formas de comunicación verbal y no verbal[98]. Según Osorio-Merchán y López:

… "comprender la relación entre enfermería y cultura también implica reconocer que tanto los enfermeros como los profesionales de la salud tenemos nuestros propios sistemas de creencias y valores frente a la salud y la enfermedad. Las diversas profesiones de salud modulan esos valores y creencias generando una subcultura que nos hace diferentes y similares a los individuos a los que brindamos cuidado."[99]

La relación enfermería-cultura se inició con Leininger[100] y en la actualidad otros autores han desarrollado algunos estudios en enfermería a los cuales han incorporado la cultura respecto al cuidado. La enfermería transcultural es el campo donde se encuentran la cultura y la enfermería y cuyos conocimientos se aplican al cuidado; de ese modo, hoy en día, es un amplio campo de interés que no pretendo abordar completamente en esta investigación, ya que excede sus propósitos; sin embargo, es importante reconocer la trayectoria y los desarrollos que ha tenido desde su creación. Fue definida como:

"… un área formal de estudio y práctica de enfermería enfocada en el cuidado cultural holístico comparativo de la salud, de los modelos de enfermedad, de individuos y grupos, con respecto a las similitudes y diferencias en los valores culturales, creencias y prácticas, con el fin de proporcionar cuidado de enfermería que sea congruente, sensible y culturalmente competente a las personas de culturas diversas."[101]

---

[98] LIPSON, Julienne. Cultura y cuidados de enfermería. Op. cit. p. 21.

[99] OSORIO MERCHÁN y LÓPEZ DIAZ. Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. Op. cit., p. 267.

[100] LEININGER and Mac FARLAND. Op. cit., p. 76.

[101] Ibid.

De acuerdo con la descripción que se hace en la página web de la Sociedad de Enfermería Transcultural (o Transcultural Nursing Society [TCNS])[102], Leininger estableció este tipo de enfermería a mediados de 1950 como un área de estudio y práctica, y desde la conformación de la Sociedad en 1975, se han ofrecido cursos y programas para preparar a las enfermeras con intereses comunes en mejorar el cuidado de las personas de diversas y similares culturas. Así ha crecido alrededor del mundo y ahora es reconocida por las enfermeras como esencial en la práctica de la enfermería y el cuidado de la salud.

Esta sociedad actualmente vincula a las enfermeras del mundo mediante internet en su página web (http://www.tcns.org) y su misión es "mejorar la calidad del cuidado, culturalmente congruente, competente y equitativo que resulta de mejorar la salud y el bienestar de las personas de todo el mundo"[103]. Adicionalmente, creó en 1989 el *Journal of Transcultural Nursing*, cuya misión es "promover la diseminación de los resultados de investigación en lo relacionado con la cultura, la enfermería y otras profesiones y la prestación de servicios de cuidado de la salud"[104].

Además en la Sociedad de Enfermería Transcultural Estadounidense, existen en el mundo varias redes de contacto que buscan desarrollar la enfermería y la salud transcultural. Es el caso de la Red Europea de Salud Transcultural creada por Rena Papadopoulos, que conecta a profesionales de países de la Unión Europea y de todo el mundo mediante internet y el correo electrónico.

Papadopoulos es profesora de enfermería transcultural y jefe de investigación del Centro de Estudios en Salud Transcultural de la Universidad de Middlesex, Inglaterra. Esta investigadora tiene un gran número de publicaciones sobre la temática; además, es una de las autoras del modelo para desarrollar la competencia cultural[105], que puede ser observado en su página web http://www.mdx.ac.uk.

Igualmente, en España la enfermería transcultural ha encontrado otros receptores, que la han robustecido con sus estudios sobre los fenómenos migratorios, la

---

[102] TRANSCULTURAL NURSING SOCIETY [TCNS], 2009. Disponible en Internet: http://www.tcns.org

[103] Ibid.

[104] Ibid.

[105] PAPADOPOULOS, Irena. Transcultural Health and Social Care. Development of culturally competent practitioners. Editorial Elservier. 2006. p. 7-24.

competencia cultural y el cuidado de la salud[106],[107]. Como se observa, esta área de estudio ha generado numerosos modelos teórico-prácticos que buscan orientar la manera como se abordan los grupos y los aspectos relacionados con la salud y el cuidado de la salud.

Con los modelos se espera también que los profesionales estudien, conozcan, valoren y sean sensibles a la cultura propia y a la de sus pacientes, es decir, desarrollen competencia cultural para brindar un cuidado de calidad. Entre los modelos de cuidado propuestos en enfermería transcultural se pueden citar: el modelo de Giger y Davidhizar[108], el modelo de Camphinha Bacote[109], el modelo de Purnell[110], el modelo de Andrews y Boyle[111] y el de Papadoupolos, Tilki y Taylor[112].

De la misma manera, enfermeras de la corriente transcultural, como Spector[113], han creado varias herramientas para el cuidado desde la perspectiva cultural, por ejemplo, la *Guía rápida para el cuidado cultural* (*Quick Guide for Cultural Care*) o la Herramienta para la Valoración de la Herencia Cultural (*Heritage Assessment Tool*). Juliene Lipson, por su parte, se ha referido a la perspectiva cultural como una ayuda para los enfermeros en la planeación de un cuidado culturalmente competente, el cual requiere una aceptación del paciente como individuo y en la familia en el contexto de su cultura[114]. La perspectiva cultural se presenta,

---

[106] LILLO, Manuel, et al. Investigación cualitativa en enfermería y competencia cultural. En: Index Enfermeria. 2004, vol. 44, no. 45, p. 47-50.

[107] VILLAR, Rafael, et al. Supervivencia de métodos de curación populares en un sistema de cuidados moderno. En: Rev. Cultura de los cuidados. 1 semestre 2007, año XI, no. 21.

[108] GIGER, J. y Davidhizar, R. The Giger and Davidhizar transcultural assessment model. In: Rev journal transcultural nursing, July 2002. vol. 13, no. 3, p. 185-188.

[109] CAMPINHA BACOTE, Josepha. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Health Care Services: A Model of Care. In: Journal of transcultural nursing. 2002, vol. 13, no. 3, p. 181-184.

[110] PURNELL, Larry. A description of the purnell model for cultural competence. In: Journal of Transcultural Nursing. January 2000. vol. 11, no. 1, p. 40-46.

[111] BOYLE, Joyceen and ANDREWS, Margaret. Transcultural conceps in Nursing care. Third edition Philadelphia NewYork: Paperback. 1999.

[112] PAPADOPULOS, Irena. The Papadoupulos, Tilki and Taylor model of developing cultural competence. Development of culturally competent practioners. En: Papadoupulos Irena Editor. Transcultural Health and social care. Development of culturally competent practitioners. London Elservier. 2006. p. 7-24.

[113] SPECTOR, Rachel. Cultural diversity in health and illness. Op. Cit, p. 197-199.

[114] LIPSON, Julienne. Temas culturales en el cuidado de enfermería. En: Rev Investigación y educación en Enfermería. Marzo, 2002. Vol. XX, no. 1.

entonces, como la combinación de conocimientos, actividades y conductas o habilidades que son interdependientes.

En general, los modelos y las propuestas desde la enfermería transcultural buscan desarrollar la competencia cultural para que los profesionales puedan realizar una mejor práctica y para que contribuyan a disminuir las diferencias al actuar en consonancia con las creencias y valores de los grupos a su cargo[115]. Coincido con Osorio-Merchán y López en que la corriente de la enfermería transcultural permite avanzar en el reconocimiento de la cultura propia, ya que América Latina es multicultural y está marcada por diferencias regionales dentro de un mismo país.

Autores como Leininger[116], Leininger y McFarland[117], Purnell y Paulanka[118], Spector[119] y Papadopoulos[120] han publicado en libros y publicaciones seriadas numerosas investigaciones que se han centrado en identificar la cultura de grupos culturales y étnicos, así como grupos etáreos; sin embargo, para esta investigación es relevante no sólo conocer los desarrollos internacionales de la corriente de la enfermería transcultural, sino la influencia en los contextos latinoamericanos y locales, a lo cual hago referencia a continuación.

En mi revisión de la producción latinoamericana de los últimos 12 años sobre el tema, en la bases de datos LILACS y Medline, observé un aumento de la investigación desde la perspectiva transcultural. En cerca de 50 artículos revisados identifiqué las tendencias investigativas en el área, los grupos de población a los cuales se dirige la atención y, en general, los intereses a los cuales los investigadores han dirigidos sus esfuerzos, todo lo cual se resume en que: Los grupos a los cuales se ha dirigido la investigación son las mujeres en sus diferentes estados durante el embarazo y el parto, las personas ancianas, las personas con diferentes enfermedades, los profesionales de enfermería en la práctica, las familias y grupos étnicos como afrodescendientes e indígenas .

---

[115] OSORIO MERCHÁN y LÓPEZ DIAZ. Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. Op. cit., p. 267.

[116] LEININGER, Madeleine. Trancultural Nursing. Concepts, theories, Research and practices. 2a. ed. NewYork, San Francisco, Aukland: McGraw –Hill Inc. College Custon Series. 1995.

[117] LEININGER and Mac FARLAND. Op. cit., p. 287-517, 115-327.

[118] PURNELL, Larry y PAULANKA, Betty. Transcultural health care. 2a. ed. Philadelphia: Fa Davis. 2003.

[119] SPECTOR, Rachel. Cultural diversity in health and illness. Op. cit., p. 183- 279.

[120] PAPADOPOULOS, Irena. Op. cit., p. 121- 319.

Los propósitos de estas investigaciones han sido describir, comprender e implementar los principios de la enfermería transcultural en las poblaciones mencionadas, con el fin de brindar cuidado adecuado a la cultura, buscar la calidad de vida de las personas y aumentar el conocimiento de los profesionales en el área. Se identificaron numerosas investigaciones que buscaban comprender las creencias, los valores y las prácticas de cuidado en madres gestantes y en el pre y en el posparto[121,122,123,124,125, 126,127,128,129,130]. Así mismo, se ha estudiado el cuidado de la mujer en la fecundidad[131], el climaterio y la menopausia[132], el papel de la partería[133,134] y el cáncer cervical[135].

---

[121] GARCÍA, Luz Marina. Comparación de las prácticas de cuidado en dos grupos de gestantes en la ciudad de Sincelejo, 2008. Tesis maestría en enfermería. Cartagena: convenio Universidad de Cartagena – Universidad Nacional de Colombia, facultad de enfermería.

[122] GIRALDO, Dora. Significados del cuidado en el preparto. En: Rev. avances en enfermería. 2007, vol. XXV, no. 1, p. 115-121.

[123] HERNÁNDEZ, Luz Mery. Prácticas culturales de los adolescentes para prevenir el embarazo no deseado. En: rev avances en enfermería. 2007. vol. XXV, no. 1, p. 92-100

[124] VESGA, A. Cartografía Social de la Partería en el Pacifico Colombiano: Una Experiencia en el Municipio de Buenaventura, 2007. Seminario Internacional de cuidado cultural de la salud. Desarrollos Investigativos y políticas públicas. Bogotá. memorias 2007 (2: 2007: Bogotá).

[125] BERNAL, María Carmen et al. La pérdida y el abandono en gestantes desplazadas-Bogotá. En: Rev.Avances en enfermería. dic. 2007. vol. 25 no. 2 p. 22-35.

[126] BEZERRA, Maria Gorette Andrade; CARDOSO, Maria Vera Lucia MOREIRA Leitao. Fatores interferentes no comportamento das parturientes: enfoque na etnoenfermagem. Em: Rev. Bras. Enferm. nov.-dez. 2005. vol. 58, no. 6, p. 698-702.

[127] WEISSHEIMER, Anne Marie. O parto na cultura teuto-gaúcha Porto Alegre. Teses Mestrado. Programas de Pós-graduação da CAPES. 125 p. 2002.

[128] GUALDA, Dulce Maria. Assistência ao parto hospitalar sob a perspectiva da mulher / Women's perception of their childbirth experience. En: Rev. Paul. Enferm. jan.-dez 1994. vol. 13 no. 1, p. 24-7.

[129] ARGOTE, Luz Ángela y VÁSQUEZ, Marta Lucía. Ante la desesperanza del desplazamiento: un hijo sano, el mayor anhelo de la mujer gestante. En: Colombia Médica. Octubre-Diciembre, 2007. vol. 38, no. 4 (Supl 2).

[130] ROLDÁN, Maria C., MUÑOZ de RODRIGUEZ, Lucy y RUIZ de CÁRDENAS, Carmen H. Significado del cuidado de si y de su hijo por nacer en gestantes desplazadas. En: Revista Aquichan, abril 2008. año 8, vol. 8, no. 1. C H I A, COLOMBIA, p. 97-115.

[131] VÁSQUEZ, Marta Lucía y LORENZINI, Alacoque. Cuidado cultural e fecundidade na adolescencia: abordagem etnográfica numa comunidade urbana marginal 1999. En: Cogitare enferm. jan. - jun. 1999. vol. 4, no. 1, p. 97-106.

[132] ARGOTE y VÁSQUEZ. Op. cit., p. 55.

[133] VESGA, A. Cartografía Social de la Partería en el Pacifico Colombiano. Op. cit. p. 57.

[134] LAZA VASQUEZ, Celmira. Irene Galeano: El saber de una partera tradicional del Magdalena medio/ Irene Galeano: the knowledge of a traditional midwife in the Magdalena zone [en línea]. En: Index Enferm. 2008 Dec. vol. 17, no. 4, p. 284-287. Disponible en Internet:

En personas ancianas se ha estudiado la calidad de vida; sus creencias, valores y prácticas, y la implementación de la enfermería transcultural en servicios domiciliarios[136,137,138,139,140,141,142.] También identifiqué investigaciones enfocadas en la aplicación de la enfermería transcultural a la familia[143].

Otros investigadores del área han estudiado las creencias y prácticas en grupos culturales y étnicos[144] para la promoción de la salud de panameños y guatelmaltecos[145]. Así mismo, han estudiado a personas con diferentes situaciones de salud, como heridas[146], lepra[147], depresión[148] y adicciones[149].

---

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400014&lang=pt

[135] HUNTER, Jennifer. Emelda's Story: Applying etnography insights to cultural assement. In: Journal transcultural Nursing. 2005 vol 16, no. 4.

[136] FERREIRA, TAKASE y De Oliveira.. O cuidar / cuidado do idoso doente fragilizado com o seu familiar cuidador fundamentando na teoria de Madeleine Leininger Em: Texto Contexto Enferm. Florianópolis. 2000, vol. 9, no. 2, p. 178-185

[137] LÓPEZ DÍAZ, Alba, Cianciarullo Tamara Compreendendo o significado de qualidade de vida na velhice. Em: Texto Contexto Enferm. 1999, vol. 8, no.3, p. 233- 49.

[138] LÓPEZ, Alba Lucero, et al. Desarrollo de un modelo de cuidado cultural de la salud para personas ancianas con discapacidad en situación de pobreza en zonas urbano-marginales y rurales de Bogotá y Cáqueza/Cundinamarca, 2005- 2008. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de enfermería.

[139] CATAÑO, Nora; LÓPEZ, Alba; VELÁSQUEZ, Vilma y ÁLZATE, Martha Lucia. Propuesta de un modelo de cuidado de la salud para las familias afro colombianas con personas ancianas en el area urbana del municipio de Guapi Cauca. 2008. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de enfermería.

[140] MELGUIZO, Estella. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. En: revista Avances en enfermería. 2008, vol. 26, no. 1, p. 112-123.

[141] CARVALHO, Viviana e PEREIRA, Evani. Educação e qualidade de vida aposentadas sob a óptica da enfermagem transcultural. Em: Rev. Texto & contexto enfermagem. 1999, vol. 8, no. 3, vol. 111-127.

[142] PEREIRA, Evani. A dimensão transcultural do cuidado domiciliar ao longevo: a questão do valor cultural e as interfaces do sistema cuidado popular e profissional. Rio de Janeiro. S.n; dez 2003 140 p.

[143] Del CASTANHEL, Márcia Sueli y BOEHS, Astrid Eggert. Cuidando de uma família na comunidade: uma experiência utilizando um referencial teórico. Em: Texto & contexto enferm. jul.-dez. 1993. vol. 2, no. 2, p. 87-98.

[144] RODRÍGUEZ TORRES, Estela y MUELAS TOMBE, Maria Fernanda. Cabildo Indígena de Guambia, Universidad Santiago de Cali. Seminario Internacional de cuidado cultural de la salud. Desarrollos Investigativos y políticas públicas. (2: 2007: Bogotá)

[145] PURNELL, Larry. A description of the Purnell model for cultural competence. Op. cit., p. 40.

[146] SILVA, Deise Marinho da y MOCELIN, Katia Reis. O cuidado de enfermagem ao cliente portador de feridas sob a ótica do cuidado transcultural. Em: Nursing (São Paulo). Fev. 2007. vol. 9, no. 105, p. 81-88.

Respecto a la profesión de enfermería se han desarrollado estudios que buscan comprender el significado de la enfermería en la práctica, al igual que su papel en la prevención y la promoción de la salud desde la perspectiva transcultural[150,151,152,153].

Con lo anterior, de las investigaciones citadas, la mayoría (31) usan el modelo conceptual de Leininger, y otras se enmarcan en la enfermería transcultural en general (4), en el modelo de Campinha-Bacote (1), en el modelo de Purnell (2), en la cartografía social (1) y en las representaciones sociales (1).

La mayor parte de las investigaciones son de tipo cualitativo [154,155,156,157,158,159,160,161,162,163,164,165,166,167,168] y utilizan la etnoenfermería como método para el

---

[147] SILVA JUNIOR, Fernando Jose et al. Assistência de enfermagem ao portador de Hanseníase: abordagem transcultural / Asistencia de enfermería al portador de Lepra: abordaje transcultural. Em: Rev. Bras. enferm. Nov. 2008. vol. 61, (spe), p. 713-717.

[148] PEZO SILVA, María Concepción. A trajetória percorrida com a depressão: estudo transcultural das vivências de famílias do Brasil e do Peru. São Paulo. Tese Doutor. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, 2003. 263 p.

[149] COSTA, Lucineide Henrique. Amo meu filho usuário de drogas: estudo etnográfico. Tese Mestre. Universidade Federal do Ceará. Departamento de Enfermagem. 1998

[150] KREUTZ, Erdtmann e LORENZINI, Alacoque. Modelo do sol nascente e razão sensível na enfermagem. Em: Rev. Bras. Enfermagem set. Out 2003. vol. 56, no. 5, p. 523-527.

[151] HANH, giselda y KIRCHHOF, ana lucia. Prática asistencial-educativa da enfermagem com o agente comunitário de saúde numa perspectiva transcultural. Em: Rev. Cogitare enferm. jan –jun. 1999, vol. 4, no. 1, p. 53-63,

[152] NÓBREGA, Maria de Magdala, et al. O ser enfermeiro num contexto transcultural / The nurse-being in a transcultural context. Em: Rev. bras. enferm. jul.-set. 1996. vol. 49 no. 3, p. 399-408.

[153] DYNIEWICZ, Ana Maria. Educando-nos em grupo por ações reflexivas em saúde: uma ênfase na prática assistencial do enfermeiro Curitiba. Tese Mestre. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. 1995.

[154] FERREIRA, TAKASE y De OLIVEIRA, op. cit., 2000.

[155] MELGUIZO, Estella. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. Op. cit. p. 61.

[156] HUNTER, Jennifer. Emelda's Story: Applying etnography insights to cultural assement.op. cit., p. 60.

[157] VESGA, A. Cartografía Social de la Partería en el Pacifico Colombiano. Op. cit., p. 58

[158] SILVA JUNIOR, et al., Op. cit., p. 713.

[159] CARVALHO, Vivina e PEREIRA, Evani. Educação e qualidade de vida das pessoas aposentadas sob a ótica da enfermagem transcultural / Education and quality of life of retired persons as seen through transcultural nursing. Em: Texto & contexto enferm. set.-dez. vol. 8, no. 3, p. 111-127.

desarrollo de la investigación [169], [170], [171], [172], [173], [174], [175], [176], [177], [178], [179], [180], [181]. Las investigaciones de tipo cuantitativo son escasas[182], [183], [184].

---

[160] PEREIRA, Evani. A dimensão transcultural do cuidado domiciliar ao longevo Op. cit., p. 61.

[161] PEZO SILVA. Op. cit., p. 250.

[162] HAHN y KRICHHOF. Op. cit. p. 53-63

[163] BRAGA, Cristiane Giffoni. Enfermagem transcultural e as crenças,, valores, e práticas do povo cigano. Em: Rev. Esc. Enferm. USP. dez. 1997, vol. 31, no. 3, p. 498-516.

[164] NÓBREGA et al., Op. cit., p. 400.

[165] Del CASTANHEL y BOEHS, Op. cit., p. 87.

[166] DYNIEWICZ, Op. cit. p. 57.

[167] LAZA VASQUEZ. Op. cit., p. 56.

[168] VILLAR, Rafael et al. Supervivencia de métodos de curación populares en un sistema de cuidados moderno. En: Rev. Cultura de los cuidados. 1 semestre 2007, año XI, no. 21.

[169] HERNÁNDEZ, Luz Mery. Op. cit., p. 92.

[170] GIRALDO, Dora. Op. cit., p. 115.

[171] VÁSQUEZ y LORENZINI. Op. cit., p. 97.

[172] ARGOTE y VÁSQUEZ. Op. cit., p. 55.

[173] SILVA y MOCELIN. Op. cit., p. 81.

[174] BERNAL, María Carmen et al. Op. cit., p. 22.

[175] BEZERRA, CARDOSO Y MOREIRA. Op. cit., p, 698.

[176] KREUTZ, Erdtmann e LORENZINI, Alacoque., Op. cit., p. 523.

[177] WEISSHEIMER, Anne Marie. Op. cit., p. 55.

[178] COSTA, Op. cit., p. 57.

[179] GUALDA, Dulce Maria. Op. cit., p. 24.

[180] ARGOTE y VÁSQUEZ. Op. cit., p. 55.

[181] ROLDÁN, MUÑOZ y RUIZ Op. cit., p. 97.

[182] PURNELL, Larry. Panamanian's practices for health promotion and meaning of respect afforded them by health care providers. In: Journal transcultural nursing. October 1999. Vol. 10, no. 4, p. 331- 339.

[183] PURNELL, Larry. Guatemalan´s practices for health promotion and meaning of respect afforded them by health care providers. In: Journal transcultural nursing. january 2001. vol. 12, no 1, p. 40-47.

[184] GARCÍA, Luz Marina. Op. cit., p. 55.

Los países en los cuales se han desarrollado estas investigaciones son Brasil (21), Colombia (14), Guatemala (1), Panamá (1) y Perú (3). En la literatura sobre enfermería latinoamericana también identifiqué un número significativo de revisiones y análisis de la enfermería transcultural y de la teoría de Leininger, en los cuales se le da importancia a esta corriente para el uso en enfermería en el cuidado de la salud[185,186,187,188,189,190,191,192,193].

La aplicación del conocimiento generado a partir de la comprensión de la cultura y su relación con el cuidado ha tenido efectos positivos en el aumento del conocimiento en el área; además, se ha logrado identificar prácticas genéricas o populares y planear e implementar cuidado a partir de ellas. Estos hallazgos muestran un campo de acción creciente en Latinoamérica y en Colombia que impacta positivamente el cuidado de las personas; sin embargo, los estudios que relacionen el cuidado y la cultura en las personas ancianas aún son limitados, de acuerdo con este panorama y con lo descrito por Hammerschmidt, Zagonel y Lenard, para la enfermería geriátrica[194]. Es importante continuar generando investigación que de cuenta de esta influencia, a fin de identificar las creencias, los significados, los valores y las prácticas de las personas ancianas para crear

---

[185] VÁSQUEZ, Marta Lucía. El cuidado de Enfermería desde la perspectiva transcultural: Una necesidad en un mundo cambiante. En: Rev. Investigación y educación en enfermería. Marzo de 2001. vol. 9, no. 1.

[186] HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira de Almeida; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson and LENARDT, Maria Helena. A critical analysis of gerontological nursing practice guided by Leininger's theory of culture care diversity and universaity. In: Acta paul. Enferm. jul.-set 2007. vol. 20, no. 3, p. 362-367.

[187] ORIÁ, Mônica; XIMENES, Lorena and PAGLIUCA, Lorita. L. Sunrise model: análise a partir da perspectiva de Afaf Meleis. In: Rev. enferm. UERJ. jan.-mar. 2007. vol. 15, no. 1, p. 130-135.

[188] Ibid.

[189] MOURA, María ,Aparecida Vasconcelos;, CHAMILCO Isla e ALVES, Rosilda. A teoria transcultural e sua aplicação em pesquisas de enfermagem: uma reflexão. Esc. Anna Nery. Em: Rev Enfermagem. Dez 2005, vol. 9, no. 3 p. 434- 440.

[190] VÁSQUEZ, Marta Lucía. Aproximaciones a la creación de competencias culturales para el cuidado de la vida. En: Rev. Investigación y educación en Enfermería. Septiembre 2006. vol. XXIV, no. 2, p. 136 – 142.

[191] BOEHS, Astrid Eggert. Que poder a enfermeira utiliza na abordagem cultural do cuidade à família? Em: Rev. Enferm. UERJ. jan.-jun. 1999. vol. 7, no. 1, p. 61-67.

[192] QUEIROZ, Maria e PAGLIUCA, Lorita. Conceito de enfermagem transcultural: análise de seu desenvolvimento em uma dissertação de mestrado / The concept of transcultural nursing. Em: Rev. Bras. enferm. out.-dez. 2001. vol. 54, no. 4, p. 630-637.

[193] MUÑOZ De RODRÍGUEZ Lucy y VÁSQUEZ, Marta Lucía. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. En: Colombia Médica. Octubre-Diciembre, 2007. vol. 38, no. 4 (Supl 2).

[194] HAMMERSCHMIDT, ZAGONEL and LENARDT. Op. cit., p. 362.

intervenciones, planes y modelos de cuidado adecuados a la cultura de estas personas.

2.3 EL CUIDADO DESDE UNA PERSPECTIVA CULTURAL

La teoría de Leininger y la propuesta del MCCA se constituyen en los pilares que permiten orientar los análisis de este trabajo investigativo[195]. A continuación presento los aspectos más relevantes de la teoría de la diversidad y la universalidad del cuidado —propuesta por Leininger—, los presupuestos y los principios asumidos para esta investigación, al igual que el origen y los desarrollos de la propuesta del MCCA. Al final de este apartado reseño las definiciones que se generaron a partir de la comprensión teórica de estos autores y de la información aportada por los colaboradores en esta investigación.

2.3.1 Teoría de la universalidad y diversidad del cuidado cultural. La teoría de la diversidad y la universalidad del cuidado cultural tiene más de seis décadas de desarrollo y su planteamiento se originó de la unión del concepto de cultura, traído de la antropología, y el concepto de cuidado, originario de la enfermería. Las ideas iniciales para la teoría surgieron a partir de las experiencias de cuidado con personas de diversos grupos culturales[196],[197].

La perspectiva filosófica de Madeleine Leininger es el relativismo cultural[198], que se refiere a que las culturas son únicas y deben ser evaluadas de acuerdo con sus propios valores y normas[199]. Igualmente, se refiere a que toda expresión y creencia tiene significado y validez únicamente dentro del contexto cultural al que pertenece[200].

---

[195] LEININGER, Madeleine. Trancultural Nursing 2002 Op. cit., p. 71.

[196] LEININGER, Madeleine. Transcultural Nursing 1995 Op. cit p. 94.

[197] LEININGER and Mac FARLAND. Op. cit., p. 76.

[198] ROHRBACH. Cecilia. En búsqueda de un cuidado universal y cultural. En: Rev. investigación y educación en Enfermería. Septiembre, 2007. vol. XXV, no. 2, p. 116 - 121

[199] LEININGER, Madeleine. Trancultural Nursing 1995 Op. Cit. p. 41-18-21, 66.

[200] VALERI, V. relativisme culturel. En: BONTE, P. Izard. Dictionnaire dem léthnologie et de anthroplogie. Paris. Citado por: ROHRBACH, 2007.

En sus estudios e investigaciones, Leininger encontró que la expresión *cuidado de enfermería* (usada por las enfermeras) implicaba algunos fenómenos que no estaban definidos. Por otra parte, los antropólogos tampoco habían estudiado el cuidado con culturas; por lo tanto, el cuidado de la enfermería desde la perspectiva de la cultura requería un estudio amplio.

Leininger planteó que el estudio del cuidado cultural era necesario para prevenir la enfermedad, promover la salud y, en general, para ayudar al paciente a recuperarse de la enfermedad[201]. Desde ese planteamiento, la autora definió el cuidado cultural como un fenómeno holístico con grandes significados dentro de las culturas, y planteó que el cuidado debe ser comprensible, compasivo y humanístico. Así, Leininger instauró dentro de la profesión de enfermería la dimensión cultural como parte integrante del cuidado. Cuidar es fundamentalmente cultural, ya que todo ser humano en el mundo está impregnado de una cultura en la que nace y en la que vive[202].

El propósito de la teoría del cuidado cultural es descubrir las diversidades (diferencias) y universalidades (similitudes) del cuidado humano para generar un nuevo conocimiento que guíe las prácticas de cuidado en enfermería. Su meta es proporcionar un cuidado en enfermería culturalmente congruente y competente que lleve a la persona y al grupo a la salud y el bienestar[203,204].

La universalidad del cuidado cultural se basa en que los seres humanos necesitamos cuidados para sobrevivir y estar bien. La diversidad del cuidado cultural se sustenta en la creencia de que los seres humanos tienen variaciones en la forma de asumir su cuidado según su cultura[205].

Esta autora refiere que el cuidado es universal, pero con diversas características, expresiones, prácticas y significados, según la cultura de las personas. De esta manera, el cuidado cultural es “el cuidado cognitivamente aprendido y transmitido profesionalmente y de manera folklórica, incluyendo de esta manera los valores, creencias, patrones y estilos de vida, que son usados para asistir, facilitar o

---

[201] LEININGER, Madeleine. Trancultural Nursing 1995 op. cit., p. 83.

[202] ROHRBACH. Cecilia, Op. cit., p. 119.

[203] LEININGER, Madeleine. Trancultural Nursing 1995 op. cit., p. 83.

[204] LEININGER and Mac FARLAND. Op. cit., p. 76.

[205] LEININGER, Madeleine. Trancultural Nursing. Op. cit., p. 58.

capacitar a los individuos o grupos para mantener su bienestar o su salud o mejorar una condición humana o estilo de vida"[206]. En consecuencia, el cuidado cultural incluye un cuidado genérico y un cuidado profesional.

Leininger también planteó una serie de presupuestos que subyacen a la teoría del cuidado cultural. Algunos de ellos los tomé literalmente y otros los adapté para la comprensión del fenómeno de este estudio:

- ✓ "El cuidado es esencial para el bienestar, la salud, la curación, el crecimiento, la supervivencia y para enfrentar las incapacidades y la muerte"[207].
- ✓ "Los cuidados culturales forman el medio holístico más amplio para saber, explicar, interpretar y predecir los fenómenos de los cuidados de enfermería y de este modo guiar la práctica de estos"[208].
- ✓ "Los cuidados de enfermería coherentes con la cultura o benéficos sólo se dan cuando la enfermera tiene conocimiento y hace uso adecuado y coherente de los valores, expresiones y modelos de cuidados culturales de la persona, familia, comunidad o cultura de los pacientes"[209].
- ✓ Las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza poseen conocimientos y prácticas de cuidado heredadas culturalmente y usualmente pueden acceder a conocimientos y prácticas de cuidado profesional.
- ✓ Dentro de la cultura se construyen los significados para la vejez y la discapacidad, los cuales dependen del contexto e influyen en el cuidado de las personas ancianas.
- ✓ Las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza poseen creencias, valores y prácticas de cuidado que están influenciadas por el contexto ambiental en el que se encuentran.

---

[206] LEININGER and Mac FARLAND. Op. cit., p. 74.

[207] LEININGER, Madeleine. Trancultural Nursing. Op. cit., p. 83.

[208] Ibid.

[209] Ibid.

A continuación presento algunos conceptos centrales de la teoría de cuidado cultural, relevantes para esta investigación y que tomé literalmente de Leininger y Leininger y McFarland[210]:

- ✓ El cuidado se refiere a los fenómenos abstractos y concretos relacionados con la asistencia, ayuda, experiencias de capacidad o comportamientos hacia otras personas con necesidades evidentes o anticipadas de aliviar o mejorar una condición humana o un estilo de vida.

- ✓ La diversidad del cuidado cultural se refiere a las variaciones y diferencias en los significados, patrones, valores formas de vida o símbolos de cuidado en las colectividades o entre ellas que están relacionados con expresiones de asistencia, ayuda o capacidad del cuidado humano.

- ✓ La universalidad del cuidado cultural se refiere a los significados del cuidado dominante, uniforme a sus patrones, valores, estilos de vida o símbolos que son manifiestos en muchas culturas y reflejan formas de asistencia, ayuda, facilitación o capacidad para ayudar a la gente.

- ✓ La enfermería se refiere a la profesión y disciplina aprendida humanísticamente, enfocada en los fenómenos y actividades del cuidado humano para asistir, ayudar, facilitar o capacitar a los individuos, a fin de mantener o recuperar su bienestar de formas culturalmente significativas y benéficas o para ayudar a la gente a enfrentar las incapacidades.

- ✓ Visión de mundo: se refiere a la forma como la gente tiende a mirar hacia el mundo exterior o hacia su universo para formarse una idea o una posición sobre su propia vida o el mundo que le rodea.

- ✓ Dimensiones de la estructura cultural y social: se refiere a los patrones dinámicos y rasgos o a los factores interrelacionados estructurales y organizacionales de una cultura particular (subcultura o sociedad), la cual incluye valores religiosos, familiares (sociales), políticos (y legales), económicos, educativos, tecnológicos y culturales, factores etnohistóricos y la forma en como estos factores pueden estar interrelacionados y funcionan para influenciar el comportamiento humano en los diferentes contextos ambientales.

- ✓ Etnohistoria: se refiere a aquellos hechos, eventos, instancias y experiencias pasadas de individuos, grupos, culturas e instituciones que están centrados fundamentalmente en la gente y que describen explican e interpretan los estilos de vida humanos dentro de contextos culturales particulares, a lo largo de cortos o largos períodos de tiempo.

[210] LEININGER and Mac FARLAND. Op. cit., p. 103.

- ✓ Cuidado genérico (folclórico o laico): se define como el conocimiento y habilidades, tradicionales o folclóricas, culturalmente aprendidas y transmitidas, que se usan para proporcionar actos de asistencia o apoyo a los individuos, con el fin de aliviar o mejorar una condición de salud humana, una incapacidad, un estilo de vida o para enfrentar la muerte.

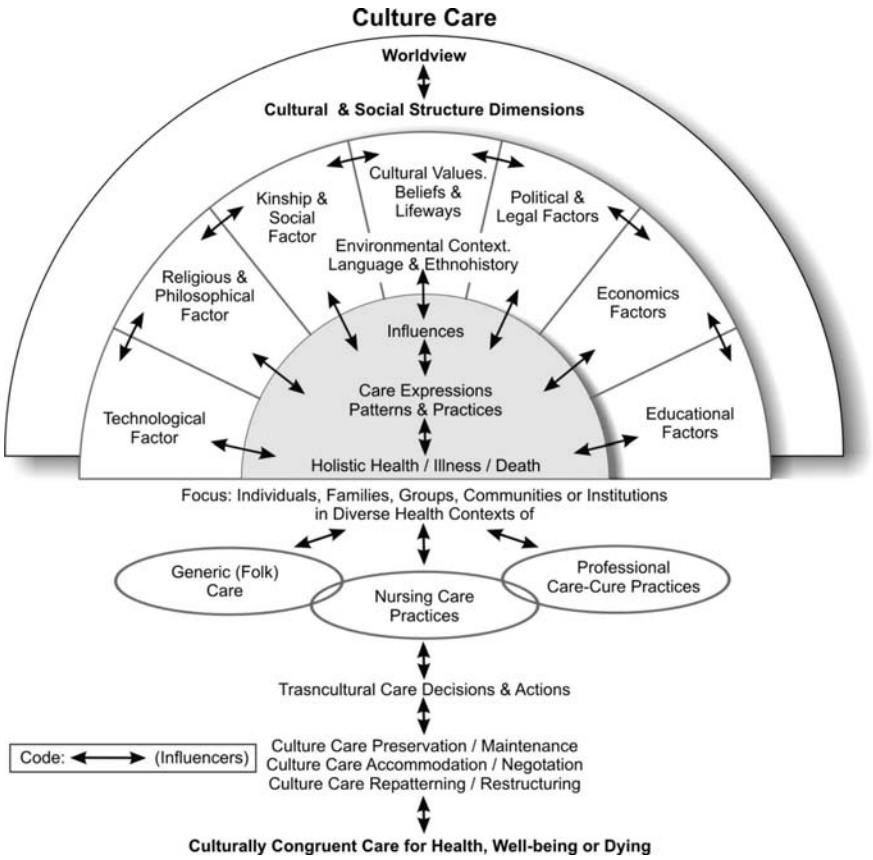
- ✓ Cuidado profesional: se refiere al conocimiento y habilidades prácticas del cuidado profesional aprendidas de una manera formal cognitiva y obtenidas a través de instituciones educativas, de las cuales se espera proporcionen actos de asistencia, soporte a individuos o grupos con el fin de mejorar una condición de salud humana, una incapacidad, un estilo de vida o para enfrentar la muerte.

- ✓ Cuidado cultural: se refiere a la subjetividad y objetividad de los valores, creencias y estilos de vida aprendidos y transmitidos para asistir, ayudar, facilitar o capacitar a otro individuo o grupo a mantener su bienestar y salud, para mejorar la condición humana y forma de vida o para tratar con la enfermedad, las incapacidades y la muerte.

Los componentes de la teoría de Leininger pueden comprenderse fácilmente en la estructura del Modelo del Sol Naciente, desarrollado por Leininger[211] y que simboliza la salida del sol (cuidados); por lo tanto, la mitad superior del círculo representa los factores de la concepción del mundo y los componentes de la estructura social que influyen en los cuidados y en la salud por medio del contexto, del lenguaje, la etnohistoria y el entorno. Estos factores también influyen en los sistemas populares, profesionales y de enfermería que se hallan en la parte central de modelo. Las dos mitades unidas forman un sol entero que viene a significar el universo que las enfermeras deben considerar para valorar los cuidados humanos y la salud (Figura 6).

[211] LEININGER and Mac FARLAND. Op. cit., p. 24-25, 79-83.

Figura 6. Modelo del Sol Naciente



Tomado de: Leininger, M. y McFarland, M. R. Culture Care Diversity and Universality. Farmington Hills, Michigan: Jones & Barlett, 2006.

Según Leininger, la enfermería actúa como un puente entre el sistema genérico y el profesional[212]. En su teoría pueden establecerse tres tipos de cuidados de enfermería: (1) preservación y mantenimiento de los cuidados culturales, (2) adaptación y/o negociación de los cuidados culturales y (3) reestructuración de los cuidados culturales. El Modelo del Sol Naciente describe a los seres humanos como seres que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción de mundo, de su trayectoria vital y de su contexto, lo que viene a ser un principio fundamental de la teoría de Leininger[213].

[212] LEININGER, Madeleine. Trancultural Nursing 2002 Op. cit., p. 71.

[213] Ibid.

En este estudio, la teoría del cuidado cultural orienta y permite organizar el contexto ambiental del grupo de personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza. Esta investigación asume, al igual que Leininger, la importancia del contexto, en el sentido de que este es inseparable de las personas e influye en el cuidado que realizan para mantener y recuperar la salud.

2.3.2 Contexto ambiental. El contexto ambiental que defino para esta investigación es producto de la fusión de los principios teóricos de dos fuentes principalmente: la teoría de la universalidad y diversidad del cuidado[214] y de algunos principios definidos sobre el contexto que plantea la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)[215], así como de la información emergente de esta investigación. Dadas las características particulares de las personas participantes, fue necesario acuñar un concepto para comprender el contexto ambiental. Reconocer a las personas en situación de discapacidad desde la perspectiva de la CIF implicó replantear y adicionar elementos conceptuales provenientes de la perspectiva de discapacidad.

Inicialmente, la propuesta del contexto ambiental se derivó de la teoría de Leininger que se refiere a las dimensiones de la estructura cultural y social e incluye los factores religiosos, familiares, políticos, económicos, educativos, tecnológicos y la etnohistoria[216]. Leininger propone en el Modelo del Sol Naciente los dominios de la estructura social y cultural para que los profesionales descubran las ideas o los aspectos de los dominios que influencian el cuidado y la salud. Según esta autora, “los investigadores son libres de explorar las ideas en un área de interés que los informantes identifican como influencia del cuidado de su salud. El uso de este modelo ayuda a descubrir rápidamente cómo los diferentes componentes del modelo imprimen nuestro pensamiento”[217].

En esta investigación no consideré todos los factores propuestos por Leininger[218], ya que los datos emergentes mostraron que algunos componentes del contexto ambiental fueron más dominantes en este grupo de personas, como los

---

[214] LEININGER, Madeleine. Trancultural Nursing 2002 Op. cit., p. 71.

[215] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El contexto ambiental en esta investigación se refiere a los aspectosClasificación Internacional del mundo externo que forman parteFuncionamiento, de la vida Discapacidad y de una persona y afectan su funcionamientola Salud, CIF. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 2001. Op. cit., p. 25.

[216] LEININGER, Madeleine. Trancultural Nursing 1995 op. cit., p. 83.
[217] Ibid.

[218] LEININGER, Madeleine. Trancultural Nursing 2002 Op. cit., p. 71.

económicos, los sociales, los políticos, los tecnológicos y los religiosos; por el contrario, los factores educativos no se revelan en este grupo.

En la CIF los factores contextuales hacen parte de la estructura de la clasificación y se comprenden como un componente sustancial que "ejercen un efecto en todos los componentes del funcionamiento y la discapacidad"[219]. Los factores contextuales se componen de los factores ambientales y de los personales. Para esta investigación se consideraron los factores ambientales, que se refieren a:
"… los aspectos del mundo extrínseco o externo que forma el contexto de la vida de un individuo y como tal afecta el funcionamiento de esa persona. Los factores ambientales incluyen al mundo físico natural con todas sus características, el mundo físico creado por el hombre, las demás personas con las que se establecen y asumen relaciones o papeles, las actitudes y valores, los servicios y sistemas sociales y políticos; las reglas y leyes."[220]

De acuerdo con la CIF, el funcionamiento y la discapacidad de una persona se conciben como una interacción dinámica entre los estados de salud. El *constructo* básico de los factores ambientales está constituido por el efecto facilitador y por el efecto de barrera. Según la CIF, los facilitadores "son todos aquellos factores en el entorno de una persona que cuando están presentes o ausentes mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad"; por el contrario, las barreras "son todos aquellos factores en el entorno de una persona que cuando están presentes o ausentes limitan el funcionamiento y generan discapacidad"[221].

Por lo expuesto, a partir de la interpretación de la información y el análisis de los aspectos teóricos mencionados, concebí la siguiente definición de contexto ambiental: hace referencia a los aspectos del mundo externo que forman parte de la vida de una persona y afectan su funcionamiento[222] y está conformado por los factores religiosos, sociales (familiares y de relación con los servicios de salud), económicos, políticos, tecnológicos, físico-geográficos, y la historia cultural. La observación de esos factores permite identificar cómo las personas moldean la vida y cómo ello influye en el cuidado.

---

[219] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El contexto ambiental en esta investigación se refiere a los aspectosClasificación Internacional del mundo externo que forman parteFuncionamiento, de la vida discapacidad y de una persona y afectan su funcionamientola salud: CIF 2001. Op. cit., p. 9.

[220] Ibid., p. 18.

[221] Ibid., p. 232.

[222] Ibid.

Los factores del contexto ambiental pueden actuar como facilitadores o como barreras para el cuidado, pues se constituyen en una situación que particulariza la experiencia y las decisiones de las personas ancianas. A continuación defino cada uno de los factores mencionados:

- ✓ *Factores religiosos*: se refieren al sistema de creencias, principios y prácticas que las personas ancianas adoptan, para proveer bienestar espiritual. En el caso del grupo de personas de este estudio, estos factores están relacionados con sus situaciones particulares de vida y se sustentan en la creencia en un ser supremo. Por ende, los factores religiosos se convierten en un apoyo que ayuda a las personas a cuidar de sí mismas para mantenerse bien o para mejorar su salud[223].

- ✓ *Factores sociales*: este factor incluye los factores familiares y los relacionados con los servicios de salud. Los factores familiares se refieren a las condiciones y relaciones que se establecen con los miembros del núcleo familiar y que tienen influencia en la vida y en el cuidado que las personas ancianas en situación de discapacidad realizan. Los factores de relación con los servicios de salud representan las facilidades o dificultades, expresadas por las personas ancianas en situación de discapacidad, para acceder y relacionarse con los servicios de salud; esto incluye los aspectos de tipo organizacional, administrativo y de relación con los proveedores de la salud.

- ✓ *Factores económicos*: se refieren a los ingresos, costos y aspectos relacionados con la economía de los ancianos y sus familias, los cuales tienen una fuerte influencia en el acceso a los servicios de salud y en el cuidado que las personas ancianas en situación de discapacidad realizan.

- ✓ *Factores políticos*: son los factores del contexto ambiental en los cuales se evidencian la normatividad, la legislación y las acciones de orden gubernamental que influyen en el bienestar y el cuidado de las personas ancianas en situación de discapacidad.

- ✓ *Factores tecnológicos*: se encuentran relacionados con lo avances científicos y técnicos que las personas ancianas en situación de discapacidad utilizan en las actividades de la vida diaria y que le permiten realizar tareas, acceder a espacios nuevos y apoyar su cuidado.

---

[223] LEININGER and Mac FARLAND. Op. cit., p. 137.

- ✓ *Factores físico-geográficos*: dan cuenta de la configuración del entorno natural y creado por el hombre, en el cual se incluyen aspectos de la ubicación geográfica, ubicación de la vivienda o los relieves del terreno.

- ✓ *Historia cultural*: estos factores se refieren a la historia de vida de las personas ancianas en situación de discapacidad, a su herencia cultural, así como a sus creencias, valores y tradiciones heredadas y transmitidas de generación en generación.

2.3.3 Cuidado popular. Al igual que la definición de contexto ambiental presentada anteriormente, en esta investigación concebí el concepto de *cuidado popular* a partir de algunos elementos del cuidado genérico propuesto por Leininger: "… el cual tiene una orientación desde la perspectiva emic en la cual se reconocen los estilos de vida, las creencias, las experiencias de vida, y las visiones generales de las personas. Este cuidado reconoce las maneras de cuidar utilizadas en el hogar, la comunidad y la familia y se caracteriza por la limitación en el uso de de tecnologías complejas, utilizando más rituales culturales."[224]

Así mismo, creé este concepto con la información emergente de esta investigación, ya que esta me aportó elementos adicionales que difieren de la propuesta de cuidado genérico de Leininger[225]. Esta diferencia radica en que las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza de este estudio usan algunos elementos del cuidado profesional, los cuales han adaptado a su visión de mundo, posibilidades y necesidades. De esta manera, integré en el cuidado popular aspectos teóricos de Leininger, información del campo y propuestas de autores como Helman[226] y Spector[227].

Desde esa perspectiva, el cuidado popular se refiere a los conocimientos y habilidades derivados de los valores, las creencias, la cosmovisión y las experiencias de vida construidas por las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza que son culturalmente aprendidos, transmitidos en su mayor parte de manera oral, de generación en generación, e influidos por el contexto donde se desarrollan. El cuidado popular utiliza un conocimiento práctico y un lenguaje sencillo de comprender y se desarrolla en un entorno familiar (esto

---

[224] LEININGER and Mac FARLAND. Op. cit., p. 61.

[225] Ibid.

[226] HELMAN, Cecil. Op. cit. p. 47.

[227] SPECTOR, Rachel. Cultural diversity in health and illness. Op. cit., p. 197-199.

es, el primer recurso al que las personas ancianas acceden para solucionar sus situaciones de salud).

Este conocimiento se construye dentro de la familia y de las personas allegadas que comparten el mismo contexto ambiental y visión de mundo. Por todo eso, en el cuidado popular se usan los saberes propios culturalmente heredados y se incorporan nuevas formas de cuidado provenientes del sector profesional de la salud. Este cuidado incluye acciones como el empleo del ambiente natural o de plantas, la automedicación, el autotratamiento, las prácticas religiosas y otras acciones asimiladas de los servicios de salud, las cuales tienen el fin de mantener y recuperar la salud y la vida.

En Colombia, las migraciones de las zonas rurales a la ciudad, que se han venido dando desde hace más de cincuenta años, originadas por la situación de violencia del país o por el interés de mejorar las perspectivas de trabajo, vivienda, educación propios o de la familia, han aumentado los cinturones de miseria urbanos y la diversidad cultural de la población. Teniendo en cuenta el origen de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza de los cinco barrios donde realicé el estudio se puede decir que son de origen rural y trajeron consigo una cultura, unas costumbres y unas prácticas de cuidado de la salud heredadas de sus ancestros que han sido modificadas o adaptadas a los contextos ambientales de los cerros orientales de Bogotá. Así mismo, la ubicación geográfica de estos ancianos en una zona urbana marginal ha determinado unas condiciones y formas particulares de cuidarse, que se expresan en prácticas de cuidado populares.

En este caso, la definición de cuidado popular es importante, por cuanto se convierte en un concepto orientador de los objetivos de este trabajo investigativo, es decir, busco comprender la trayectoria de cuidado popular de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza, la cual incluye el cuidado popular que realizan estas personas. De ahí que para los profesionales de enfermería el conocimiento del cuidado popular sea de extrema relevancia, pues les permite comprender y construir formas de ayuda y de cuidado que no sea impuesto por ellos, sino negociado y aceptado por las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza.

2.3.4 Modelo de Cuidado Cultural en la Adversidad. En esta investigación utilicé como guía para la comprensión del cuidado de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza el MCCA, desarrollado por López, que originalmente tenía como nombre Modelo del Cuidar/Cuidado en la Adversidad y que ha venido sufriendo ajustes en el desarrollo de los procesos investigativos

desarrollados por el grupo de investigación Cuidado Cultural de la Salud, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia[228].

Este Modelo está fundamentado en la perspectiva teórica de la enfermería transcultural y se ha combinado con aspectos de la antropología de la salud y de la vejez; además, surgió del trabajo con poblaciones de personas ancianas en Brasil y Colombia y explica los elementos que se deben tener en cuenta para brindar un cuidado culturalmente congruente a personas y grupos que lo requieren[229].

El grupo de investigación Cuidado Cultural de la Salud ha utilizado la propuesta de López en investigaciones relacionadas con la vejez, la cultura y la discapacidad en poblaciones mestizas y afrocolombianas en condiciones de pobreza, de contextos urbanos (Bogotá y Guapi, Cauca) y rurales (Cáqueza y Cundinamarca), ya que:
"… señala la importancia de construir y validar el conocimiento de enfermería que emerge de propuestas teóricas, modelos o marcos conceptuales tanto provenientes de las conocidas tradiciones académicas norteamericanas o europeas, como también anima a la producción de conocimiento en enfermería desde el contexto latinoamericano."[230].

Dentro del grupo de investigación que lidera la autora del Modelo se ha comprendido que es necesario crear conocimientos sobre el cuidado a partir de los ya generados por las investigaciones latinoamericanas. Ante ello, han surgido diversos estudios con poblaciones de personas ancianas y sus familias en situaciones de discapacidad y pobreza[231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238] que han podido mostrar que el MCCA permite:

---

[228] LÓPEZ, Alba Lucero. O cuidar no contexto da adversidade; a história oral de idosos em uma comunidade colombiana. Op. cit., p. 44.

[229] LÓPEZ, Alba Lucero. Comparando e interpretando a longa caminhada: maneira do idoso qualificar a vida. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1999.

[230] LÓPEZ, Alba Lucero. O cuidar no contexto da adversidade; a história oral de idosos em uma comunidade colombiana. Op. cit., p. 44

[231] CÁRDENAS, Andrea y LÓPEZ, Alba Lucero. Resiliencia y calidad de vida en la vejez, Algunas consideraciones [CD_ROM]. En: encuentro de avances en psicología: gerontología y Neurociencias. Universidad Pontificicia Bolivariana, julio 28 -29, 2007.

[232] CÁRDENAS, Andrea, y LÓPEZ DÍAZ, Alba Lucero. ¡Es posible hablar de resieliencia en la vejez? Una revisión critica de la literatura [CD_ROM]. En: VI congreso Colombiano de Psicología en salud. Universidad Sur Colombiana, Neiva, abril 26, 2007.

[233] CASTELLANOS, Fabiola y LÓPEZ DÍAZ, Alba Lucero. Significados de la discapacidad de los ancianos en un contexto de pobreza [CD_ROM]. En: Congreso iberoamericano de investigación cualitativa en salud. (3:

- ✓ Comprender el cuidado de las personas ancianas y sus familias en algunos contextos culturales diversos.

- ✓ Concebir dos propuestas tecnológicas en enfermería, denominadas *modelo de cuidado cultural para personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza* y *modelo de cuidado cultural para familias con personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza.*

- ✓ Establecer formas de cuidado cultural de la salud al aplicar el MCCA para personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza en poblaciones mestizas y contextos urbanos.

- ✓ Iniciar estudios sobre la medición y evaluación de las intervenciones al aplicar el MCCA para personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza.

El MCCA considera tres aspectos: el contexto social de adversidad, la trayectoria del cuidado y los patrones de resiliencia de la población, que se presentan interrelacionados en la Figura 7.

En primer lugar, López incluye en lo que denomina *contexto de la adversidad* los factores políticos, religiosos, tecnológicos, sociales, culturales, educativos, de parentesco, así como los valores y las creencias[239]. Todos ellos influyen en la trayectoria de cuidado que el individuo o el grupo cultural construyen y que a su vez se formulan en las expresiones de cuidado de los individuos y grupos.

Puerto Rico: mayo 6-9 de 2008) Escuela graduada de salud Pública. recinto de ciencias médicas. universidad de Puerto rico. Libro de resúmenes. mayo 6-9 de 2008.

[234] CASTELLANOS, Fabiola y LÓPEZ DÍAZ, Alba Lucero. Discapacidad y cultura: desafío emergente en investigación. En: Revista avances en enfermería. Julio de 2008 en prensa. 2008b.

[235] CASTELLANOS, Fabiola y LÓPEZ DÍAZ, Alba Lucero. Contexto de cuidado de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza de un área urbana Marginal de Bogotá [CD_ROM]. En: segundo seminario internacional de cuidado cultural de la salud. Desarrollos investigativos y políticas públicas, nov. 19-20 de 2007.

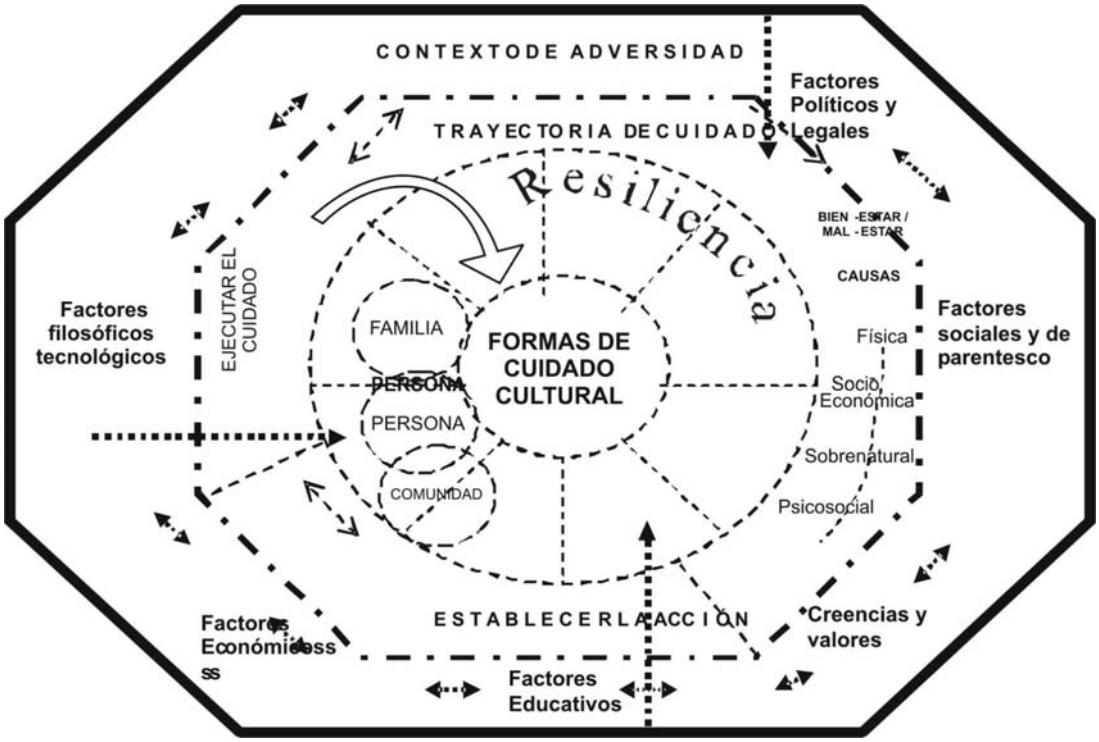
[236] MELGUIZO, Estela y ÁLZATE Marta L. Creencias y practicas d el cuidado de la salud. En: Rev. Avances en Enfermería. Enero - junio 2008, vol. 26, no. 1.

[237] CATAÑO, Nora; LÓPEZ, Alba; VELÁSQUEZ, Vilma y ÁLZATE, Martha Lucia. Propuesta de un modelo de cuidado de la salud para las familias afro colombianas con personas ancianas en el area urbana del municipio de Guapi Cauca. Universidad Nacional de Colombia, 2008.

[238] LÓPEZ DÍAZ, Alba et al. Prácticas de cuidado realizadas por personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza en zona rural y urbana en Colombia. En: Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería (10: 2006: Buenos Aires) Memorias. Bogotá.

[239] LÓPEZ, Alba Lucero. O cuidar no contexto da adversidade. Op. cit., p. 123-153.

Figura 7. Modelo de Cuidado Cultural en la Adversidad



Tomado de: López, A. L. Traducido y adaptado por la autora en el proyecto *Desarrollo de un modelo de cuidado cultural de la salud para personas ancianas con discapacidad en situación de pobreza en zonas urbano-marginales y rurales de Bogotá y Cáqueza/Cundinamarca*, *2005- 2008*.

En segundo lugar, la *trayectoria de cuidado*, descrita por López, se refiere al proceso intangible surgido en el cotidiano de vida de las personas o comunidades donde las personas determinan cuándo una situación produce bienestar o malestar. Esta trayectoria lleva tres momentos articulados entre sí: (1) la causación, donde se identifican y se atribuye un significado a las causas que producen la situación (físico-ambiental, socioeconómicas, psicológica y sobrenatural), (2) la toma de decisiones, que es la determinación de un proceso para hacerlo y, (3) el establecimiento de un cuidado.

López define en la causación cómo la persona evalúa una serie de manifestaciones y experiencias que interpreta como favorables o perjudiciales para la vida. Estas explicaciones pueden tener un origen físico, psicosocial, socioeconómico y sobrenatural. La visión de mundo da la jerarquía a las formas de actuar[240].

Entre tanto, la toma de decisiones se percibe como la síntesis de los significados y representaciones vividas en la fase inmediatamente anterior. De esta forma, los recursos individuales y de la vida social comienzan a estar disponibles y a ser utilizados. Generalmente, la forma de actuar está relacionada con el uso de la propia energía, de los recursos familiares y de la mezcla del saber popular con el profesional, y está mediada por los resultados evidenciados en las experiencias anteriores propias o de los miembros del grupo familiar o cultural. De ahí que haya un fuerte componente de las creencias de acción del grupo familiar en la toma de decisiones para la acción.

Por último, la fase final de la trayectoria es la ejecución del cuidado. En ella se envuelven las dos anteriores dimensiones: los actores de cuidado y las prácticas de cuidado para la preservación de la vida. La propuesta realizada por López ofrece una alternativa viable para el análisis del cuidado de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza de este estudio. El MCCA propone una estructura que permite comprender de integralmente cómo las personas cuidan de su salud y su vida estableciendo una trayectoria de cuidado.

Esta manera de entender la trayectoria orientó el análisis y la articulación de la información de los colaboradores de la presente investigación. La trayectoria de cuidado permite identificar los pasos y las acciones desde el conocimiento cultural de las personas, dar cuenta de la complejidad de ese cuidado y establecer las similitudes y diferencias en el cuidado que los profesionales realizamos.

En esta investigación retomo la comprensión de López[241] sobre la trayectoria de cuidado, pero amplío sus elementos y alcances, a partir de la comprensión de la teoría de la universalidad y la diversidad del cuidado[242], de la enfermería transcultural[243], de la antropología médica[244] y de los temas culturales generados de esta investigación[245].

---

[240] LÓPEZ, Alba Lucero. O cuidar no contexto da adversidade. Op. cit., p. 123-153.

[241] Ibid.

[242] LEININGER, Madeleine. Transcultural nursing, 2002, Op. cit., p. 71.
[243] SPECTOR, Rachel. Cultural diversity in health and illness. Op. cit., p. 197-199.

2.3.5 Trayectoria de cuidado popular para las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza. Las maneras como se comprenden y enfrentan las diferentes situaciones de salud han sido objeto de estudio especialmente para la sociología y la antropología de la salud. Desde ahí se han descrito algunos modelos para explicar las causas de enfermedad, los tratamientos y los tipos de curas, y se ha buscado identificar los diferentes sistemas para mantener y recuperar la salud que se pueden encontrar en las diversas culturas.

El principal exponente de esta corriente ha sido Kleinman[246], quien propuso los modelos explicativos de la enfermedad y describió la manera como las personas explican su enfermedad y buscan estrategias para establecer acciones de salud influenciadas por la cultura. Estos planteamientos fueron retomados por Helman para referirse a la relación cultura-salud[247]. Entre tanto, en el área de la salud, Minayo[248] identificó factores etiológicos que las personas atribuyen a la enfermedad, mientras Spector consideró algunos de los planteamientos de las ciencias humanas para aplicarlos al área de la salud y definir también la trayectoria de la enfermedad[249]. Corbin y Strauss, por su parte, desarrollaron el Modelo de Trayectoria de Cuidado para Enfermedades Crónicas, en el cual consideraron la estructura de la trayectoria como un modelo conceptual construido alrededor de la idea de que las condiciones crónicas tienen un curso que varía y cambia con el paso del tiempo[250].

No obstante, aunque los anteriores autores han orientado la pregunta sobre cómo se construyen los significados y acciones de la salud desde las personas, teniendo en cuenta su perspectiva cultural, y han permitido comprender estas construcciones como proceso (es decir, comprender las trayectorias), sin embargo

---

[244] HELMAN, Cecil. Op. cit. p. 47.

[245] KLEINMAN, Arthur. Patients and healers in the context of culture an exploration of the Borderland between Anthroplogy, Medicine, and psychiatry. In: Berkerly/Los Angeles: University of California Press, 1980. p. 119.

[246] Ibid.

[247] HELMAN, Cecil. Op. cit. p. 47.

[248] MINAYO, Maria Cecilia. Doença: una concepção popular da etiologia. Em: Cad Saúde pública, 1988, vol. 4, no. 4, p. 363-81.

[249] SPECTOR, Rachel. Cultural diversity in health and illness. Op. cit., p. 197-199.

[250] CORBIN, Juliet and STRAUSS, Anselm. Managing chronic illness at home: three lines of work. In: Qualitative sociology. 1985. vol. 8, no. 3, p. 224-247.

los autores citados se han centrado en entender la enfermedad y no la salud de manera integral.

Desde ahí, la propuesta de López con el MCCA, mencionada anteriormente, es importante porque retoma elementos de la antropología de la salud, la antropología de la vejez, la enfermería transcultural y los aplica al cuidado de personas ancianas[251]; además, fue considerada para desarrollar el concepto de trayectoria de cuidado popular en esta investigación respecto a las personas ancianas en situación de discapacidad, la cual —al igual que los conceptos de contexto ambiental y cuidado popular— fue nutrida por la interpretación de la información aportada por los colaboradores de esta investigación y otros autores. Por ende, esta trayectoria se constituye en un aporte conceptual generado en el proceso investigativo que contribuyó a comprender el cuidado que realizan las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza.

Desde esta lógica, la trayectoria de cuidado popular se refiere al proceso que siguen las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza para establecer su cuidado, en respuesta a diversas situaciones, y posee tres componentes que se articulan secuencialmente entre sí: comprensión de la situación actual, toma de decisiones y ejecución del cuidado.

La trayectoria de cuidado popular es un proceso no siempre consciente que se da dentro la vida cotidiana, es dinámico y sufre transformaciones dependientes del contexto ambiental y del individuo; esta influenciada por las creencias, los valores, los pensamientos y los comportamientos; debe ser analizada a partir del contexto ambiental, pues cada contexto posee características específicas que le dan forma, y no hay que asumirla como una estructura fija que pueda ser generalizada para todas las personas, pues no existe un patrón único y predefinido en el proceso de la búsqueda del cuidado: las personas están constantemente replanteando la comprensión de la situación actual , la toma de decisiones de cuidado y la ejecución del cuidado.

La comprensión de la situación actual para este grupo de ancianos empieza por reconocer las manifestaciones de bienestar o malestar[252]. Luego, una vez establecen a qué se refieren estas manifestaciones, nombran esta situación, pues

[251] LÓPEZ, Alba Lucero, et al. Desarrollo de un modelo de cuidado cultural de la salud para personas ancianas con discapacidad en situación de pobreza en zonas urbano-marginales y rurales de Bogotá y Cáqueza/Cundinamarca, 2005- 2008. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de enfermería.

[252] LÓPEZ, Alba Lucero. O cuidar no contexto da adversidade. Op. cit., p. 123.

tal acción tiene una poderosa influencia en su percepción, que es siempre una categoría cultural[253]. Así mismo, la comprensión de la situación está determinada por los significados que tenga para la persona anciana la situación actual. En este proceso, las creencias personales y familiares desempeñan un papel determinante, ya que, a la vez, son un reflejo de las creencias y valores de los sistemas sociales y culturales[254].

Posteriormente, para explicar y comprender su situación actual, las personas establecen una o varias atribuciones causales, la cuales pueden ser de origen psicosocial, socioeconómico o natural. Esta última (la natural) se refiere a la interrelación entre los fenómenos de la naturaleza y la salud: los cambios del tiempo, el frío o el calor excesivo[255],[256]. Las atribuciones de origen socioeconómico son aquellas referidas a las condiciones materiales de la existencia: el salario, la vivienda, el tipo de trabajo, las relaciones sociales (próximas o con la sociedad más amplia), el saneamiento básico y el funcionamiento del sistema de salud[257],[258],[259]. Finalmente, las atribuciones de origen psicosocial consisten en la emoción y los sentimientos relacionados con la vida diaria y las interacciones sociales que pueden ser perjudiciales para la salud[260].

Todos los elementos que constituyen la comprensión de la situación actual se articulan y orientan a la persona para la toma de decisiones de cuidado. Adviértase entonces que esta comprensión de la situación y la subsecuente toma de decisiones están permeadas por las creencias y los valores de la cultura. La toma de decisiones es un proceso cognitivo intangible que está mediado por la valoración inicial que la persona anciana realiza de su situación, e incluye: el grado de severidad de la condición de salud[261],[262],[263],[264],[265],[266]; el tipo de situación:

---

[253] SPECTOR, Rachel. Cultural diversity in health and illness. Op. cit., p. 197-199.

[254] KLEINMAN, Arthur. Patients and healers in the context of culture an exploration of the Borderland between Anthroplogy, Medicine, and psychiatry. 1980. Op. cit., p. 119.

[255] MINAYO, Maria Cecilia. Saúde – doença: una concepção popular da etiología. Op. cit., p. 370.

[256] NGOKWEY, N. pluralistic etiological systems in their social context: a Brazilian case study. In: Soc Sci med. 1988. vol. 26, no. 8, p. 793-.802.

[257] Ibid.

[258] MINAYO, Maria Cecilia. Saúde – doença: una concepção popular da etiología. Op. cit., p. 370.

[259] LÓPEZ, Alba Lucero. O cuidar no contexto da adversidade. Op. cit., p. 44.

[260] Ibid.

[261] KLEINMAN, Arthur. Patients and healers in the context of culture an exploration of the Borderland between Anthroplogy, Medicine, and psychiatry. 1980. Op. cit., p. 120.

[262] SPECTOR, Rachel. Cultural diversity in health and illness. Op. cit., p. 197-199.

aguda o crónica[267],[268],[269],[270], y la disponibilidad de recursos[271]. Así como la influencia negativa de la situación actual en el funcionamiento físico, en las relaciones interpersonales, en el trabajo y la evaluación que hacen otros sobre la situación.[272].

Otros aspectos que influyen en la toma de decisiones corresponden al conocimiento y la experiencia que posee la persona sobre el cuidado de la salud y a las experiencias con los sistemas de salud[273],[274],[275],[276]. La familia es un elemento de especial importancia en la toma de decisiones[277],[278],[279]. La toma de decisiones está orientada de acuerdo con la edad, el género y el nivel de

---

[263] LÓPEZ, Alba Lucero. O cuidar no contexto da adversidade. Op. cit., p. 123-153.

[264] PELTO, Pertti J., PELTO, Gretel. Studyng knowledge cultura and behavior in applied medical anthroplogy. In: Medical anthrology anthroplogy quarterly. 1997. *v*ol. 11, no. 2, p. 147-163.

[265] GARRO, Linda. On the rationality of decision making studies: part I, decision models of treatment choice. In: Medical anthrology anthroplogy quarterly. 1988. vol. 12, no. 3, p. 319-340.

[266] Ibid.

[267] KLEINMAN, Arthur. Patients and healers in the context of culture an exploration of the Borderland between Anthroplogy, Medicine, and psychiatry. 1980. Op. cit., p. 119.

[268] SPECTOR, Rachel. Cultural diversity in health and illness. Op. cit., p. 197-199.

[269] PELTO J. and PELTO G. Op. cit., p. 147.

[270] GARRO, Linda. On the rationality of decision making studies: part I. Op. cit., p. 330.

[271] Ibid.

[272] HELMAN, Cecil. Op. cit. p. 47.

[273] KLEINMAN, Arthur. Patients and healers in the context of culture an exploration of the Borderland between Anthroplogy, Medicine, and psychiatry. 1980. Op. cit., p. 119.

[274] OREM, Dorotea. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Ediciones científicas y técnicas S.A Masson, 1993. 423 p.

[275] PELTO J. and PELTO G. Op. cit., p. 147.

[276] GARRO, Linda. On the rationality of decision making studies: part I. Op. cit., p. 330.

[277] KLEINMAN, Arthur. Patients and healers in the context of culture an exploration of the Borderland between Anthroplogy, Medicine, and psychiatry. 1980. Op. cit., p. 119.

[278] HELMAN, Cecil. Op. cit. p. 47.

[279] LÓPEZ, Alba Lucero. O cuidar no contexto da adversidade. Op. cit., p. 123-153.

dependencia[280],[281]. El proceso de toma de decisiones es dinámico, es decir, frente a una misma situación de salud las personas pueden tomar diferentes decisiones[282],[283].

La ejecución del cuidado, que es el último componente de la trayectoria de cuidado popular, concreta en ella la comprensión de la situación actual y la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud, que se construyen y se modifican a partir de la visión de mundo y del contexto de la persona[284]. De esta suerte, la ejecución del cuidado popular se inscribe en el contexto ambiental y utiliza los recursos que le son comunes y útiles. A su vez, está ligada a las situaciones en las que se produce, es decir, es variable y no es posible reproducirla con exactitud. Implica, en cambio, la realización de actividades, acciones y comportamientos intencionados, cuyo propósito es mantener y recuperar la salud, para mejorar la vida, y la interacción de varias personas con diversos conocimientos sobre el cuidado de la salud[285],[286].

En principio se reconoce que las personas ubican en sí mismas y en sus recursos los elementos y actividades para ejecutar las acciones de cuidado[287]; de igual manera, la familia es uno de los primeros recursos que son contemplados para la ejecución del cuidado[288], pues dentro de ella se define la situación de salud, se toman decisiones, se concretan las opciones de cuidado y se considera la efectividad de las elecciones y su continuidad[289],[290].

---

[280] KLEINMAN, Arthur. Patients and healers in the context of culture an exploration of the Borderland between Anthroplogy, Medicine, and psychiatry. 1980. Op. cit., p. 179.

[281] OREM, Op. cit., p. 78.

[282] KLEINMAN, Arthur. Patients and healers in the context of culture an exploration of the Borderland between Anthroplogy, Medicine, and psychiatry. 1980. Op. cit., p. 179.

[283] Garro y Young, *op. cit.*, 1998

[284] LÓPEZ, Alba Lucero. O cuidar no contexto da adversidade. Op. cit., p. 123-153.

[285] SPECTOR, Rachel. Cultural diversity in health and illness. Op. cit., p. 197-199.

[286] LÓPEZ, Alba Lucero. O cuidar no contexto da adversidade. Op. cit., p. 123.

[287] Ibid.

[288] KLEINMAN, Arthur. Patients and healers in the context of culture an exploration of the Borderland between Anthroplogy, Medicine, and psychiatry. 1980. Op. cit., p. 179.

[289] Ibid.

[290] SPECTOR, Rachel. Cultural diversity in health and illness. Op. cit., p. 197-199.

Por otra parte, los actores y los recursos para el cuidado de la salud son seleccionados de acuerdo con su proximidad —casi siempre las personas buscan consejo con otras que compartan la misma visión de mundo sobre la salud, la enfermedad y el mismo lenguaje[291]—. Estas personas regularmente son los amigos, los vecinos, las redes sociales cercanas y las personas que han tenido experiencias o situaciones de salud similares, aun cuando también pueden ser personas con algún tipo de formación o experiencia en formas de cura sagradas o heredados culturalmente, cuya particularidad es compartir la visión de mundo de la persona que requiere el cuidado[292].

Pueden considerarse dos tipos de roles en los actores que ejecutan el cuidado: aquellos que ejecutan la práctica de manera directa, que para este caso corresponden al anciano, su familia y, en ocasiones, los vecinos, y aquellos que actúan de manera indirecta o tienen una influencia sobre la práctica de cuidado, como el médico, la persona de la droguería, el sobandero y los actores pertenecientes a las entidades gubernamentales.

Las prácticas de cuidado popular que realizan las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza están dirigidas a mantener y recuperar la salud, al tiempo que buscan el cuidado integral del ser humano, es decir, atienden al cuidado de los planos físico, mental y espiritual[293]. Para Spector mantener la salud implica realizar prácticas de cuidado diarias o frecuentes para estar bien, es decir, funcionar en la sociedad o evitar personas o comportamientos que se consideran pueden hacer daño.

Así, de acuerdo con Spector, la salud —como un fenómeno complejo— tiene varias dimensiones interrelacionadas: cuerpo, mente y espíritu. El cuerpo se puede traducir como el plano físico, donde se conjugan aspectos genéticos, la bioquímica, el sexo, la edad y el estado físico. El plano mental incluye procesos cognitivos como el pensamiento, los recuerdos, los sentimientos, los mecanismos de defensa y la autoestima. Y el plano espiritual comprende las prácticas aprendidas tanto positivas como negativas, los sueños, los símbolos y la intuición. Estas dimensiones se relacionan entre sí y con el con el contexto de las personas.

---

[291] HELMAN, Cecil. Op. cit. p. 47.

[292] SPECTOR, Rachel. Cultural diversity in health and illness. Op. cit., p. 197.

[293] Ibid.

La trayectoria del cuidado de la salud puede seguir pasos sucesivos, esto es, se puede seguir una especie de escala en la cual las personas que ejecutan el cuidado van desde las más próximas a las menos conocidas o allegadas[294],[295] tal como las personas que integran el sistema de servicios de salud, que en muchos de los casos corresponden al último recurso que se considera para la búsqueda de cuidado de la salud[296],[297]. Sin embargo, esta trayectoria no es lineal y puede retornar a las instancias donde tuvo su inicio, ya sea la misma persona o la familia, pues esto dependerá del tipo de situación de salud, de los resultados obtenidos, de la confianza en las personas que ejecutan las prácticas de cuidado, entre otros.

2.4 UNA REFLEXIÓN SOBRE LA VEJEZ, LA DISCAPACIDAD Y LA POBREZA DESDE LA ÓPTICA DE LA CULTURA

En este apartado se revisan los abordajes teóricos-conceptuales e investigativos sobre la vejez, la discapacidad y la pobreza, al tiempo que la cultura se articula como un elemento transversal que permea estos conceptos y permite descubrir elementos poco explorados desde el punto de vista de las personas, sus creencias, significados y valores. Observar estos conceptos desde la óptica de la cultura implica descubrir que esta ayuda a construir los fenómenos humanos, lo cual influye, en últimas, en la manera como las personas comprenden y enfrentan estas situaciones.

2.4.1 Resignificando la vejez desde la mirada cultural. Cada sociedad tiene su propio concepto de vejez; sin embargo, en las sociedades industrializadas la respuesta a cuándo se llega a esta etapa de la vida está dada por criterios temporales relacionados con la disminución de la capacidad productiva de las personas. Así, diferentes organizaciones internacionales, como las Naciones Unidas o la Organización Mundial de la Salud, han establecido sus parámetros de acuerdo con criterios de edad cronológica, ya que esto marca socialmente el inicio de la vejez para efectos de derechos y deberes (en el caso de los países en desarrollo es de 60 años)[298]. De hecho, la información obtenida para el desarrollo del capítulo 1 está organizada atendiendo a esa clasificación.

---

[294] Ibid.

[295] HELMAN, Cecil. Op. cit. p. 47.

[296] SPECTOR, Rachel. Cultural diversity in health and illness. Op. cit., p. 197-199.

[297] HELMAN, Cecil. Op. cit. p. 47.

[298] ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Declaración política de la II asamblea Mundial sobre el envejecimiento. En: Rev. Esp Geriatria gerontolia. 2002, vol. 37, no. 2, p. 3-6.

En el contexto colombiano se mantiene la idea de la edad cronológica para segmentar los grupos sociales, por cuanto es una categoría que rige los aspectos de la vida social del individuo, como la jubilación y la necesidad de apoyo en salud. Para Debert[299] esta cronologización está en consonancia con las asunciones culturales de la vejez, que muestran a esta población como poco productiva, dependiente y como una carga para la sociedad. En consecuencia, la vejez es comprendida como un problema y como algo no deseado.

No obstante se ha comprendido desde tres perspectivas teóricas: la psicología del desarrollo, la sociología y la biología. Desde la psicología del desarrollo se entiende la vida como una serie de etapas evolutivas por las cuales los individuos pasan de manera universal[300]. Desde la sociología se considera la vejez una construcción social, y a partir de esta mirada todas las cosas humanas (identidad, género y estilo de vida) son entidades que pueden ser socialmente creadas y que pueden revertirse o recrearse. Por último, desde la biología se considera la vejez como los trastornos funcionales y los cambios biológicos que ocurren con el paso de la edad cronológica. Sin embargo, estas perspectivas de abordaje muestran una mirada fragmentada del envejecimiento, el cual (dada su complejidad) requiere una mirada integral, que debe incorporar, además, la mirada desde lo cultural[301].

Por ello, desde la antropología de la vejez, Debert afirma que la edad cronológica es determinada culturalmente, aunque está asociada a la estructura biológica y estadios de madurez[302]. Los criterios para hacerse viejo son socialmente impuestos por exigencias legales, los cuales buscan determinar los derechos y deberes de los ciudadanos.

En la sociedad actual la vejez connota sentimientos y concepciones negativas, ya que se privilegia el valor de la juventud; por lo tanto, en todos los momentos de la vida las personas tratan de mantenerse jóvenes y huyen a la posibilidad de envejecer. Estas creencias sobre la vejez han sido propiciadas por la sociedad de consumo y fomentadas por los medios de comunicación, que promueven el culto

---

[299] DEBERT, Guita Grin. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. Op. cit., p. 33.

[300] FEATHERSTONE, M. o curso da vida: o corpo, cultura e o imaginario no processo de envelhecimiento. Em: Guita Grin GG, organizador. Antroplogia e Velhiece. Campinas: IFCH/UNICAMP; 1994. (Textos didacticos 13), 1993.

[301] DEBERT, Guita Grin. organizador. Antroplogia e Velhiece. Campinas: IFCH/UNICAMP; 1994. (Textos didacticos 13), 1993.

[302] Ibid.

al cuerpo joven y sano y proponen diversas actividades para evitar el paso del tiempo[303]. En este sentido, siguiendo a la misma autora, podemos comprender que los cuerpos no operan en el mundo social como causas en sí mismas, sino que su capacidad de operar está mediada por la cultura[304]. Es decir, la cultura organiza y establece unos valores y normas para envejecer, frente a los cuales un individuo no puede escapar y a los cuales debe adaptarse para cumplir con los estándares de su sociedad.

Como afirma Debert, el interés y la especialización en la temática de la vejez ha generado una mirada homogeneizante, en la cual se pueden llegar a desconocer las capacidades y las particularidades de las personas ancianas, pues la vejez es considerada una etapa de pérdidas físicas y de roles sociales[305]. De la misma manera, esta mirada asigna un rol negativo a la vejez, que se convierte en un problema y obstáculo para hacer una construcción cultural positiva de ella en las generaciones jóvenes.

Por ello, en la búsqueda de un abordaje del envejecimiento que incluyera los aspectos biológicos y culturales, encontré la propuesta de Featherstone[306], quien desarrolló el concepto de *vejez en el curso de la vida*; también los planteamientos del Centro para el Estudio de la Vida Adulta, donde se desarrollan tres posiciones fundamentales que aportan a la comprensión de la vejez.

En la primera posición la vida se ve como un proceso que focaliza el tiempo vivido por las personas según el modo como ellos la organizan social y culturalmente; de esta manera el envejecimiento se encuentra sometido a diversas valoraciones y miradas en el interior de un grupo cultural, que si bien puede ser una etapa positiva que conlleva sabiduría, también tiene la connotación negativa de desgaste físico de los individuos, que los deja en desventaja en relación con los demás miembros de la cultura que se encuentran en otros estadios de la vida[307]. En este caso, para el grupo de personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza, la vejez implica un proceso de desgaste físico, ya que su vida ha estado organizada alrededor del trabajo y esta comprensión los pone en desventaja frente

---

[303] DEBERT, Guita Grin. organizador. Antroplogia e Velhiece. Campinas Op. cit., p. 82.

[304] Ibid.

[305] DEBERT, Guita Grin. A reinvencao da velhice: socializacicao e procesos de reprivatizacao do envelhecimento. Op. cit., p. 33.

[306] FEATHERSTONE, Op. cit., p. 82.

[307] Ibid.

a una sociedad que tiene una alta valoración de la juventud, la productividad y la belleza física.

La segunda posición se refiere al presupuesto de que no existe un único proceso de vida para todas las personas; por lo tanto, existen diferentes cursos de la vida según la historia y la cultura. Adicionalmente, en la cultura se construye la imagen del cuerpo, que en el caso del envejecimiento conlleva una percepción y una valoración de los individuos en la sociedad[308]. La historia de vida y la herencia cultural de las personas ancianas en situación de discapacidad de esta investigación han generado personas luchadoras, lo cual las hace un grupo con unas características particulares en el momento actual de la vejez y en la manera de enfrentar sus situaciones de vida y de cuidado.

Finalmente, la última posición hace hincapié en la necesidad de reconocer que el envejecimiento no es propio de una única disciplina, sino que se requiere su abordaje y entendimiento a través del estudio de diversos grupos sociales y culturales, de manera interdisciplinaria[309].

De esta manera la vejez puede comprenderse de forma integral incluyendo la cultura. Los valores y las creencias sobre la vejez permean la elaboración conceptual de este término en los individuos de la sociedad. Igualmente, el contexto ambiental determina cómo las personas experimentan esa situación —por ejemplo, el significado de la vejez para una persona anciana que cuenta con jubilación o algún tipo de ingreso económico es diferente a la que no tiene acceso a ellos—, pues para los hombres implica la pérdida de la independencia, no trabajar y la pérdida del rol central en la familia; caso contrario en la mujer, para quien la vejez llega cuando no puede asumir los roles en el interior de su hogar y su cuerpo experimenta deterioros que le impiden funcionar para el desarrollo de sus actividades.

De lo anterior se colige que la comprensión de la vejez desde la perspectiva cultural permite identificar que el modo de vivir y de cuidarse de las personas ancianas está influenciado por su cosmovisión, creencias, valores y experiencias, los cuales son componentes que integran su cultura. Por ende, abordar la vejez desde la mirada de la cultura de las personas ancianas posibilita la aproximación del profesional a la comprensión del significado de la vejez en contextos

[308] Ibid.

[309] FEATHERSTONE, Op. cit., p. 82.

ambientales particulares[310]. Así mismo, esta aproximación le permite fortalecer el cuidado de las personas y actuar de manera respetuosa con sus valores, creencias y prácticas, pues debe estar preparado para atender todas estas particularidades intrínsecas de la vejez, que requieren cuidados diferenciados culturalmente.

2.4.2 Comprendiendo la discapacidad y reconociendo las construcciones culturales. Cada sociedad ha generado maneras de comprender y de tratar la discapacidad, según sus parámetros y normas sociales y culturales[311]. Las comprensiones sobre el concepto de discapacidad son tan antiguas como los seres humanos[312]; pero se han identificado principalmente dos tendencias en los modelos para la explicación de la discapacidad: la perspectiva funcionalista de la discapacidad y la perspectiva social de la discapacidad[313].

El modelo individual se encuentra dentro de la perspectiva funcionalista de la discapacidad, el cual reconoce la condición discapacitante en el cuerpo de la persona. Posteriormente, este modelo individual se transformó en el modelo médico, pues este consideraba que la condición discapacitante que se encontraba en el cuerpo debía ser tratada por especialistas en el cuidado de la salud[314].

El modelo individual se continuó transformando e incorporó la influencia del ambiente en la construcción de la discapacidad. Esta noción fue retomada por la Organización Mundial de la Salud, que en 1980 concibió la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías.

En el modelo social, la discapacidad no se relaciona con el cuerpo, sino que es una consecuencia de la opresión social, y por ello la discapacidad es total y exclusivamente social[315]. En este modelo, la discapacidad es consecuencia de las

---

[310] HAMMERSCHMIDT, ZAGONEL and LENARDT. Op. cit., p. 362.

[311] BARNES, Colin and MERCER, Geof. Disability. Key Concepts Editorial Polity press- USA, 2003.

[312] CUERVO, Clemencia y TRUJILLO, Alicia. Evolución de la visión conceptual en la maestría en discpacidad e inclusión social. En: Discapacidad e inclusión social. Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Editoras Clemencia Cuervo, Alicia Trujillo y cols., 2005.

[313] LUTZ, Barbara y BOWERS, Barbara. Understanding how disability is definined and conceptualized in the literature. In: Reahabilitation Nursing. May / junio, 2003. vol. 28, no. 3, p. 74.

[314] CUERVO y TRUJILLO, Op. cit., p. 85.

[315] OLIVER, Mike. Una sociología de la discpacidad o una sociología discpacitada? En: discapacidad y sociedad. Madrid: edicones Morata, 1998.

condiciones del medio ambiente, que generan desventajas en los individuos. No obstante, derivados del enfoque social de la discapacidad, se generaron dos modelos: el activista y el universal, los cuales proponen la defensa de las personas con discapacidad y la consideración de la discapacidad como un fenómeno universal inherente al ser humano.

Ha de tenerse en cuenta que la evolución de los modelos de discapacidad no ha sido lineal y que han surgido otros modelos que han recogido las tendencias políticas, sociales y económicas, dadas en el tiempo. En consecuencia, y con el objetivo de generar un lenguaje uniforme para la comunicación dentro de las ciencias de la salud y fuera de ellas, la Organización Mundial de la Salud dio a conocer en el 2001 una versión de clasificación de la discapacidad, denominada CIF. Esta es una revisión de la clasificación de 1980, en la cual se integran los conceptos centrales del modelo médico o funcionalista de la discapacidad y el modelo social.

Esta clasificación mostró avances importantes en el reconocimiento de los factores contextuales que limitan la realización de actividades y la participación social de la persona[316]. A efectos de integrar las diferentes dimensiones del funcionamiento, la clasificación utiliza un enfoque biopsicosocial e intenta proporcionar una visión coherente de las diferentes concepciones de salud[317]. Con ello, la discapacidad es definida como: "… el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y sus factores personales y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona. A causa de esa relación los distintos ambientes pueden tener efectos distintos en un individuo con una situación de salud."[318]

A pesar de ese consenso en el término y en el enfoque para la discapacidad, es evidente que existen elementos no considerados y que implican transformaciones de la manera de entenderla. De este modo, como afirman Cuervo y Trujillo, no se ha tenido en cuenta la cultura, que ejerce una poderosa influencia en la concepción de la discapacidad, tanto para las personas que la experimentan como para quienes brindan cuidados en salud[319].

---

[316] CUERVO y TRUJILLO, Op. cit., p. 85.

[317] OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF 2001. Op. cit., p. 9.

[318] OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF 2001. Op. cit., p. 20.

[319] CUERVO y TRUJILLO, Op. cit., p. 85.

Es necesario recordar siempre que el significado de la discapacidad se construye en el grupo social en el que está inmersa la persona[320], y las acciones que se realicen para su cuidado estarán directamente relacionadas con los significados y el entorno en el que se encuentre. En este sentido, la cultura, más que construirse alrededor del cuerpo, le puede dar forma y entrañarse hasta en su funcionamiento.

Con lo anterior, se comprende que la discapacidad no puede asumirse como una condición universal y uniforme, ya que su interpretación requiere plantear que es una construcción diversa que depende de las jerarquías de privilegios y desventajas sociales[321], así como de las construcciones culturales de una sociedad. El término *discapacidad* engloba muchas realidades; por ello el uso de un sólo término para referirse a tamaña complejidad puede llevar a la homogeneización de las personas, sin tener en cuenta las particularidades que ofrece cada situación de discapacidad y la evaluación que tal situación plantea para determinada sociedad[322].

En el caso de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza, es perentorio reconocer las particularidades que ofrece la discapacidad, pues ellas la experimentan y significan de manera diferente que niños, jóvenes o adultos; además, el momento en el que se presenta también influye en el significado y cuidado de la salud. La discapacidad para las personas ancianas de esta investigación está condicionada por el hecho de que la adquirieron en la vejez, lo cual implica que pueden requerir ayuda de su familia, esta situación afecta notoriamente su independencia y dinámica familiar.

Las enfermedades que vienen gradualmente y tienen un curso predecible les permiten a las personas ancianas adaptarse y ajustarse a la discapacidad e incorporarla en sus rutinas diarias; pero la aparición repentina de la enfermedad y la impredictibilidad de su curso afectan la posible adaptación e incorporación de cambios en su vida diaria. En la actualidad la enfermedad crónica y la discapacidad se ven como normativas para las personas ancianas. Estas personas no buscan atención para los problemas de salud, sino que aceptan la

---

[320] CASTELLANOS y LÓPEZ, Significados de la discapacidad de los ancianos en un contexto de pobreza. Op. cit., p. 71.

[321] BRIGUEIRO, Mauro. Cuerpo, cultura y discapacidad: aproximaciones analíticas desde la teoría social. En: Discpacidad e inclusión social. Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Editoras Clemencia Cuervo, Alicia Trujillo y cols. 2005.

[322] BARNES and MERCER, Op. cit., p. 85.

enfermedad y la discapacidad como eventos inevitables. Estos puntos de vista, a menudo, se comparten por aquellos quienes suministran cuidado y las familias, lo que limita el acceso a la rehabilitación[323].

En consecuencia, la asunción de la discapacidad como lo presentado en los párrafos anteriores tiene implicaciones para los servicios de salud, pues los prestadores de servicios asumen que las personas ancianas son personas con discapacidad per se y, por lo tanto, no requieren la misma rigurosidad, esmero y apoyo en los procesos de rehabilitación y de cuidado. Así, en una escala de valoración, las personas ancianas con discapacidad ocuparían el nivel inferior.

Ser anciano y estar en situación de discapacidad comporta ciertas implicaciones tanto en el plano personal como en el social. En el primero, esta experiencia conlleva la pérdida de independencia, roles sociales e ingresos, y puede dar como resultado aislamiento social o institucionalización. En el plano social, estos cambios afectan no sólo a los individuos mayores, sino a sus familias y redes sociales, particularmente cuando existen problemas alrededor de la provisión del apoyo necesario para realizar las actividades diarias[324].

En esta investigación se asume la postura sobre discapacidad dada por la CIF, pero se reconoce que es una construcción cultural que determina las maneras de actuar de las personas. Conocer los significados, las creencias y los valores de las personas ancianas sobre la discapacidad permite a los profesionales replantear el cuidado para estas personas. Esto implica tener en cuenta la valoración que las personas ancianas hacen de su situación y de las necesidades que reconocen junto con el contexto ambiental.

Para enfermería, asumir la discapacidad desde la perspectiva de la cultura implica generar formas de cuidado que reconozcan los significados, las creencias y los valores de estas personas, al tiempo que incorporan la voz de las personas a quienes se cuida. Como se ve, comprender la discapacidad como un fenómeno complejo desde los planos individual y social, comporta romper con antiguos paradigmas que centralizaban el cuidado en los individuos y asumir otros aspectos de la discapacidad que pueden estar centrados en lo social, ambiental y cultural.

---

[323] BARNES and MERCER, Op. cit., p. 85.

[324] Ibid.

Como se mencionó en párrafos anteriores, el abordaje de la relación discapacidad-cultura aún es incipiente y se encuentra en proceso de construcción. La revisión de la literatura sobre discapacidad y cultura señala las tendencias investigativas en el área, los grupos de población y, en general, los intereses a los cuales los investigadores han dirigido sus esfuerzos. En este sentido, los estudios sobre discapacidad y cultura conforman un área relativamente nueva en el ámbito académico de investigación, el cual se ha asumido de manera interdisciplinaria desde disciplinas y profesiones como la sociología, la lingüística, la economía, la antropología, la historia, la psicología y los estudios del medio ambiente. Los estudios de discapacidad han sido promovidos ampliamente por los profesionales de las diversas disciplinas de la salud y las ciencias humanas, así como los activistas y académicos en condición de discapacidad[325]

En la revisión de literatura de los últimos diez años realizada por Castellanos y López en cinco bases de datos indexadas sobre la relación discapacidad-cultura se encontraron 31 artículos, lo cual es un número reducido[326]. Este es un hallazgo que llama la atención y pone en evidencia que este es un campo todavía por explorar. La mayor parte de los artículos seleccionados se encuentran en inglés y un porcentaje menor corresponde a artículos en español.

Este dato se constituye en otro hallazgo importante, pues está evidenciando que países como Estados Unidos y algunos de Europa poseen mayores desarrollos en el área. Contrario a esto, en países latinoamericanos se observa una escasa producción de estudios sobre esta temática, aun cuando debe considerarse el reducido número de publicaciones latinoamericanas incluido en revistas indexadas. Los mayores desarrollos investigativos de los países mencionados pueden estar dados por el aumento en el número de población de inmigrantes, ante lo cual se han realizado esfuerzos investigativos tendientes a lograr la comprensión de la discapacidad en diversas culturas[327].

En las temáticas exploradas en los estudios sobre la relación discapacidad-cultura se identificaron seis categorías: (1) influencias culturales en la experiencia de las familias y los cuidadores de niños y adultos con discapacidad; (2) el estigma y el rechazo cultural que la discapacidad conlleva; (3) servicios de salud, rehabilitación

---

[325] PRIESTLEY, Mark. SWAIN, John; FRENCH, Sally and CAMERON, Colin (Eds.). Controversial Issues in a Disabling Society. In*:* Journal of Social Policy, Buckingham: Open University Press. p. 639-640.

[326] CASTELLANOS y LÓPEZ. Significados de la discapacidad de los ancianos en un contexto de pobreza Op. cit., p. 71.

[327] Ibid.

y cultura; (4) creencias de los padres sobre la discapacidad; (5) la discapacidad en adultos mayores, y (6) la educación de los niños con discapacidad.

La investigación relacionada con las influencias culturales en la experiencia de las familias y los cuidadores de niños y adultos con discapacidad[328,329,330,331,332,333,334,335,336,337,338,339,340,341,342,343] muestra que la familia y los cuidadores son

---

[328] RUEDA, Robert, et al. Cultural models of transition: Latina mothers of young adults with developmental disabilities. In: Exceptional Children. 2004. vol. 71, no.4, p. 104-414.

[329] GAMMON, Elizabeth. Examining the needs of culturally diverse rural caregivers who have adults with severe developmental disabilities living with them. In: Families in Society. 2000. vol. 81 Is 2, p. 174.

[330] GANNOTTI, Mary, et al. Sociocultural Influences on Disability Status in Puerto Rican Children. In: Physical Therapy. Sept 2001. vol. 81, no. 9, p. 1512.

[331] ZHANG, Dalun. Parent practices in facilitating self-determination Skills: The influences of culture, socioeconomic status, and children's special education status. In: Research and Practice for persons with severe disabilities. 2005. vol. 30, no. 3, p. 154 -162.

[332] HOLROYD, Eleanor. Chinese cultural influences on parental caregiving obligations toward children with disabilities. Qualitative Health Research. January 2003. vol. 13, no. 1, p. 4-19.

[333] Mc CALLION, Philip. MATTHEW. Janicki and GRANT GRIFFIN, Lucinda. Exploring the impact of culture and acculturation on older family's care giving for persons with developmental disabilities. In: Family Relations. 1997. vol. 46, no .4, p. 347-357.

[334] MANDELL, David and NOVAK, Maytali. The role of culture in families' treatment decisions for children with autism spectrum disorders. Mental retardation and developmental disabilities. In: Research reviews. 2005. vol. 11, p. 110-115.

[335] RAUGH, Raghavan and NEIL, Small. Cultural diversity and intellectual disability. In: Current opinion in Psychiatry. 2004. vol. 17, p.371-375.

[336] PAJA L, Donnelly. Korean American family experiences of caregiving for their mentally III adult children: An interpretive inquiry. In: Journal Of. Transcultural Nursing. October. 2001. vol. 12, no.4, p. 292 – 301.

[337] YOUSAFZAI, Aisha K., et al. Beliefs about feeding practices and nutrition for children with disabilities among families in Dharavi, Mumbai. In: International Journal of rehabilitation research. 2003. vol. 26, no. 1.

[338] BlACHER, Jan; NEECE, Camerón L. and PACZKOWSKI, Emilie. Families and intellectual disability. In: Current opinion in psychiatry. 2005. vol. 18, p. 507-51.

[339] DEVLIEGER, Patrick J.; ALBRECHT. Gary L. and HERTZ, Miram. The production of disability culture among young African- American men. In: Social Science and Medicine. 2007. vol. 64, p. 1948-1959.

[340] ROY, Tanuka and CHOPRA, Suhita. The experiences of adolescents with talasemia in West Bengal, India. Qualitative health research. January 2007. vol. 17, no. 1, p. 85-93.

[341] GARDNER, J. Emmett, et al. Panamanian grandmothers' family relationships and adjustment to having a grandchild with a disability. In: Aging and human development. 2004. vol. 59, no. 4, p. 305-320.

[342] SORENSEN, Elaine, et al. This is a spiritual experience: perspectives of Latter-day Saint families living with a child with disabilities. In: Qualitative health research. January 2003. vol. 13, no. 1, p. 57-76.

importantes. Entre tanto, los valores, los roles socialmente definidos, los modos de comportamiento y las actitudes frente a la discapacidad que se construyen en cada cultura pueden influenciar las experiencias de estas personas y su relación con las personas en situación de discapacidad[344].

En los artículos revisados se evidencia un claro interés en la exploración de la relación discapacidad-cultura en la población de niños y adultos jóvenes, orientados especialmente a discapacidad de tipo cognitivo, las cuales (según la literatura) va en aumento en estas poblaciones. Se deja entrever un vacío en la exploración de la temática en el grupo de personas mayores, que podría explicarse por las asunciones culturales sobre la vejez como un tema de reciente interés o por la relación implícita que se da a la discapacidad como un fenómeno inherente a vejez.

La segunda temática explorada corresponde a estudios que consideran la discapacidad como un estigma que conlleva un rechazo cultural para quien la vive y para sus familiares[345,346]. Esta temática de investigación se encuentra relacionada con las diferentes asunciones negativas y los estereotipos que se tienen de la discapacidad en los diferentes grupos culturales.

La tercera categoría temática corresponde a la investigación sobre servicios de salud y rehabilitación, la cual se encuentra asociada a cómo la cultura puede afectar no sólo la conceptuación de la discapacidad, sino la manera en que los individuos, las familias y las comunidades interactúan con los profesionales de los servicios de salud[347,348]. Estos estudios hacen hincapié en la importancia de reconocer la existencia de diferencias entre los profesionales de salud y otros grupos culturales. Ante ello, es necesario prestar atención a las creencias y los

---

[343] PELCHAT, Diane; LEFEBVRE. Helene and PERREAULT, Michel. Differences and similarities between mother's and fathers' experiences of parenting a child with a disability. In: Journal of child health care. 2003. vol. 7, no. 4, p. 231-247.

[344] CASTELLANOS y LÓPEZ. Significados de la discapacidad de los ancianos en un contexto de pobreza. Op. cit., p. 71.

[345] Mc CREARY, Jody and COELING, Harriet. The Culture of Deaf. In: Journal of transcultural Nursing. October 1999. vol. 10, no. 4, p. 350-357.

[346] OLNEY, Marjorie, et al. Do you have a disability? A population-based test of acceptance, denial and adjustment among adults with disabilities in the U.S. In: Journal of rehabilitation. Jan-mar 2004. vol. 70, no. 1, p. 4.

[347] PICHETE, Eugene, et al. Effects of cultural identification and disability status on perceived community rehabilitation needs of American Indians. In: Journal of rehabilitation. Oct/Nov/Dec 1997. vol. 63, no. 4, p. 38.

[348] DIKEN, Ibrahim. An overview of parenteral perceptions in cross-cultural groups on disability. In: Childhood education. 2006. vol. 82, no 4, p. 23.

valores intrínsecos para minimizar los problemas de comunicación y brindar un cuidado sensible que reconozca la diversidad y la diferencia.

Respecto a la cuarta categoría, hay un menor número de artículos en las temáticas relacionadas con las creencias de los padres sobre la discapacidad, las cuales aluden a las interpretaciones que hacen las personas sobre la discapacidad[349,350] la discapacidad en adultos mayores en relación con los sentimientos de las personas mayores frente a la discapacidad[351,352] y la educación de los niños con discapacidad, donde se llama la atención sobre la importancia de la cultura en la formación de estos niños[353].

El mayor porcentaje de estudios revisados usó el enfoque cualitativo, dentro del cual predominaron los abordajes a través del método etnográfico. Un porcentaje reducido de los estudios son cuantitativos, y en estos se realizaron aproximaciones de tipo descriptivo. De la misma manera, un número menor corresponde a revisiones de la literatura.

Esta revisión muestra que la relación discapacidad-cultura es una temática poco explorada, sobre todo en los contextos latinoamericanos. La discapacidad como una experiencia que no se vivencia de manera homogénea en todas las culturas y que contiene múltiples facetas debe valorarse desde la cultura y la mirada de las personas que las experimentan, pues los sentimientos, las experiencias y las construcciones que hacen de su situación permiten proyectar formas de cuidado acordes y particulares a la situación de estas personas.

En este sentido, se observa un campo de conocimiento que requiere ser nutrido y abordado de forma interdisciplinaria utilizando metodologías adecuadas a los fenómenos en cuestión, desde contextos latinoamericanos, que aporten a una

---

[349] DANSECO, Evangeline R. Parental beliefs on childhood disability: insights on culture, child development and intervention. In: International journal of disability. March 1997. vol. 44, p. 41-52.

[350] BRORSONN, Annika Brorson; LINDBLADH. Eva and RASTAM, Lennart. Fears of disease and disability in elderly primary health care patients. In: Patient education and counseling. 1998. vol. 34, p. 75-81.

[351] Ibid.

[352] LITWIN, Howard. The path to well- being among elderly Arab Israelis. In: J cross cult gerontol. 2006. vol. 21, p. 25-40.

[353] GALLIMORE, Decree. Multiculturalism and students with visual impairments in New South Wales, Australia. In: Journal of visual impairment and blindness. Jun 2005. vol. 99, no. 6, p. 345.

comprensión más integral de las personas en situación de discapacidad de todos los grupos sociales y de todas las edades[354].

De esto se desprende que entender el fenómeno de la discapacidad desde una perspectiva cultural permite que los profesionales de salud puedan ganar competencia cultural, la cual implica una conciencia sobre el influjo de la cultura en las diversas situaciones de salud —es decir, conocimientos sobre los valores y creencias de la población con discapacidad, sensibilidad particular y un interés genuino hacia esta población— y posibilitará generar propuestas donde los receptores de los servicios reciban un cuidado holístico y donde la acción profesional esté en consonancia con los valores y creencias del grupo, lo que llevaría a brindar atención con calidad, adherencia a los tratamientos y a las instituciones y un diálogo horizontal entre profesionales y personas cuidadas, según Osorio-Merchán y López-Díaz[355].

2.4.3 Pobreza y cultura. En este estudio es necesario explicitar desde dónde se está abordando el tema de la pobreza de las personas ancianas en situación de discapacidad y de qué manera esta condición hace que se mantengan creencias, prácticas y formas de relación culturalmente heredadas que tienen influencia en las formas de cuidado que estos ancianos realizan.

Frente a la definición de pobreza se encuentran propuestas teóricas y filosóficas que trascienden la valoración de los ingresos de las personas. Amartya Sen propone una visión que no está basada en el crecimiento económico y la tenencia de bienes, sino en la libertad como una forma de lograr el desarrollo. En este sentido, Sen afirma que este desarrollo debe tener como fin y como medio la libertad; de esta manera en su propuesta el centro deja de ser el crecimiento económico, para ser el proceso de aumentar las habilidades y las opciones de los individuos de manera que puedan ser capaces de satisfacer sus propias necesidades[356].

De acuerdo con ello, la pobreza debe concebirse teniendo en cuenta no solamente los bajos ingresos, sino la privación de las capacidades básicas —la libertad que esta tiene para llevar el tipo de vida que tiene razones para valorar—[357]. La

---

[354] CASTELLANOS y LÓPEZ. Significados de la discapacidad de los ancianos en un contexto de pobreza. Op. cit., p. 71.

[355] OSORIO MERCHÁN y LÓPEZ DIAZ. Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. Op. cit., p. 269.

[356] SEN, Amartya. desarrollo y libertad. Traducción de: Esther rabasco y Luis Thoaria. 9a. Ed. Editorial planeta. Colombia 2009. p. 115.

perspectiva de la pobreza centrada en la privación de capacidades no desconoce la importancia de la renta, pues esta puede ser la razón, en determinadas situaciones, para que una persona esté privada de sus capacidades; sin embargo, la renta no es el único generador de capacidades.

Para Amartya Sen existe una relación instrumental entre renta y capacidades, que se hace diferente dependiendo de la edad, pues no son iguales las necesidades de las personas viejas a las de las personas jóvenes; de igual manera, el género, el rol social y la ubicación geográfica desempeñan un papel importante para definir las necesidades y las capacidades. Finalmente, la ubicación geográfica es fundamental, al crear condiciones que aportan o no al desarrollo de las capacidades.

En el caso de los colaboradores de este estudio, la pobreza debe ser reflexionada a partir de su contexto ambiental y la situación de vejez y discapacidad, ya que estas situaciones, además de propiciar la baja renta, son condicionantes para la privación de capacidades de las personas ancianas para llevar la vida que desearían llevar y, en muchas ocasiones, su capacidad para elegir la forma de cuidarse a sí mismos.

Sen también reconoce que en la definición de pobreza se deben considerar dos elementos fundamentales: la libertad, que permite la realización de acciones y la toma de decisiones, y las oportunidades reales que tienen los individuos, dadas sus circunstancias personales y sociales. De acuerdo con Sen, la relación instrumental entre la falta de renta y la falta de capacidades es diferente en cada comunidad e incluso de una familia a otra, de un individuo a otro[358]. Así, en las personas ancianas en situación de discapacidad de este estudio, tal relación se refleja en sus formas de cuidado, donde se evidencian no sólo los bajos ingresos, sino la lucha por su supervivencia, que las hace movilizar sus recursos, rodearse de su familia y crear estrategias

En esta investigación, analizar la pobreza de las personas ancianas en situación de discapacidad implica fijar la mirada no sólo en sus escasos ingresos, sino considerar su situación de vejez, su situación de discapacidad y el contexto donde habitan, como elementos que disminuyen sus capacidades y limitan su libertad. Implica también identificar desde la mirada de estas personas cómo se reconocen y actúan en torno a la pobreza.

---

[357] Ibid.
[358] Ibid.

Desde esta perspectiva, el grupo de colaboradores es triplemente vulnerable: ancianos, con bajos ingresos y en situación de discapacidad. De esta manera, es importante conocer los significados y sentidos de la pobreza de estas personas, ya que de la manera como se afronte la situación marca formas particulares de ver la vida, de buscar los recursos para sobrevivir y de ejecutar un cuidado de la salud y la vida.

Como se mencionó en el capítulo anterior, la pobreza de las personas ancianas es el resultado de su historia de vida, así como del contexto ambiental (social, económico, político y geográfico) en el que han vivido. En el caso de los colaboradores de este estudio, la pobreza se encuentra relacionada, de cierta forma, con la imposibilidad de acceso a una jubilación. Esta situación, aunada a la imposibilidad de trabajar en la vejez y sumada a la situación de discapacidad, los pone en desventaja y vulnerabilidad.

Tal condición de vulnerabilidad es también una condición social y psicológica que los hace sentirse excluidos de una sociedad de consumo, en la cual llevar una vida normal es tener la posibilidad de elegir entre una variedad de oportunidades que el mundo ofrece[359]. Entonces, desde esta perspectiva, los bajos ingresos ocasionan la pobreza y la pobreza lleva a la exclusión de la sociedad de consumo.

De acuerdo con Kreutz, Aparecida y Gualda, en las comunidades marginales se observa el uso consistente de prácticas heredadas culturalmente[360]. La explicación de su permanencia radica en varios factores, entre los cuales se cuentan el bajo costo de las prácticas populares y el fácil acceso; por otra parte, esas prácticas pueden permanecer por el prestigio y el arraigo que ellas suponen en la comunidad y como forma de respuesta a las barreras que encuentran en los servicios de salud. De esta manera, las personas de estos grupos culturales con bajos ingresos buscan el cuidado de la salud a partir de sus capacidades de elegir.

Adicionalmente, para este grupo de personas ancianas, estas capacidades llevadas al cuidado están relacionadas con la posibilidad de ser productivos económicamente, alcanzar formas de cuidado acordes con su situación y sus necesidades (por ejemplo, acceder a los servicios de salud, adquirir medicamentos, alimentarse mejor, entre muchas otras) y, en últimas, vivir en mejores condiciones; sin embargo, estas capacidades se ven disminuidas, dadas las limitadas opciones que tienen ellos y sus familias. Por lo tanto, las elecciones

---

[359] BAUMAN, Zygmunt. Trabajo, consumismo y nuevos pobres. Barcelona, España: Gedisa editorial, 2008.

[360] KREUTZ, Irene; APARECIDA, Miriam y GUALDA, Dulce Maria. A medicina popular no contexto das práticas de saúde. Em: Enfermagen, cultura e processo saúde- doença. Editora Icone Brasil, 2004.

estarán supeditadas a los recursos que se posean, entre los cuales el más cercano es el acceso a los elementos de la cultura, como plantas medicinales, familia como apoyo, creencias y prácticas sobre el calor y frío, quietud y movimiento, entre otros, los cuales se utilizan con el fin de mantener y recuperar la salud y la vida.

De acuerdo con lo expresado, la condición de pobreza puede favorecer el mantenimiento de las prácticas culturales en el cuidado de la salud. En el caso de los colaboradores de este estudio, el contexto ambiental, su situación de vejez y la discapacidad condicionan las opciones que van a elegir, es decir, van a tomar decisiones y realizar prácticas de cuidado que favorecen la permanencia de creencias y prácticas de cuidado heredadas culturalmente.

2.4.4 Vejez y discapacidad. Un mundo por explorar para la enfermería. Para abordar la temática de las personas ancianas en situación de discapacidad fue necesario revisar los fenómenos de vejez y discapacidad a la luz de los desarrollos investigativos de esta área, que todavía muestra un desarrollo incipiente.

En esta temática, los estudios encontrados se centran en el abordaje de la rehabilitación de los pacientes ancianos con problemas ostearticulares o posterior a un evento cerebro-vascular[361],[362],[363] el cuidado de enfermería a personas ancianas con algún tipo de discapacidad[364],[365],[366],[367] el cuidado de personas ancianas en situación de discapacidad teniendo en cuenta la cultura[368],[369],[370].

---

[361] AGUILE, Thame. Elder rehabilitation core learning objectives for physiotheraphy student during clinical placements. In: Journal physiotheraphy. March 2002. vol. 88, no 3, p. 158-166.

[362] ALLEN, Kyle R, et al. developing a stroke unit using the acute care for elder's intervention and model care. 2003.

[363] PIRKKO, R. and SERJA, Annne. Geriatric rehabilitation Nursing. In: Internationl journal of nursing practice. 2004. vol. 10, p. 207-215.

[364] NIR, Z; ZOLOTOGORSKY, Z and SUGARMAN, H. Structured nursing intervention versus routine rehabilitation after stroke 2004. In: Am J Phys Med Rehabil. 2004. vol. 83, p. 522-529

[365] Chen Chi Y, Yang Chuang K, Chon Wu S, Cherh Huanh K, Long Wu. The assessment of a hospital – Based Care managent model for long -term 2004. In: J. Nursing research. 2004 Vol. 12 no. 4.

[366] MONTES DE OCCA, Doris; BRAVO, ana Julia y DÍAZ, Clara. Influencia del círculo de abuelos en la evolución de las enfermedades articulares. En: Revista cubana de enfermería. 2004. vol. 20, p. 39.

[367] FREEDMAN, jean and ANDERSON, Elizabeth. Sanders Andrea. How do Nurse Managers care nolder women with breast cáncer? In: Oncology Nursing fórum. 2005. vol. 32, no. 3.

La revisión de la producción investigativa de enfermería dejó entrever un interés reciente de las enfermeras por avanzar en temáticas como la rehabilitación, el cuidado y la relación vejez-discapacidad-cultura. Este interés puede estar motivado por la necesidad de ofrecer cuidado a una población que está en aumento y que en el futuro requerirá mayor atención, pues se prevé que habrá más personas ancianas en situación de discapacidad. No obstante, observé un vacío en la investigación sobre el cuidado desde la perspectiva de la cultura en poblaciones marginales.

Estos vacíos investigativos y el aumento de la población anciana en situación de discapacidad plantean un desafío para las profesionales de enfermería, en cuanto a estudiar diferentes poblaciones en las áreas rurales y urbanas desde la perspectiva del cuidado cultural, con el fin de identificar diferencias o similitudes en su cuidado. De la misma manera, emergió la necesidad de desarrollar investigaciones desde la perspectiva cultural, propiciando el trabajo interdisciplinario, lo cual puede facilitar abordajes más integrales y vincular diferentes saberes para enriquecer el área de cuidado cultural en población de personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza.

En las metodologías utilizadas por las enfermeras para el abordaje investigativo de la relación vejez-discapacidad encontré que el mayor número de estudios había acudido a método cuantitativos[371], [372], [373], [374], [375]. Entre tanto, un número reducido se realizó con metodologías cualitativas[376], [377] y corresponden a revisiones de

---

[368] CASTELLANOS y LÓPEZ. Significados de la discapacidad de los ancianos en un contexto de pobreza. Op. cit., p. 71.

[369] LÓPEZ, Lucero; ÁLZATE, Marta y VELÁSQUEZ, Vilma. desarrollo de un modelo de cuidado cultural de la salud para personas ancianas con discapacidad en situación de pobreza de las localidades de San Cristobal y Kennedy de Bogotá y la zona rural de Caqueza Cundinamarca. 2008.

[370] LÓPEZ DÍAZ, Alba et al. Prácticas de cuidado realizadas por personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza en zona rural y urbana en Colombia. Op. cit., p. 72.

[371] NIR; ZOLOTOGORSKY, and SUGARMAN, op. cit., p. 522.

[372] CHEN HUNG et al., op. cit., p. 101.

[373] Pirkko y Serja, 2004;

[374] MONTES DE OCCA; BRAVO y DÍAZ Op. cit., p. 39.

[375] FREEDMAN and ANDERSON Op. cit., p. 101.

[376] CASTELLANOS y LÓPEZ. Significados de la discapacidad de los ancianos en un contexto de pobreza. Op. cit., p. 71.

[377] LÓPEZ DÍAZ, Alba et al. Prácticas de cuidado realizadas por personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza en zona rural y urbana en Colombia. Op. cit., p. 72.

literatura[378],[379], lo cual evidencia un interés por la medición y la cuantificación de las diversas situaciones que conlleva la discapacidad en la vejez, al tiempo que muestra las necesidades de las personas ancianas con discapacidad, su caracterización o la efectividad de la aplicación de modelos aplicados a esta población.

A partir del panorama que brinda esta revisión se pueden reconocer algunas falencias y vacíos investigativos en el abordaje de la relación vejez-discapacidad-cultura por parte de los profesionales en enfermería. Se considera, en consecuencia, necesario llevar a cabo, abordajes de tipo cualitativo, con el fin de ofrecer una mirada integral al fenómeno vejez-discapacidad, donde se escuche la voz de las personas ancianas en situación de discapacidad y se consideren, además de los aspectos biomédicos, los aspectos relacionados con la subjetividad de las personas, tal como la experiencia, las vivencias, las expectativas frente a su situación y frente al cuidado, entre otras.

Los estudios de corte cualitativo podrían considerar la respuesta o la comprensión de interrogantes como: ¿cuáles son los significados y las creencias sobre la vejez y la discapacidad? ¿Qué influencia tienen la herencia cultural y el contexto en el cuidado de la salud de estas personas? ¿Cómo se cuidan esas personas ancianas en situación de discapacidad en contextos urbanos, rurales o pobres?, pues sólo abordando estos cuestionamientos las enfermeras tendrán un amplio campo de exploración para comprender la influencia de la cultura en la experiencia de la discapacidad de la vejez y del cuidado.

[378] AGUILE, Thame. Op. cit., p. 158-166.

[379] ALLEN, Kyle R, et al. Op. cit., 96.

3. DESCRIBIENDO LA APROXIMACIÓN METODOLÓGICA

3.1 ELECCIÓN DEL MÉTODO

La elección de un método de investigación se encuentra en estrecha relación con la naturaleza del fenómeno que se quiere conocer o explorar; por lo tanto, la escogencia de una metodología cualitativa para esta investigación está asociado con la naturaleza de la pregunta que quiero resolver: ¿cuál es el cuidado popular que realizan las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza que habitan en cinco barrios de los cerros nororientales en la ciudad de Bogotá D. C.?

El decidirme por una metodología cualitativa tiene que ver con la necesidad de adentrarme en el fenómeno de una manera holística, dado que implica explorar la subjetividad y el contexto (al tiempo que lo aprecio como un todo), algo que no lograría con una metodología de tipo cuantitativo. Entre tanto, la investigación cualitativa hace hincapié en la inmersión y la comprensión del significado humano atribuido a unas circunstancias o fenómenos; es el método de elección para cualquier tipo de investigación que ponga el relieve en la comprensión y la visión profunda[380].

Así mismo, como afirman Strauss y Corbin, los métodos cualitativos pueden utilizarse para explorar áreas sobre las cuales se conoce poco o mucho, pero sobre las que se procura tener un conocimiento nuevo, al igual que para obtener detalles complejos de algunos fenómenos difíciles de extraer o de aprender mediante otros métodos[381]. Como muestra la revisión de literatura en el capítulo 2, la investigación sobre el cuidado desde la perspectiva cultural de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza a partir de la perspectiva del colaborador ha sido poco explorada; por esto la investigación cualitativa es una vía para lograr responder a la pregunta de investigación de este estudio.

Además, aparte de que la investigación cualitativa anima a los colaboradores a compartir sus ideas, sus conocimientos y experiencias[382], es necesaria la presencia del investigador en el ambiente donde viven y comparten sus vidas, para comprender el cuidado de los ancianos en situación de discapacidad y

---

[380] LINCON, Yvonna and GUBA Egon. Naturalistic inquiry. Beverly Hills, CA. 1985.

[381] STRAUSS, Anselm y CORBIN, Juliet. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Bogotá. 2a. ed. Colombia, Universidad de Antioquia: CONTUS-Editorial.

[382] LEININGER and Mac FARLAND. Op. cit., p. 71-98.

pobreza, lo que permite conocer el entramado de relaciones que se dan sobre el fenómeno del cuidado, al entenderlo en el contexto y al observar cómo todos los elementos presentes afectan la manera de procurar el cuidado. De este modo, la metodología cualitativa permite descubrir la esencia, los símbolos, los atributos y los significados de este fenómeno humano con los colaboradores en sus ambientes naturales y familiares.

La investigación cualitativa posee muchos enfoques, por lo que fue necesario precisar la etnografía como el más coherente con el fenómeno que se abordó: el cuidado popular de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza. El abordaje cualitativo de tipo etnográfico permitió describir a las personas ancianas en situación de discapacidad que viven en cinco barrios de la Localidad de Chapinero, en Bogotá, guiada por el deseo de entender su vida y cultura mediante la participación del investigador en lo que se denomina la *escena cultural*[383], pues uno de los planteamientos centrales de la etnografía es que el comportamiento del ser humano sólo se puede entender en el contexto[384].

Adicionalmente, a través de la etnografía tuve acceso a las creencias y a las prácticas de una cultura, pues es una forma de observar donde se narra e interpreta el comportamiento cultural. Implica describir todo cuanto las personas de un sitio o lugar, estrato o contexto determinado hacen de manera habitual, así como explicar los significados que le atribuyen a ese comportamiento realizado en circunstancias comunes o especiales, presentando los resultados de manera que estos resalten las regularidades que implica el proceso cultural[385].

Como se mencionó en el capítulo 2, la cultura es una estructura dinámica, es decir, es un sistema con significado que ordena el entorno humano, y en ella se pueden identificar patrones o pautas de comportamiento[386]; sin embargo, se transforma permanentemente de acuerdo con el contexto, es decir, los aspectos sociales, políticos, económicos y ambientales. La cultura, por ende, orienta la visión de mundo de las personas e incluye los pensamientos, los conocimientos, los valores y los significados, lo mismo que los comportamientos, los hábitos y las

---

[383] STREUBERT, Helen y CARPENTER, Dona. Qualitative Research in nursing advancing the humanistic imperative. 2th. Ed. Philadelphia, Newyork, Baltimore: Lippincott. 1999.

[384] SPRADLEY, J P. Participant observation. New York: Holt Rinehart 1980, citado por: STREUBERT y CARPENTER, Op. cit., p. 150.

[385] WOLCOTT, Harry. Mejorar la escritura de la investigación cualitativa. Editorial universidad de Antioquia 2001.

[386] BAWMAN, Ziygmunt. Op. cit. p. 177.

acciones de los individuos de un grupo social, e influye en muchos aspectos de la vida, incluidas las creencias, los valores y las formas de cuidar la salud que tienen las personas.

De esta manera, la etnografía permite describir e interpretar tales pensamientos, valores, significados, así como los comportamientos y acciones de estas personas ancianas en situación de discapacidad. La etnografía permite describir lo que las personas hacen de manera habitual y explicar los significados que estas personas ancianas le atribuyen a su comportamiento, realizado en circunstancias especiales, en los términos que anota Wolcott[387].

La etnografía ha sido objeto de diversas clasificaciones en términos de las escuelas, tipos y ámbitos, los cuales se han generado a partir de sus transformaciones y evoluciones. Morse propone una clasificación de las etnografías a partir de las múltiples taxonomías encontradas en la antropología y que pueden ser de mayor utilidad para el área de la salud; Esta autora se refiere a las etnografías como procesales y las divide en cuatro subtipos: holísticas, particularistas, interseccionales y etnohistóricas[388]. Esta investigación se enmarca en la etnografía holística.

Así mismo, Muecke se refiere a cuatro escuelas etnográficas de pensamiento: la clásica, la sistemática, la interpretativa y la crítica, que reflejan la posición filosófica del investigador en la ciencia, la cual debe estar en congruencia con el fenómeno que se va a investigar, así como la estructura que se va a adoptar para la recolección y el análisis de los datos[389]. En este trabajo asumo la etnografía interpretativa, dado que permite descubrir los significados de las interacciones sociales observadas y examinar la información en términos de lo que significa para las personas[390]. De acuerdo con Wolcott, la etnografía es analítica e interpretativa, más que metodológica Así, se trasciende en el estudio a una descripción densa,

---

[387] WOLCOTT, Harry. Ethnography: way of seeing. Walnut Creek: Alta Mira Press 1999. Citado por: MONTICELLY, Marisa; CRUZ, Juana y VILLARREAL, María de los Angeles. Etnografía: Bases teórico-filosoficas y metodológicas y sus aplicaciones. En: Investigación Cualitativa en enfermería: Contexto y bases contextuales. Oraganización Panamericana de la salud. Universidad federal de Santa Catarina Washington 2008.

[388] MORSE, Janice. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Editorial Universidad de Antioquía. Traducción Eva Zimmerman. 2003.

[389] MUECKE, Marjorie. Sobre evaluación de las etnografías. En: MORSE, Janice. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Editorial Universidad de Antioquia. Traducción Eva ZIMMERMAN. 2003.

[390] Ibid.

donde me fue posible ver y comprender el mundo del grupo de ancianos en situación de discapacidad y pobreza[391].

Optar por la etnografía interpretativa es, según los términos de Geertz[392], abrir la oportunidad a las interpretaciones de las relaciones y descubrir las intrincadas redes de significado que se entretejen en las situaciones donde se involucran las personas con su mundo de vejez, discapacidad y pobreza. En la etnografía interpretativa, los textos son siempre dialógicos; en ellos se identifican las voces de los colaboradores y la del investigador, que interactúan una con otra para construir la interpretación del fenómeno. Así, busqué identificar los procesos subyacentes a las expresiones culturales encontradas por el investigador en el grupo de colaboradores.

De acuerdo con Guber, la etnografía se puede comprender como un enfoque, como un método o como un texto. Como enfoque, es una concepción y práctica de conocimiento que busca entender los fenómenos sociales desde la perspectiva de sus miembros[393]. La especificidad de este enfoque corresponde al elemento distintivo de las ciencias sociales: la descripción. Las ciencias sociales tienen tres niveles de comprensión, el primario o reporte, que responde al *qué*; el secundario, que se refiere a la explicación que alude a las causas, el *porqué*, y la descripción o comprensión terciaria, que se ocupa de lo que ocurrió para sus informantes, esto responde al *cómo es para ellos*[394]*.* Mientras la explicación y el reporte dependen de su ajuste a los hechos, la descripción depende de su ajuste a la perspectiva de los miembros, es decir, al grupo social.

Esta investigación se ubica en el tercer nivel de comprensión de las ciencias sociales, la interpretación o comprensión terciaria, y responde al *cómo es para las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza el cuidado popular que realizan.* De esta manera la descripción a la que se refiere Guber hace referencia a la descripción densa o interpretación mencionada por Geertz. En la interpretación mi papel como investigadora fue el de aprehender las estructuras conceptuales con que la gente actúa y hacer inteligible su conducta y la de los demás[395].

---

[391] WOLCOTT, Harry. How to look like an anthroplogist without really being one. In: Practicing Anthroplogy. 1980. vol. 3, no. 2, p. 56-59. Citado por: MUECKE, op. cit., p. 219.

[392] GEERTZ, Clifford. Op. cit., p. 45.

[393] GUBER, Rosana. La etnografía. Método, campo y reflexividad. Bogotá, Buenos Aires, caracas: Editorial Norma. 2007.

[394] Ibid.

La etnografía como método de investigación es el conjunto de actividades que se suelen designar como *trabajo de campo*, cuyo resultado se emplea como evidencia para la descripción. Los fundamentos y características de esta flexibilidad o apertura radican precisamente en que son los actores y no el investigador los privilegiados para expresar con palabras y en prácticas el sentido de su vida, su cotidianidad, sus hechos extraordinarios y su devenir. Esta posición replantea la centralidad del investigador como sujeto asertivo de un conocimiento preexistente, convirtiéndolo más bien en un sujeto cognoscente que deberá recorrer el arduo camino del desconocimiento al reconocimiento[396].

La etnografía como texto se refiere a la descripción textual del comportamiento en una cultura particular, resultante del trabajo de campo. Esta descripción generalmente se hace en forma de monografía y por escrito, y alude a la representación o interpretación que de una cultura hace el antropólogo y que se encuentra dirigida a un grupo de lectores que no están familiarizados con esta cultura[397].

Para este estudio tomé la etnografía en sus tres acepciones: como enfoque, porque permite comprender el cuidado desde la perspectiva de las personas ancianas en situación de discapacidad; como método, porque utilicé la observación participante y las entrevistas en profundidad, así como realicé la inmersión en el campo para comprender la cultura de estas personas, y la etnografía como texto, ya que presento en un escrito mi interpretación de los datos encontrados en campo, de manera que puedan ser entendidos por lectores que no se encuentran familiarizados con esta cultura.

La etnografía como método investigativo posee unas características que la distinguen de otros métodos: el carácter holístico y contextual, la reflexividad, lo *emic* y lo *etic*[398]. El carácter holístico y contextual se refiere a la idea de los etnógrafos de que el comportamiento del ser humano sólo se puede entender en contexto. El etnógrafo no puede separar los elementos del comportamiento humano de sus contextos pertinentes de significado y propósito[399].

---

[395] GUBER, Rosana. La etnografía. Método, campo y reflexividad. Op. cit., p. 102.

[396] Ibid.

[397] Ibid.

[398] BOYLE, Joyceen. Estilos de Etnografía. En: Morse, Janice. asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Editorial Universidad de Antioquía. Traducción: Eva ZIMMERMAN. 2003.

[399] MORSE, Janice. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Op. cit., p. 45- 48.

En el caso de esta investigación, la comprensión de cómo la construcción cultural sobre la pobreza, la discapacidad y la vejez afecta las formas en que las personas ancianas se cuidan sólo se puede lograr en el contexto donde se hacen las observaciones, compartiendo e involucrándose directamente, analizando y comprendiendo sus comportamientos en las circunstancias en que se desarrollaron. Toma tal trascendencia en la comprensión del fenómeno que ocupa el capítulo 4 de este trabajo.

La otra característica de la etnografía es la reflexividad, en la cual se describe la lucha entre ser el investigador y convertirse en un miembro de la cultura. De acuerdo con Guber: "la reflexividad equivale a la conciencia del investigador sobre su persona y los condicionamientos sociales y políticos, género, edad, pertenencia étnica, clase social y afiliación política que suelen reconocerse como parte del proceso de conocimiento cara a cara entre el l informante y el investigador"[400].

Esta reflexividad fue fundamental para el desarrollo investigativo. Desde las tres dimensiones que Guber retoma a partir de Bourdieu: "la reflexividad del investigador reconociéndose como miembro de una sociedad o cultura. La reflexividad del investigador como investigador que posee una perspectiva teórica, unos interlocutores académicos y un epistemocentrismo y finalmente, la reflexividad desde la población de estudio"[401]. En diferentes momentos de este capítulo pongo elementos específicos que iban marcando este proceso de reflexividad en el arduo trabajo de campo; sin embargo, desde esas dimensiones de la reflexividad, adentrarme en el paradigma cualitativo no fue tarea fácil, pues los desarrollos investigativos desde mis orígenes del ejercicio profesional se dieron como docente y con poblaciones trabajadoras.

Esa trayectoria estaba marcada por una perspectiva de pensamiento más de orden mecanicista; por ello, adentrarme en el mundo cualitativo, en la interacción subjetiva que suscita el encuentro y desencuentro con la cultura, se constituyó en una gran oportunidad vital de orden profesional y personal. De esta manera, no sólo pude aprender sobre gerontología y cultura, sino descubrir en mí nuevas potencialidades como ser humano e investigadora. Puedo decir que viví una verdadera ruptura paradigmática que nutrió el proceso interpretativo del trabajo, pero que cobró un tiempo mayor del previsto para el desarrollo metodológico: interacción, diferenciación y reciprocidad entre la reflexividad tanto mía (sentido

---

[400] GUBER, Rosana. La etnografía. Método, campo y reflexividad. Op. cit., p. 49.

[401] BOURDIEU, Pierre. Outline of theory of practice. Cambridge, University press. Citado por: GUBER, Op. cit., p. 49.

común, teoría y modelos explicativos) y la de los actores o sujetos de investigación[402].

En este proceso fue interesante vivir la dualidad de ser tanto investigador como participante, porque da oportunidades para capitalizar ideas derivadas de las fuentes de datos, tal como lo afirma afirman Streubert y Carpenter[403]. Aunque la literatura así lo expresaba, fue difícil para mí descubrir que el significado no se investiga solamente, sino que el investigador y el colaborador lo construyen a través de relaciones activas y recíprocas, así como por medio de los procesos dialécticos de interacción. Es decir, en la etnografía, el conocimiento generado en el proceso investigativo hace parte de la relación dialéctica producida entre el investigador y el investigado[404].

La participación en el campo de estudio me permitió explorar la perspectiva *emic* y la *etic*, otras de las características de la etnografía. La primera se entiende como la visión desde adentro, o perspectiva de la realidad que tiene el colaborador[405]. En este estudio tal perspectiva corresponde a la de los colaboradores de la investigación sobre el cuidado que se expresa en sus pensamientos, ideas, valores, comportamientos y acciones. Por otra parte, la perspectiva *etic* corresponde a la interpretación de la realidad que como investigadora iba construyendo. De esta manera, tal como anotan Monticelly, Cruz y Villareal, "el punto de vista del colaborador (*emic*) y el punto de vista del investigador (*etic*) fundamentan el carácter reflexivo de la etnografía o la interpretación de la realidad cultural, ambas son importantes para ayudar al investigador a entender y describir adecuadamente las situaciones y conductas dadas en una cultura"[406]. Es lo que se revela en los capítulos 4 y 5. Adicional a estas características, pude reconocer tres elementos que, aun cuando comunes a la investigación cualitativa, son parte del método etnográfico: el investigador como instrumento, la naturaleza cíclica de la recolección y el análisis de los datos[407].

---

[402] GUBER, Rosana. La etnografía. Método, campo y reflexividad. Op. cit., p. 41.

[403] STREUBERT y CARPENTER. Op. cit., p. 145-169.

[404] GUBER, Rosana. La etnografía. Método, campo y reflexividad. Op. cit., p. 131.

[405] MORSE, Janice. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Op. cit., p. 30- 49.

[406] MONTICELLY, Marisa; CRUZ, Juana y VILLARREAL, María de los Angeles. Etnografía: Bases teórico-filosoficas y metodológicas y sus aplicaciones. En: Investigación Cualitativa en enfermería: Contexto y bases contextuales. Organización Panamericana de la salud. Universidad Federal de Santa Catarina Washington 2008. p. 132.

[407] STREUBERTt y CARPENTER. Op. cit., p. 145-168.

El investigador es el instrumento en la investigación, la herramienta en la recolección de la información en el campo, por su asociación física con las personas en sus ambientes naturales, a través de la observación y el registro de los datos culturales[408]. El estudio de la cultura requiere participación, interacción y cercanía entre el investigador y las personas; de esta manera el investigador entra a ser parte de la cultura de los colaboradores.

En relación con esta característica del investigador y su posición en el campo de investigación, en la literatura sobre el tema hay un debate en el que se destacan dos posturas: en la primera se sostiene que las mejores investigaciones etnográficas son realizadas por investigadores que están fuera de la cultura estudiada, lo cual hace que sea más fácil identificar, comparar y contrastar los hallazgos de las observaciones realizadas[409]. En la segunda se afirma que el hecho de que el investigador esté fuera o dentro de la cultura estudiada no es relevante, sino que lo importante es que el investigador se mantenga atento en la recolección de datos, ubicándolos en el contexto donde estos se presentan y realizando descripciones donde se haga relevante la relación *emic-etic*[410].

En mi caso —y es un indicio de la reflexividad—, encuentro que estas dos posturas no son excluyentes, dado que como investigadora no conocía el campo en el que desarrollé la investigación; además, como docente de enfermería, poseo conocimientos del área de la salud adquiridos en la educación formal, y puedo considerarme ajena a este grupo, lo cual me hacia más sensible para identificar las particularidades de la cultura de los colaboradores; sin embargo, mi condición de mujer colombiana, católica, con ancestros rurales y migrante me acercó a los colaboradores, e incluso descubrí que comparto algunos valores, creencias y hasta algunas prácticas culturales generales.

De esta manera, las dos posturas me implicaron estar atenta, en actitud de observación permanente, no sólo del campo, sino de mis emociones, al encontrar situaciones para mí consideradas dolorosas, como el abandono y la soledad referida por algunos de los colaboradores. Encontré que frente a ellos no tenía diferencias culturales dramáticas, por lo cual fue necesario hacer diferencias microculturales, como recomienda Wolcott[411], y reconocer que todos participamos

---

[408] Ibid.

[409] BOYLE, Joyceen. Estilos de Etnografía. Op. cit., p. 186-212.

[410] MONTICELLY; CRUZ y VILLARREAL. Op. cit., p. 134.

[411] WOLCOTT, Harry. En búsqueda dela esencia de la etnografía. En: Revista investigación y educación. Septiembre de 2003. Vol. 21, no. 2.

en múltiples sistemas culturales y que cualquier persona de nuestro alrededor tiene una cultura.

Otra característica de la etnografía considerada en este proceso investigativo correspondió a la naturaleza cíclica de la recolección y análisis de la información descrita en la literatura[412]. Este proceso investigativo no se desarrolló de forma lineal, es decir, no existieron etapas que agotaran el proceso de indagación; por el contrario, la recolección de datos implicó un proceso de análisis que en muchas oportunidades originó nuevos interrogantes, los cuales hicieron necesario nuevas indagaciones en campo y nuevos análisis para reformular planteamientos, categorías de análisis e interpretaciones. Esto es evidente en el diario de campo donde registré observaciones y diálogos con los colaboradores y otras personas de la comunidad, donde detecté elementos que no quedaban claros. Requerí volver al campo con nuevas preguntas, para responder a estos interrogantes y continuar con la comprensión del fenómeno.

3.2 CAMPO DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo con Minayo, Amezcua y Guber, entendí el campo como el recorte de la realidad donde el investigador se sitúa como observador[413],[414],[415]. Es la porción de la realidad que se desea conocer, el mundo natural y social en el cual se desenvuelven los grupos humanos que lo construyen. Este se compone de todo aquello con lo que se relaciona el investigador, ya que el campo corresponde a una conjunción entre el ámbito físico, actores y actividades. En esta investigación, el campo corresponde a los cinco barrios ubicados en los cerros nororientales de Bogotá, pertenecientes a la localidad de Chapinero (Paraíso, Villa Anita, Mariscal Sucre, Pardo Rubio y San Martin), y sus habitantes, con sus dinámicas e interacciones cotidianas.

La ciudad de Bogotá D. C., en Colombia, se divide en 22 localidades (Figura 8). La Localidad de Chapinero (Figura 9) se encuentra en el centro-oriente del área urbana de Bogotá. Su altura va de los 2.600 a los 3.550 metros sobre el nivel del

---

[412] STREUBERT CARPENTER. *Op.* cit., p.pagina 145-168. 1999.

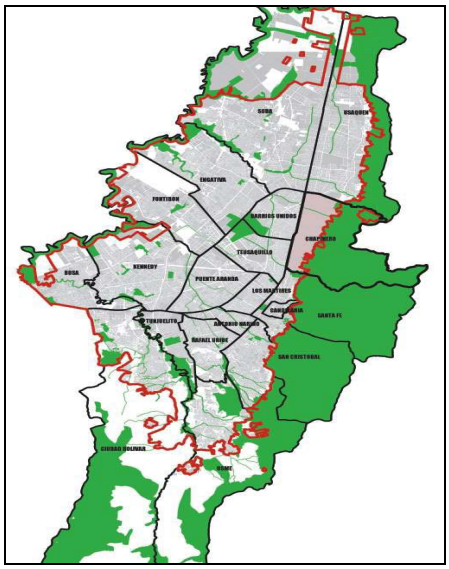
[413] MINAYO, María Cecilia. O Desafio Do Conhecimiento. Pesquisa Qualitativa em saúde. 4a. ed. Sao Paulo Brasil: Editora HUCITEC- ABRASCO. 1996.

[414] AMEZCUA, Manuel. El trabajo de campo etnografico en salud. Una aproximación a la observación participante. En: Index de enfermeria otoño. 2000. Año IX, no. 30.

[415] GUBER, Rossana. El salvaje metroplolitano. reconstrucción del conocimiento social del trabajo de campo. Buenos Aires: Editorial Paidos. 2005.

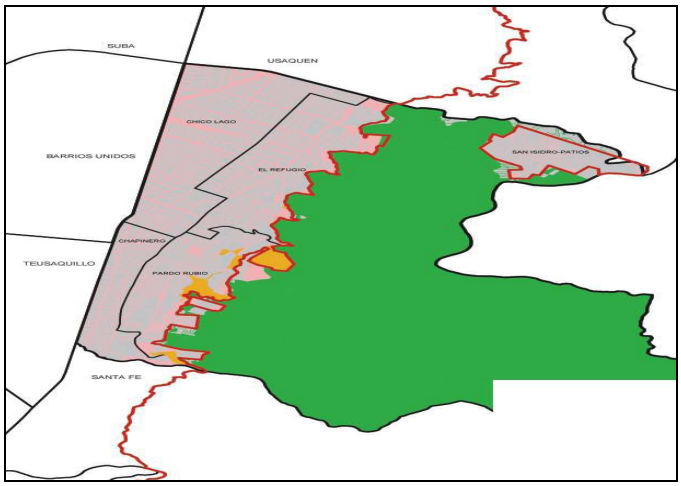
mar. Tiene un clima frío subhúmedo y la temperatura promedio anual es de 14,2 grados centígrados[416]. Fue creada en 1972.

Figura 8. Mapa de Bogotá D. C. y sus localidades



Tomado de: Secretaría de Planeación Distrital, 2002.

Figura 9. Mapa de la Localidad de Chapinero y los barrios que la componen



Tomado de: Secretaría de Planeación Distrital, 2002.

[416] ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ DC, Secretaria de Hacienda. Departamento Administrativo de planeación. Recorriendo Chapinero. Diagnóstico Fisico y socioeconómico de las localidades de Bogotá. 2004.

Esta Localidad limita al norte con la calle 100 y la vía a La Calera, vías que la separan de la Localidad de Usaquén; por el occidente, con la Autopista Norte. La Avenida Caracas la separa de las Localidades de Barrios Unidos y Teusaquillo; en el oriente, con las estribaciones del páramo de Cruz Verde, la Piedra de la Ballena, el Pan de Azúcar y el cerro de la Moya, crean el límite entre la localidad y los municipios de La Calera y Choachí. El río Arzobispo (calle 39) define el límite de la localidad, al sur, con la Localidad de Santa Fe. La Localidad de Chapinero tiene una extensión total de 3.898,96 hectáreas (ha), con un área rural de 2.664,25 (ha), todas protegidas, y un área urbana de 1.234,71 ha, 198,15 ha de ellas ubicadas en suelo protegido. Esta es la octava Localidad en el Distrito con mayor área[417].

En 2002 se estimó una población residente de 122.991 habitantes, que representa el 1,8% de la población total de la ciudad y la ubica como la quinta localidad con menor población del Distrito. La composición de la población residente en la localidad, clasificada según la edad, muestra que 18,2% de las personas son menores de 15 años y 7,6% son mayores de 64 años de edad. La fuerza de trabajo está representada por 105.252 personas, que corresponden a 85,6% de la población local, y la clasificación teniendo en cuenta el género de la persona dio como resultado que 43,2% de los residentes son hombres y el 56,7% son mujeres[418]. En el capítulo 1 se presentaron algunos datos sobre los aspectos demográficos de la localidad para las personas ancianas. Así mismo, en el capítulo 4 presento la historia de la información de los barrios del estudio pertenecientes a la Localidad de Chapinero.

En la Localidad de Chapinero se encuentra ubicada la Pontificia Universidad Javeriana, y desde hace muchos años las facultades de Odontología y de Enfermería, a través del Departamento de Salud Colectiva, iniciaron un trabajo conjunto para llevar a cabo un programa de salud comunitaria en los barrios marginados de la localidad. Esta experiencia de trabajo ha permitido que estudiantes de diversos semestres participen en la atención el cuidado de esta población, a través de acciones de promoción y prevención.

En mi calidad de profesora de la Universidad Javeriana, perteneciente al Departamento de Salud Colectiva, conocía que la Universidad desarrollaba trabajos comunitarios en el barrio Paraíso y sus alrededores, mediante un convenio con Secretaría Distrital de Salud, para el 2005, fecha en la que inicié el

[417] Ibid.

[418] Ibid.

estudio. El trabajo de la Universidad en el barrio era bien recibido y empecé a mirar las posibilidades que tenía para hacer la investigación allá.

Además, encontré que la labor desarrollada con personas ancianas estaba dirigida a aquellas sin limitaciones en el funcionamiento, que podían salir de sus casas por sus propios medios y el hecho de que no se le hubiera prestado atención al trabajo con personas ancianas en situación de discapacidad. En el apartado de inserción al campo desarrollo con mayor profundidad el recorrido que realicé para llegar a encontrar y definir el campo.

3.3 COLABORADORES DEL ESTUDIO

Optar por trabajar con personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza estuvo influenciado por mi participación en el grupo de investigación Cuidado Cultural de la Salud, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional, pues como ya comenté en otros apartados es un grupo poblacional foco en los proyectos de investigación del grupo. Participar en los debates y encuentros del semillero de investigación me acercó a esta población y me sensibilizó no sólo por la triple vulnerabilidad: vejez, discapacidad y pobreza, sino por la necesidad de conocer esas poblaciones, para poder ofrecer un cuidado desde la perspectiva cultural, más aún cuando la inversión de la pirámide poblacional es evidente.

Quiero aclarar que en este trabajo, a las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza los llamo *colaboradores*, dado que el término *informantes*, como es utilizado típicamente en los estudios cualitativos, tiene connotaciones negativas en el actual contexto cultural colombiano. Además, el término *colaborador* tiene un significado filosófico más profundo, asociado con la relación entre la persona que participa en la investigación y el investigador, porque se establece un vínculo de compromiso entre las partes, pues al final el trabajo investigativo demanda y es producto de la participación de esos seres humanos[419]. Los colaboradores, de acuerdo con Guber: … "son los sujetos de la investigación que proveen información y con quienes se relaciona el investigador, este no es un portador de una unidad socio cultural, sino un activo constructor de la misma. La información que suministran los colaboradores está condicionada por su experiencia histórica, por la posición social que ocupa y por la situación de encuentro con el investigador".[420]

---

[419] MEIHY, José Carlos. Manual de historia oral. 5a ed. São Paulo: Ediciones Loyola, 2005.

[420] GUBER, Rossana. Op. cit., p. 127.

Identifiqué dos tipos de colaboradores teniendo en cuenta los criterios descritos por Leninger[421]: colaboradores generales y colaboradores clave. Los colaboradores generales fueron aquellas personas pertenecientes al campo que brindaron información amplia y general, útil para las reflexiones y para comprender las representaciones generales en la comunidad: líderes comunitarios de los grupos de adultos mayores, personas ancianas de los barrios, familiares y personas ancianas en situación de discapacidad contactadas a partir de las planillas de discapacidad de la localidad y de los grupos de adultos mayores.

Con estas personas mantuve conversaciones y caminatas por el barrio, mientras hacia el reconocimiento del campo o acompañaba en algunos a talleres realizados con los dinamizadores en los grupos de adultos mayores. A otras personas ancianas las visitaba en la casa. Con ellos realizaba observación participante, contrastaba la información obtenida por los actores sociales o los mismos ancianos. Con ellos pude comprender aspectos generales de las dinámicas de los barrios, de las percepciones sobre vejez, discapacidad y pobreza.

Los colaboradores clave fueron aquellas personas ancianas interesadas en el estudio, con mayor conocimiento del fenómeno de investigación. Con ellos realicé observaciones y entrevistas con mayor profundidad[422], luego de seleccionarlos a partir del grupo de colaboradores generales, quienes poseían habilidades para hablar de sí mismos y de su situación y eran conocedores de su contexto. En esta investigación fueron hombres o mujeres mayores de 60 años de edad:

- ✓ Con algún tipo de deficiencia física o sensorial de tipo visual que limitara el desarrollo de sus actividades cotidianas y restringiera su participación en la comunidad, al no poder salir por sus propios medios de casa.
- ✓ Con funciones mentales preservadas: orientación, atención, memoria, pensamiento, comprensión y expresión del lenguaje, la cual se verificó mediante una valoración informal.
- ✓ Que vivieran solos o acompañados, y tuvieran apoyo permanente o intermitente para realizar todas o algunas actividades de la vida diaria (ir al baño, vestirse o comer).

[421] LEININGER, Madeleine. Trancultural Nursing 2002 Op. cit., p. 71

[422] Ibid.

- ✓ No fueron consideradas personas ancianas con algún tipo de deficiencia física o sensorial adquirida en la infancia.

- ✓ Residentes en el barrio durante más de cinco años.

La identificación de los colaboradores clave que cumplieran con estos criterios fue una tarea ardua y de forma sorprendente encontré que la identificación gubernamental de esta población está subregistrada. Esto me llevó cerca de ocho meses, pero también fue una gran oportunidad de “descubrir” cómo los diversos actores sociales tienen en un plano invisible a esta capa de la población. Así, el peregrinaje de la búsqueda de bases de datos de personas con estas características me llevó a instituciones distritales de la Localidad de Chapinero, con los representantes de las instituciones que realizaban trabajos con grupos de la tercera edad en el barrio Paraíso, con el Hospital de Chapinero —el cual contaba con un Programa de Atención Primaria en Salud (APS), denominado Salud a su Hogar—, con la Secretaría Distrital de Salud —específicamente con los facilitadores de discapacidad del Distrito—, con personas del Departamento Administrativo de Bienestar social (DABS) y con el Centro Operativo Local de Chapinero (COL).

La sorpresa fue descubrir que la información era de limitada utilidad, ya que encontré información repetida, poco actualizada e inconsistencias en las direcciones y números telefónicos. Este proceso fue desgastante y de allí partió el primer ajuste de los objetivos del estudio, pues en el proyecto había planteado sólo tomar el barrio Paraíso, pero esta situación hizo que tomara en cuenta los barrios aledaños. Fue un proceso interesante, porque rápidamente entré en la dinámica de los barrios bajo la idea de visitar las casas de los reportados en las listas que me habían facilitado. Finalmente, en esos recorridos fuí conociendo personas de la comunidad que me iban indicando a las personas ancianas. Esto me dijo mucho de cómo esta población se encuentra en la esfera privada.

De este modo, los colaboradores se iban incorporando desde el mismo proceso de la inserción al campo. Para dar una idea de la magnitud de la búsqueda y la forma de esa elección, llegué a tener una base de datos con 347 ancianos, de los cuales pude contactar telefónicamente a 285, y de estos sólo 31 cumplían con los criterios, por lo cual decidí visitarlos. Fue interesante el encuentro con ellos y sus familiares.

Era increíble que siendo la primera vez que me veían me trataran con tanta amabilidad, hablaran abiertamente, y esto para una novata en este tipo de contactos se constituyó en un gran aliciente. ¡Claro!, la angustia me acompañaba,

porque 15 de ellos tenían problemas de tipo auditivo, demencias, secuelas de eventos cerebro-vasculares y dificultades en la expresión verbal. Sin embargo, la información suministrada iba nutriendo el trabajo. A partir de esta experiencia en el campo pude confirmar lo que al respecto afirma Guber: "… en investigación cualitativa no se puede establecer el número de colaboradores de manera a priori, ya que antes de tener un contacto efectivo con el campo, en la medida en que se interna en la dinámica se conocen los discursos, las prácticas y los grupos relevantes y significativos para la descripción. De la misma manera, la definición y elección de cierto tipo de muestra tiene que ver con el sentido de la investigación antropológica. La selección de la muestra de un trabajo investigativo, es en definitiva parte del proceso general de conocimiento y responde a los objetivos e intereses que plantea el investigador".[423]

Así mismo, en este proceso, tuve en cuenta la definición de *muestra intencional*, propuesta por Martínez, quien afirma que esta muestra prioriza la profundidad sobre la extensión[424]. En este caso, no es relevante el número o la amplitud numérica, sino la representatividad, tal como afirma Ellen: "en investigación cualitativa hablar de representatividad de una muestra es hablar de la significación, es decir, que un hecho o un caso sean pertinentes para dar cuenta de cierto haz de relaciones en un sistema social"[425].

De acuerdo con esta autora, un acontecimiento no es más o menos válido para la investigación únicamente si se presenta tantas veces (aunque no se pueden descuidar) los hechos, prácticas, lo dicho, etc., sino que interesan también su forma de integración en un sistema de significados y de relaciones sociales. Por eso esta autora considera que el criterio de significatividad es fundamental para seleccionar discursos, personas, prácticas que observar y registrar, y para su ulterior incorporación al análisis y la construcción de esa lógica en su diversidad.

Finalmente, entre idas y venidas, en el contacto con las mismas personas del sector, se conformó un grupo de siete colaboradores clave, a partir de 16 colaboradores que identifiqué en las listas consultadas, y a quienes visité, observé y entrevisté. Ellos entraron a formar parte del grupo de colaboradores generales que había contactado anteriormente. A partir de estas observaciones identifiqué que no todos tenían la capacidad de expresarse de sí mismos, pues no permitían profundizar en la información, y con otros no logré empatía y confianza. Sin

[423] GUBER, Rossana. Op. cit., p. 128.

[424] MARTÍNEZ, Miguel. Ciencia y arte en la medologia cualitativa. Mexico: editorial trillas. 2004.

[425] ELLEN R. F. Etnographic Research. A guide of general conduct. Londres: Academic Press. 1984. Cited by: GUBER, Op. cit., p. 99.

embargo, pude establecer una relación cercana y de empatía con aquellos que deseaban dar información y que cumplían con los criterios de colaboradores clave. De esta manera, después de internarme y llevar casi ocho meses en el campo buscando colaboradores, seleccioné intencionalmente de los 16 colaboradores identificados en las listas, siete a los que consideré claves (véase Anexo A).

3.4 RECOLECCIÓN DE DATOS

En este estudio basé la recolección de información en la observación participante, las notas de campo y la entrevista etnográfica. Con el fin de dar cuenta de cómo recolecté los datos y el uso que les di a las técnicas mencionadas, describo a continuación en qué consistieron la inserción al campo, la observación participante, las entrevistas etnográficas y el registro de los datos.

3.4.1 Inserción al campo. La inserción al campo es la primera etapa que debe superar el investigador en la investigación etnográfica. En este proceso saber quién tiene el poder de facilitar o bloquear el acceso o quiénes son considerados en la comunidad líderes con autoridad y poder puede hacer la diferencia para entrar al campo de investigación[426].

Desde el proyecto de investigación tenía planeado enfocarme en el barrio Paraíso. Ingresé al campo en octubre de 2005 como una estudiante de Enfermería de la Universidad Nacional, que realizaba un trabajo investigativo sobre personas ancianas en situación de discapacidad que no podían salir de sus casas.

El proceso de inserción al campo lo inicié durante la planeación del anteproyecto de investigación y duró aproximadamente ocho meses. Para ello consideré necesario empezar a contactar a algunos de los profesionales y estudiantes de Enfermería de la Universidad Javeriana que realizaban su trabajo en la Unidad Básica de Atención (UBA), ubicada en el barrio Paraíso. Una estudiante de último semestre de Enfermería realizaba actividades con los grupos de adultos mayores, y de manera progresiva comencé a asistir los martes y los jueves, durante aproximadamente tres meses, a las reuniones, actividades y visitas que planeaba la estudiante, y a partir de ahí fui tomando contacto con las población; sin embargo, esta facilidad terminó por inconvenientes de tipo administrativo, que condujo al retiro de la UBA del barrio.

[426] MONTICELLY; CRUZ y VILLARREAL. Op. cit., p. 131-143.

Esta situación tuvo dos caras, dada mi inexperiencia en este tipo de trabajo: por un lado, viví este hecho como una tragedia, porque sentía que aún no tenía la familiaridad suficiente con el ambiente geográfico; me perdía con facilidad y pensaba que no tenía vínculos de cercanía con los miembros de ese grupo comunitario y que el estudio no había comenzado; por el otro, fui descubriendo con el grupo de investigación y la directora de tesis que en el mismo hecho podía reconocer las tensiones políticas y sociales en el barrio y los intereses de los líderes en apoyarme.

Busqué otras alternativas para continuar el proceso en campo y encontré que en la Universidad Javeriana había una enfermera docente que conocía el barrio por trabajos anteriores y quien se ofreció a colaborarme. Así, pude contactarme con los líderes de la comunidad que tiempo atrás movilizaron procesos de desarrollo comunitario y por medio de los cuales me enteré de la historia del barrio Paraíso y de los barrios aledaños, que para mi sorpresa compartían características físicas e históricas.

Después se fue dando una cadena de conexiones. Los líderes también me ayudaron a contactar a los dinamizadores (personas ancianas pertenecientes a los barrios, quienes eran seleccionadas desde los programas de atención del DABS, hoy denominado Secretaría de la Integración Social) de los grupos de adultos mayores. Estos, a su vez, me presentaron en las reuniones de adultos mayores, algunas veces como observadora y otras como colaboradora de las actividades que realizaban. Esto me ayudó tanto a conocer aspectos culturales del grupo como a establecer contactos, y me brindó seguridad con la población con la que empezaba a trabajar.

Poco a poco, y sin saber en qué momento comencé a recorrer los barrios, fui aprendiendo nuevas formas de interacción con las personas, las rutinas. Estuve en el campo de manera intermitente durante aproximadamente dos años y cuatro meses, desde octubre de 2005 a febrero de 2008. Veinte meses fueron de visitas frecuentes; los otros ocho meses disminuí la estancia en campo, iba esporádicamente, pero mantenía el contacto telefónico con los colaboradores.

Durante los dos meses iniciales de inserción al campo, subía al barrio en el *transcalero*, que es el transporte público de estos barrios, o en los “taxis amarillos”, que son una forma de transporte informal en los que por $1.000 compartes con cinco personas más un taxi que sube al barrio. Esto fue una sensación extraña para mí, acostumbrada a utilizar los taxis de manera individual.

Varias situaciones ocurrieron en ese proceso de inserción: fue necesario adecuar mi vestuario para mayor comodidad y para no llamar la atención, lo cual implicó abandonar mis tacones, usar atuendos sencillos, no usar joyas o accesorios llamativos, a los cuales estaba acostumbrada. Me sentía extraña y, a veces, mal conmigo misma, como si no fuera yo; pero dada la peligrosidad de algunas partes de los barrios en las que se ubican pandillas, debí tomar esas medidas.

No obstante, a pesar del esfuerzo por parecer “natural” y por formar parte de la comunidad, en ocasiones sentí mucha ansiedad por “sentirme extraña”. Comprendí que si continuaba mis recorridos sólo en el transporte público no conocería el campo, entonces decidí caminar hacia la parte más alta de los barrios. Entonces, tomaba aire para subir la loma empinada, con calles pavimentadas que finalizaban en una carretera destapada, rodeada de un bosque denso, lleno de elevados árboles, que en ocasiones eran talados por sus habitantes para obtener la leña para cocinar.

Al inicio de esos desplazamientos, de un barrio a otro, tratando de localizar a los colaboradores, identifiqué que las personas eran muy familiares, saludaban, preguntaban hacia dónde iba y qué hacía. Luego gané mayor confianza y me di cuenta de que las personas no estaban prevenidas como yo, y logré aprovechar esos momentos para conocer, conversar y hacerme familiar entre algunos miembros del barrio.

Durante esas caminatas conocí la zona geográficamente junto con las dinámicas de las personas que habitan en estos barrios. En ese trayecto encontraba frecuentemente a sus habitantes: mujeres y niños que se desplazaban a la escuela o a jóvenes que jugaban fútbol o que simplemente se paraban en una esquina a no hacer nada. Muy rara vez vi por el sector a las personas ancianas que podían desplazarse lentamente; sin embargo, los observaba en las puertas de sus casas o a veces simplemente mirando por la ventana. Algo que me atemorizó fue ver cómo los niños y todas esas personas que acabo de mencionar pasaban la Avenida Circunvalar (vía de la capital por donde transitan vehículos a alta velocidad y es de doble sentido), cuando yo no era capaz de hacerlo sola y tenía que buscar el puente peatonal. Siempre pensé que si para mí era difícil recorrer ese trayecto, mucho más difícil lo sería para una persona anciana y casi imposible para una persona anciana en situación de discapacidad. Me cuestionaba entonces: ¿cómo harían las personas ancianas en situación de discapacidad par salir de sus casas?

Muchas veces durante esas caminatas tuve la sensación de estar en el campo o en un pueblo, pues en ciertas zonas encontraba, además de los grandes bosques,

gallinas, pollos, perros, vacas y hasta cerdos, así como personas muy conversadoras. De igual manera, encontré a una señora cocinando el almuerzo fuera de su casa sobre cuatro piedras y con leña. Me contó que cuando tenían problemas con el gas, “echaban mano” de la leña y se hacia el almuerzo al frente la casa.

En muchas ocasiones me detuve en las tiendas del barrio para consumir alguna bebida y para conversar con las personas que allí atendían. Era evidente en un comienzo la curiosidad que sentían por mi presencia, entonces les contaba de manera muy breve sobre el trabajo que estaba realizando. Después de varios encuentros me referían personas ancianas que no podían salir de sus casas. Muchas veces los volvía a encontrar durante mis desplazamientos, y aunque no recordaban con exactitud mi nombre, me saludaban con familiaridad.

Puedo decir que en toda esta fase quien me brindó un apoyo definitivo fue Nubia, una líder de unos 35 años de edad, quien era reconocida en los barrios por trabajar con los “viejitos”. Las primeras visitas las realicé con ella, pero después comencé a acordar con las personas ancianas y con sus familias las fechas y horas de encuentro o simplemente pasaba por allí en horas de la mañana o en las tardes.

A veces, al llegar a la vivienda, me preparaban chocolate o me ofrecían gaseosa, pan y hasta almuerzo. En otras ocasiones, llegaba y encontraba a los ancianos solos; entonces, me sentaba con ellos en la cocina o en la habitación y los acompañaba mientras escuchábamos música, almorzaban, o tomábamos café. Muchas veces tuve que llamar para confirmar mi visita, porque como la persona anciana quedaba sola en casa y no podía abrirme la puerta me dejaban la llave con la vecina u oculta en algún lugar cercano a la puerta.

Después de casi ocho meses, pude sentir que ya no era ajena a estas personas, ya no era extraña en los barrios y algunas personas en el *transcalero* o en el taxi colectivo me recordaban, saludaban y hacían comentarios como: “señorita, ¿por qué no ha vuelto a visitar a mi mamá?”. De igual manera, ya era recibida con naturalidad en las casas de las personas ancianas y sentía cierta confianza con ellas, quienes me contaban sus dificultades familiares, sus secretos personales. Compartían conmigo fotografías y recuerdos.

Al respecto, siempre tuve en claro que debía respetar los espacios de confianza y sinceridad de estas personas y mantener la confidencialidad de la información. Si bien logré mi propósito de entrar al campo, ello me implicó un proceso reflexivo en

el que comprendí las fortalezas y los retos de esta decisión investigativa. Las personas de estas comunidades están acostumbradas a recibir beneficios de las instituciones que allí operan, pero se encontraban en choque con los servicios de salud y en algunas oportunidades se mostraban desconfiadas de cualquier persona que asociaran con esta área. Ganar espacios y recuperar su confianza no fue fácil, requirió de paciencia y constancia.

3.4.2 Observación participante. La observación participante es la estrategia de investigación por excelencia de la etnografía. Este tipo de observación se caracteriza por la participación del investigador en las situaciones que quiere observar, asumiendo el papel de miembro de un grupo y participando en sus actividades durante los periodos en que transcurre el evento que se estudia[427]. Así, de acuerdo con Guber: La observación participante consiste en dos actividades principales: primero, observar sistemática y controladamente todo aquello que acontece en torno al investigador se tome o no parte en las actividades en cualquier grado que sea. Segundo, participar tomando parte en actividades que realizan los miembros de la población en estudio o una parte de ella.[428]

Frente a la observación participante, Guber manifiesta que se ha dado una discusión que ha centrado su argumentación en que la participación como una experiencia vivida por el investigador apunta su objetivo a estar "adentro de la sociedad estudiada"[429]. Caso contrario, la observación ubica al investigador fuera de la sociedad para realizar su descripción como un registro detallado de lo que ve y escucha. Para Amezcua, la observación participante: Parte de la idea de que existen muchas realidades que no pueden ser observadas de forma unitaria, por lo que cabe una diversificación en la interpretación de dicha realidad. Se trata de comprender los fenómenos, de indagar la intencionalidad. La fuente de los datos son las situaciones naturales, siendo el investigador el principal instrumento de la recogida de datos. Investigador y sujeto de investigación se interrelacionan de forma tal que se influyen mutuamente.[430]

Debo reconocer que aunque me preparé desde lo teórico, me costó cierto tiempo comprender que la observación la iba realizando desde la inserción al campo. Al principio la imaginaba como etapas delimitadas que ni sabía cómo esperaba que

---

[427] AMEZCUA, Manuel. El trabajo de campo etnográfico en salud. Op. cit., p. 131.

[428] GUBER, Rossana. Op. cit., p. 172.

[429] Ibid.

[430] AMEZCUA, Manuel. El trabajo de campo etnográfico en salud. Op. cit., p. 131.

se dieran, tal vez, por mis huellas profesionales. Aunque la tutora me alentaba y decía que estaba haciendo lo correcto, mi sensación no era esa. Siempre me preguntaba: ¿cuándo observar? ¿Cuándo participar? ¿Qué observar? ¿Cómo describirlo? Había leído tanto al respecto, que estar en medio del acontecer del campo me generaba bastantes dudas. Prácticamente fuí motivada por mi tutora a escribir todo lo que me pasaba; luego ella revisaba de manera minuciosa los registros y me hacía ver información crucial del campo que yo misma me preguntaba, por qué no la había visto? Duré un largo tiempo para que esto tuviera sentido en el desarrollo del proyecto. Gracias a esto, el diario de campo cuenta con un registro detallado de cada situación.

Todas las actividades anotadas en la inserción de campo me permitieron avanzar en el proceso de observación participante. Fui intensificando la permanencia en los barrios tres veces por semana, en horas de la tarde o de la mañana. Una vez conocí y definí, quienes serían mis colaboradores, los visitaba una vez durante la semana en horas de la mañana o en horas de la tarde según acordáramos.

Tuve la oportunidad de compartir fechas importantes preliminares como la Semana Santa, la Navidad y Año Nuevo, que me permitían participar observando. Estos espacios los consideré de suma importancia no sólo porque tuve la oportunidad de conocer aspectos de sus costumbres, creencias y tradiciones, sino porque les brindé compañía y esperanza en épocas en que los católicos, tradicionalmente, comparten en familia y en las que por diversas circunstancias algunos de ellos permanecían solos.

Ahora puedo confirmar que la observación participante se constituye en uno de los momentos más importantes del trabajo etnográfico, porque a partir de ahí se dan las primeras aproximaciones entre el investigador y el grupo de personas ancianas con las que se realizó el estudio. Después de muchas lecturas y diálogos con mi asesora, fui descubriendo que, aunque existe mucha literatura sobre la observación participante y los objetivos e intereses que se persiguen al realizarla, no existe una fórmula mágica para llevarla a cabo.

Aunque el investigador posea claridad sobre sus objetivos para la observación, la manera como se establece la interacción es una construcción que se realiza en el campo, viviendo y experimentando aciertos o errores. La observación participante sólo puede ser construida a partir del encuentro y el conocimiento de los colaboradores, considerando las características y habilidades que el investigador posea. En este sentido, puedo decir que mi forma de realizar la observación, los registros y el sentimiento de incertidumbre que experimentaba al realizarla fue

mejorando con el correr del tiempo, así como la confianza y el conocimiento que fui teniendo de los colaboradores.

Ahora bien, en la etnografía se mencionan varios tipos de observaciones y papeles que el investigador puede cumplir. Al respecto del rol que cumplí en el campo de investigación, considero que corresponde a lo que se ha denominado el *observador como participante*, el cual se encuentra marginalmente involucrado en las situaciones. Amezcua menciona en su sentido clásico que en el rol del observador como participante "no tiene por qué existir relación o conocimiento previo del observador sobre el escenario. El investigador como observador participante debe anunciar su interés y su rol en el campo, debe identificar los colaboradores y personas facilitadoras y ganarse el acceso al campo"[431]. En pocas palabras, eso fue lo que experimenté durante mi trabajo de campo, pues llegué sin conocerlo profundamente, tuve que construir mi forma de entrar y, poco a poco, fui logrando un espacio de confianza y aceptación en los barrios y en los hogares de las personas ancianas.

Mi aproximación a la realidad de los colaboradores de este estudio se dio a partir de compartir espacios de su cotidianidad durante las visitas a sus viviendas. El llegar a sus casas me permitió establecer una relación con los familiares y otros miembros del hogar. En algunas ocasiones, compartí espacios como el almuerzo, las medias nueves, la preparación de los alimentos y, en ocasiones, presencié pequeñas discusiones o regaños que los ancianos hacían a sus hijos o a sus nietos.

Algunas veces acompañaba al colaborador en sus actividades cotidianas, como ver televisión y cocinar. Otras, estuve presente cuando se daban ciertas actividades de cuidado, por ejemplo, la forma como la familia suministraba los alimentos, la preparación de remedios caseros (agüitas de hierbas o desahumerios), las curaciones que realizaba la familia a los ancianos que tenían úlceras varicosas. No intenté sobreponer mis conocimientos profesionales para transformar la manera como las realizaban; sin embargo, en todo momento tuve claro el principio ético de proteger la vida y la integridad de la persona anciana, ante lo cual estuve atenta a las situaciones en las cuales la vida de la persona anciana corría peligro.

Recuerdo una ocasión, al realizar una visita con mi asesora, en que notamos que una de las colaboradoras se encontraba con petequias (pequeñas manchas rojas en la piel que no desaparecen con la presión). Comenzamos la indagación y

[431] AMEZCUA, Manuel. El trabajo de campo etnográfico en salud. Op. cit., p. 32.

encontramos que estaba consumiendo, por prescripción médica, un medicamento anticoagulante, y como enfermeras sabíamos que estas podrían estar asociadas a una sobredosis del medicamento. Le explicamos a la colaboradora los riesgos de esta medicación y la asesoramos para suspenderla de manera inmediata, mientras era valorada en los servicios de salud.

Durante el proceso de observación participante fue importante no forzar las situaciones, actuar de manera natural, pero también tener claridad en el objetivo de observación de la visita. El proceso de observación participante implicó reflexionar y ayudó a mi crecimiento personal, pues tuve que vivir situaciones de conflicto emocional y desconcierto frente a mis expectativas y lo que encontraba en campo. Aprendí que se requiere paciencia y serenidad para comprender las situaciones que se viven y se observan en el campo. En un trabajo etnográfico se tiene una bitácora hacia donde queremos avanzar, pero las situaciones se construyen y se dan en la cotidianidad, la cual cambia de un día para otro.

Las observaciones realizadas en el campo se centraron en conocer y comprender las dinámicas familiares de las personas ancianas, sus discursos, sus comportamientos, sus hábitos y el manejo de los espacios dentro de la vivienda. De esta manera, la observación participante fue la estrategia que permitió preparar el terreno para poner en práctica otras técnicas de recolección de datos, en este caso las entrevistas etnográficas.

La observación participante sólo se detuvo cuando dejé de ir al campo, lo cual fue fundamental en la construcción del análisis de datos, porque me ayudó a contrastar información y me permitió tener elementos clave para las entrevistas. Necesité utilizar las entrevistas para aclarar cosas y para darles sentido y significado. Así mismo, la toma de decisiones para llevar a cabo las entrevistas también tuvo que ver con que la sola observación no arrojaba información sobre aspectos muy particulares del cuidado, como el significado de las prácticas realizadas, las creencias sobre las personas ancianas, la pobreza, la relación con los servicios de salud, entre otros elementos mucho más intricados, necesarios para comprender el fenómeno de investigación. Toda esta información de la observación participante fue registrada en el diario de campo.

3.4.3 Entrevistas etnográficas. Las entrevistas etnográficas son las herramientas más utilizadas en el trabajo de campo. Con ellas es posible obtener datos primarios, como hechos que el investigador puede obtener de otras fuentes y los

datos que se refieren directamente al individuo entrevistado, esto es, sus actitudes, valores y opiniones[432].

En este trabajo investigativo, la entrevista fue utilizada para establecer una comunicación con los colaboradores, y a través de la comunicación verbal y no verbal se tuvo acceso a su mundo interno, en el sentido de identificar sus valores, pensamientos, creencias, costumbres; en síntesis, explorar sus ideas sobre su vida. Fue la técnica que posibilitó profundizar en aspectos muy particulares del cuidado, como el significado de las prácticas realizadas, las creencias sobre las personas ancianas, la pobreza, la relación con los servicios de salud, entre otros elementos mucho más intricados necesarios para comprender el fenómeno de investigación.

En general, existen la entrevista estructurada y la no estructurada, dentro de las cuales hay varios tipos, cuya diferencia estriba en que sean más o menos dirigidas[433]. Para el estudio, las entrevistas etnográficas fueron no estructuradas y en forma de conversación, casuales y amistosas, de la manera como menciona Minayo[434]. Primero, entablé conversaciones sobre aspectos muy generales del barrio y de la historia personal; luego avancé a conversaciones donde abordábamos temas más personales. Estas últimas fueron anotadas en el diario de campo, y después de lograda cierta empatía con los colaboradores, solicité el permiso para grabar las conversaciones. De esta manera, constaté que la entrevista etnográfica implica una transacción de saberes entre el colaborador y el investigador; por lo tanto, es necesario lograr un nivel de empatía y conexión con el colaborador para mantener la conversación y lograr los propósitos de esta.

Existen, según Spradley, tres elementos importantes dentro de la entrevista: (1) el hacer explícito el propósito de la entrevista al colaborador; (2) las explicaciones etnográficas, esto es, reconocer que el colaborador durante la entrevista puede actuar como un maestro conocedor de su contexto, el cual da explicaciones y enseña al investigador acerca de su cultura, y (3) las preguntas etnográficas, que son herramientas que el investigador utiliza para descubrir el conocimiento cultural del colaborador. Estas preguntas pueden ser descriptivas, estructurales y de contraste[435].

---

[432] MINAYO, María Cecilia. O Desafio Do Conhecimiento. Op. cit., p. 107.
[433] Ibid.

[434] Ibid.

[435] SPRADLEY, James. The ethnography interview. Harcourt Brace Jovanovich college publishers. Fort Worth Philadelhia. 1979.

Al principio esto se presentaba como una acción muy sencilla y pensaba que no tendría mayor complicación; pero el desarrollo de las entrevistas a las personas ancianas no fue fácil y requirió de varios intentos, pues su forma de pensar y hablar al inicio fue poco claro para mí. Sentía una especie de dispersión en su diálogo y, en ocasiones, la necesidad de traer a la entrevista recuerdos o apartados de su vida en la juventud. Poco a poco fui comprendiendo que los ancianos van y vienen relacionando el pasado con el presente. Me demoré un tiempo en ganar habilidad y capacidad de escucha para comprenderlos y ayudarlos a centrar sus respuestas. En medio estaba mi afán por obtener la respuesta y avanzar en el trabajo.

En las transcripciones de las primeras entrevistas fue curioso identificar que como entrevistadora me comportaba como ellos, dispersa y repetitiva en las preguntas que formulaba. De igual manera, logré identificar que mis preguntas, en ocasiones, no fueron claras. Sentía una gran frustración de no hacerlo bien, pero poco a poco y con la práctica estas dificultades se fueron superando.

Como es sabido, en esta investigación las observaciones y entrevistas fueron la fuente de información para llegar a la saturación de datos. Tuve varios encuentros con los colaboradores generales en quienes indagué y clarifiqué aspectos relevantes de la observación participante. Estas conversaciones fueron anotadas en el diario de campo. Las preguntas norteadoras de este encuentro fueron:

- ✓ ¿Qué conoce de la historia del barrio?
- ✓ ¿Hace cuánto vive en el barrio?
- ✓ Cuénteme, ¿cómo son las personas de edad (ancianas) del barrio?
- ✓ ¿Cómo son las familias con esas personas mayores?
- ✓ ¿Qué me puede contar sobre que lo hacen esas personas cuando no pueden salir de sus casas?

Posteriormente, realicé entrevistas en profundidad a cada uno de los colaboradores clave, para un total de 14 entrevistas grabadas y transcritas. La primera ronda de entrevistas fue con cada uno de los colaboradores, y a esta le hice el análisis inicial e identifiqué categorías preliminares. Los siguientes fueron los temas guía:

- ✓ La cultura urbana frente a la cultura de origen.
- ✓ Las prácticas diarias de cuidado y las creencias sobre estas prácticas.
- ✓ La historia de cuidado en la familia de las personas ancianas.
- ✓ Las razones por las cuales los colaboradores se quedaron a vivir en los barrios.
- ✓ La toma de decisiones sobre la salud y las prácticas de salud.
- ✓ La concepción de vejez y discapacidad.
- ✓ La relación con los servicios de salud.

El concepto de saturación de información es clave en la investigación cualitativa, pues de allí depende la comprensión adecuada del fenómeno en cuestión. Este concepto ha sido definido por Leininger como: La completa inmersión en los fenómenos para conocerlos plenamente, de manera amplia y lo más profundamente posible, la saturación significa que el investigador ha hecho una exploración exhaustiva del fenómeno estudiado. De esta manera, el investigador no encuentra de parte de los colaboradores más explicación, interpretación o descripción del fenómeno estudiado, de hecho, tiende a haber una redundancia en la cual el investigador obtiene la misma o similar información en repetidas indagaciones.[436]

Posteriormente, realicé entrevistas en profundidad a cada uno de los colaboradores clave, para un total de 14 entrevistas grabadas y transcritas.
Para la retirada del campo, visité a los colaboradores clave y a algunos de los colaboradores generales y les informé que ya había terminado la fase de recolección de datos y que me encontraba en el proceso de escritura del documento. Expresé mis agradecimientos a todos ellos por colaborar en la investigación, por recibirme en sus hogares y por haberme permitido conocerlos. Elaboraré una tarjeta de agradecimiento, por su participación en el estudio, y les ratifiqué el compromiso de socializar los resultados, con el ánimo de darle mayor visibilidad académica, política y social a su situación.

[436] LEININGER, Madeleine. Criterios de evaluación y crítica de los estudios de investigación cualitativa. En: MORSE, Janice. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Editorial Universidad de Antioquía. Traducción Eva ZIMMERMAN. 2003.

Este último proceso fue difícil, ya que como, dice Amezcua:"siempre está la cuestión de los afectos"[437], pues llegué a tener confianza y familiaridad con las personas ancianas en situación de discapacidad e informarles de mi retirada generó un sentimiento de tristeza para ambos. A pesar de que sabemos que la investigación tiene un inicio y debe finalizar, como investigadora no visualicé el impacto que esto podía llegar a tener cuando llega el momento de la despedida. Puedo decir que las vivencias, las experiencias, el acercarme a la realidad de esta personas es algo que marca la vida del investigador, no sólo desde el punto de vista académico, sino desde el punto de vista personal.

3.4.4 Registro de datos. Según Amezcua, el instrumento de registro de datos propio del investigador en la etnografía es el *diario de campo*, pues se constituye en una herramienta fundamental para escribir las observaciones o notas de campo de forma precisa y detallada[438]. En mi caso, las observaciones registradas en los diarios de campo las hice de manera manual y correspondían a la crónica de lo que vi y escuché. En este declaré las respuestas a preguntas y, en general, experiencias, ideas, sentimientos, temores, errores, confusiones y problemas. Con este registro busqué retener la realidad y no perder detalles; por ello intenté hacer mis registros en el escenario, pero la mayor parte del tiempo lo debí hacer en casa.

Como mencioné en algunos apartados de la observación participante, el diario de campo me resultó difícil de utilizar en un principio. Al inicio las descripciones fueron extensas y desgastantes, por lo cual intenté organizar la información con notas teóricas, metodológicas y personales que sugiere la literatura; sin embargo, este esquema de registro tampoco me resultó cómodo. Ante esta dificultad, fueron de gran ayuda las sugerencias recibidas por mi asesora, sobre realizar un registro sencillo. Así, generé un sistema de registro en el cual escribí las observaciones del campo, utilicé lápices de colores para hacer hincapié en aspectos relevantes para la investigación y escribí al margen del cuaderno las preguntas, comentarios o dudas que se generaban en las observaciones.

En este diario registré la información obtenida de la observación participante, las descripciones de los lugares, los eventos del barrio, así como mis reflexiones, inquietudes e interrogantes. También registré las observaciones y algunas conversaciones con los colaboradores generales y clave. En el proceso de análisis de datos también usé el diario para anotar los avances y las sugerencias dadas al

[437] AMEZCUA, Manuel. El trabajo de campo etnográfico en salud. Una aproximación a la observación participante. Index de Enfermería / Otoño 2000 año IX; No 30. Op. cit., p. 34

[438] Ibid.

respecto en las asesorías. Además, periódicamente leía el diario para analizar y sintetizar los aspectos relevantes de las observaciones. Tanto el diario completo como las síntesis eran revisadas por mi asesora, quien hacía sugerencias y me orientaba sobre algunos aspectos que debía contrastar, puntos de poca claridad, elementos para discutir o la necesidad de hacer mayores observaciones. Después de que iba pasando el tiempo en la investigación, el diario definitivamente se convirtió en la memoria viva del trabajo.

3.5 Rigor metodológico. Además de la reflexividad anotada, las características de la etnografía son generalmente valoradas como criterios de rigor metodológico. Al respecto, Streuber y Carpenter y Leininger se han referido a este en la investigación cualitativa, a partir de tres aspectos que se deben considerar: la credibilidad, la auditabilidad y la adecuabilidad, los cuales permiten la confirmabilidad del estudio[439],[440].

La credibilidad se refiere a la exactitud de los hallazgos que han sido mutuamente establecidos entre el investigador y los colaboradores como exactos, creíbles sobre su experiencia y conocimiento del fenómeno. Posterior al análisis de datos, compartí los hallazgos con los colaboradores del estudio, para que los reconocieran, comentaran acerca del sentido y significado de la información generada y, así, los avalaran.

La auditabilidad, de acuerdo con Streuber y Carpenter, se define como la posibilidad que tiene otro investigador de seguir los métodos para llegar a la conclusión del investigador original[441]. A efectos de lograr este criterio en este trabajo investigativo, llevé un registro detallado de todas las actividades realizadas en campo y en el proceso de análisis de la información. Ahí fue fundamental el acompañamiento del grupo de investigación Cuidado Cultural de la Salud y de la asesora de la investigación en las etapas de la inserción al campo y el análisis de la información.

Por último, la adecuabilidad definida por Streuber y Carpenter como la posibilidad de que los hallazgos obtenidos por el investigador tengan significado para otros en situaciones similares[442]. Este mismo criterio fue reconocido por Leininger como

[439] STREUBERT y CARPENTER. Op.Carpenter. Op. cit., p. 145.

[440] LEININGER, Madeleine. Trancultural Nursing 2002 Op. cit., p. 71

[441] STREUBERT y CARPENTER. Op. cit., p. 145-169.

[442] Ibid.

transferibilidad, que se refiere a si los hallazgos particulares de un estudio cualitativo se pueden transferir a un contexto similar o situación y preservar los significados particulares, interpretaciones e inferencias[443].

Al respecto de este criterio, en esta investigación se realizaron varias actividades. Una de ellas fue el acompañamiento que brindaron los integrantes del grupo de investigación Cuidado Cultural de la Salud. Hubo encuentros periódicos con pares que realizaban estudios similares en otras partes de Colombia y con los integrantes del grupo de investigación, en los cuales se socializaba la información en sus diferentes fases, se discutían los hallazgos y se retroalimentaba el proceso mediante observaciones, críticas y sugerencias. De la misma manera, los integrantes del grupo de investigación y algunos de los investigadores invitados a las socializaciones reconocieron aspectos similares relacionados con la experiencia investigativa que venían realizando con poblaciones similares. Al tiempo, la asesora revisó e hizo observaciones de la investigación asistiendo al campo y retroalimentando el proceso de análisis de datos.

3.6 Aspectos éticos. El desarrollo de este estudio se ajusta a la Resolución 008430, de 1993, del Ministerio de Salud, referente a las "Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud", especialmente en lo referente al artículo 5, donde especifica que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Para la ejecución de este estudio se presentó el proyecto de investigación al Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Dicho comité recomendó establecer un plan de contingencia para atender cualquier evento de salud surgido durante las entrevistas, ya que en estas se iban a abordar temas que podían despertar la sensibilidad emocional de los colaboradores del estudio. Frente a esta situación se estableció que ante cualquier situación adversa, la investigadora contaría con el apoyo de personal de salud. De la misma manera, revisó el formato de consentimiento informado (ver anexoB) realizado para la investigación, el cual fue aprobado sin recomendaciones.

Con relación al artículo 8 de la Resolución 008430 de 1993, que se refiere a la protección de los individuos sujetos de la investigación, no se hicieron revelaciones a otras personas extrañas a la investigación de datos personales como el nombre, los ingresos, las actividades personales, las opiniones, las creencias y las actitudes de los colaboradores. Además, se les solicitó permiso

[443] LEININGER, Madeleine. Trancultural Nursing 2002 Op. cit., p. 88.

para tomar fotos y grabar las entrevistas, a la vez que se les explicaba el uso del diario de campo.

Respecto al consentimiento informado, la Resolución 008430 de 1993 explicita que este debe ser leído, explicado y discutido con los participantes, a fin de informarles las garantías otorgadas y enunciadas dentro de los requisitos éticos generales subrayados en la Declaración de Helsinki de 1960, acordados por la Asociación Médica Mundial, revisados en octubre de 2000 y promulgados en Colombia mediante la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993, del Ministerio de Salud de la República de Colombia, y del que se toman específicamente los artículos 17 al 22 del capítulo II del Título II, que se refieren a la investigación en comunidades. Tales normas se aplican los principios abajo descritos, que son acogidos por la presente investigación y aclarados a los participantes a través del consentimiento informado:

- ✓ Principio de beneficencia: para garantizar que los participantes no van a sufrir daño alguno y van a obtener el mayor beneficio, la presente investigación busca garantizar que:
    - o Los procedimientos sean realizados por personal calificado debidamente para tal fin.
    - o En caso de que hubieran motivos para sospechar que un participante no pueda o deba continuar en el estudio, o en el caso en que se hubiera llegado a causar algún daño físico o psicológico en algún participante, se suspende el trabajo y se procederá a remitir según sea cada situación.
    - o Todas las dudas acerca de los procedimientos, riesgos, precauciones, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación serán aclarados por parte del equipo de investigación.
    - o Los resultados del estudio son proporcionados a los participantes según sea su interés particular y en el momento en que los solicite.
- ✓ Principio de respeto a la dignidad humana:
    - o Se garantizará el derecho a la autodeterminación, es decir, los participantes tienen derecho a decidir voluntariamente a participar o no en este estudio. Igualmente, se garantizará a todos los participantes el derecho a tomar la decisión de no continuar en la investigación o de rehusarse a dar información, sin que por esta razón sean sujetos de discriminación o represalia alguna.

- Igualmente se garantizará el derecho al conocimiento irrestricto de la información, para lo cual cada participante será informado sobre todos los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación antes de ser iniciada, durante el proceso y al final, y pueden exigir información sobre esta en el momento en que lo deseen.

✓ Principio de justicia:

- Se garantiza el derecho a un trato justo, respetuoso y amable en todo momento, expresado en el cumplimiento de todos los acuerdos a que se llegaren y en la posibilidad de acceso de los participantes a los investigadores en cualquier momento, con el fin de aclarar cualquier información.

- Se garantiza el derecho a la privacidad, manteniendo el anonimato de los participantes que así lo deseen o absteniéndose de divulgar información de estricta confidencialidad con personas ajenas a la investigación o sujetos conocidos del participante. En este trabajo investigativo este principio se mantuvo a lo largo de todo el estudio, esto es, las conversaciones y revelaciones de los colaboradores acerca de sus sentimientos, percepciones y dificultades con la familia no fueron revelados a otros miembros de la familia. De la misma manera, las acciones y situaciones realizadas por la familia o por los ancianos para aumentar beneficios u obtener deservicios de salud tampoco fueron reveladas.

- Los colaboradores en la fase cualitativa pueden escoger los nombres y apellidos ficticios o mantener sus nombres originales. En el trabajo cuantitativo y en el consentimiento informado se pregunta por el nombre o seudónimo que el participante desea utilizar. Además, acogiéndose a este principio específicamente, con el consentimiento informado se solicita autorización para obtener registros fotográficos o de audio de los participantes previa explicación del manejo de este tipo de materiales.

Los anteriores principios guiaron la realización de este trabajo investigativo y fueron presentados a los colaboradores, a quienes se les explicaron los objetivos de la investigación, así como la posibilidad (1) de decidir no responder la información que consideraran incómoda o que atentara contra su dignidad, (2) de tomar la decisión de continuar o no en el estudio y (3) de saber que los resultados del trabajo estaban a disposición de los participantes en la Universidad Nacional de Colombia.

El consentimiento informado fue leído a los colaboradores del estudio en presencia de un familiar adulto y fue firmado o se tomó la huella del colaborador para indicar su deseo y aceptación para participar en este. Se acordó con los colaboradores del estudio que en la información presentada no se utilizarían seudónimos; para este caso se mencionaría su nombre y no sus apellidos, a fin de proteger su identidad.

Finalmente, la presente investigación tiene la responsabilidad ética de poner en conocimiento de los actores sociales los hallazgos que de ella se deriven, respetando por encima de todo los principios a los que ya se hizo referencia. Por tal razón, los resultados serán socializados con las personas ancianas participantes del estudio y sus familias y con las entidades del orden distrital , con mayor injerencia en los tomadores de decisiones para aportar soluciones a la situación de esta población específica.

3.7 Análisis de datos. Durante esta investigación, cada momento representó un acercamiento al conocimiento (académico y personal). Desarrollar un estudio cualitativo significó aprender en cada fase a enfrentar retos, discutir con otros pares, poner a prueba mis capacidades; en síntesis, un desafío.

En ese sentido, asumí el análisis de los datos cualitativos como un desafío que lograría superar con la ayuda de mi orientadora, la discusión con pares y la revisión de la literatura sobre el tema; sin embargo, debo reconocer que mis primeros encuentros con los datos fueron angustiosos. Me sentaba durante horas frente a la información recolectada en el campo sin lograr encontrar la manera de procesar mis análisis previos, mis diarios de campo, los diálogos con los colaboradores. Ese fue realmente un momento difícil, pues como lo describen Coffin y Atkinson: “existe un momento algo intimidador al finalizar el trabajo de campo, cuando ya no queda más que hacer que analizar los datos y redactar”[444]. Revisé bastante literatura para poder tomar el norte del análisis de datos y me encontré con dificultades que aún los investigadores cualitativos más destacados tenían presentes. De hecho, fue un poco desconsoladora la frase de Amezcua, quien dice que la fase de análisis de datos representa probablemente el lado oscuro de la investigación cualitativa, y ciertamente para mí lo fue[445].

[444] COFFIN, Amanda y ATKINSON, Paul. Encontrar sentido a los datos cualitativos. Editorial Universidad de Antioquia. Traducción: Eva ZIMMERMAN. 2003. p. 2.

[445] AMEZCUA, Manuel. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. En: Rev. Esp Salud Pública. 2002, vol. 76, no. 5.

Cuando necesité transformar los datos, encontré que tanto los defensores teóricos del método como los investigadores cualitativos no proporcionan mucha información sobre los modos en que lo hacen. En este proceso investigativo muchos fueron los caminos y las búsquedas realizadas para clarificar el proceso de análisis de datos y llegué a comprender, finalmente, que el análisis de datos cualitativos es un proceso creativo que lleva la impronta del investigador que la realiza.

Por lo tanto, después de revisar mucha literatura pude llegar a comprender por qué tal oscuridad, y ello se puede explicar de alguna manera por la misma complejidad y diversidad que poseen los fenómenos que se analizan y los diversos lenguajes y procedimientos creados por los investigadores para realizar análisis e interpretaciones, como lo constatan Minayo, Amezcua, Barbosa y Teixeira y Mercado[446],[447],[448],[449]. Dado que los datos cualitativos se dan en una gran variedad de formas, diarios de campo, entrevistas, fotografías, interacciones, es difícil establecer una sola forma para su abordaje y análisis[450].

Para ciertos investigadores, el análisis se refiere principalmente a las tareas de codificar, agrupar y desagregar los datos. A mi manera de ver, aunque son de suma importancia, corresponden sólo a un paso del proceso del análisis de la información, otros autores como Huberman y Miles se refieren al análisis como tres subprocesos que se relacionan entre sí: reducir los datos, exponerlos y hacer su interpretación o, en otros términos, emitir conclusiones[451].

Otros autores, como Wolcott, refieren que el análisis de los datos cualitativos puede ser de tres tipos: descripción, análisis e interpretación[452]. A este respecto

---

[446] MINAYO, María Cecilia. O Desafio Do Conhecimento. Op. cit., p. 197.

[447] AMEZCUA, Manuel. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud. Op. cit., p. 423.

[448] BARBOSA, Leilane y TEIXEIRA, María. Pesquisa etnogáfica: contribuição para enfermagen. Em: Rev. Enfermagen. Marzo. vol. 12, no. 1, p. 150-5.

[449] MERCADO, Francisco y LÓPEZ, Teresa. Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica. Mexico: Editorial Plaza Valdes. 2000.

[450] COFFIN, Amanda y ATKINSON, Paul. Encontrar sentido a los datos cualitativos. Op. cit., p. 8.

[451] HUBERMAN, A y MILES, M. Data Managent and analisys methods. En: Handbokk of qualitative research. Sage. 1994. Cited by: COFFIN y ATKINSON, Op. cit., p. 9.

[452] WOLCOTT, Harry. Transforming qualitative data: description, analisys and interpretation. In: Thosand Oaks: sage 1994. Cited1994, cited by: COFFIN y ATKINSON, Op. cit., 2003 p. 11.

explica que la descripción se refiere, como su nombre lo indica, a la explicación, al contar lo que está sucediendo; el análisis, a la búsqueda de patrones y temas, y la interpretación, a la que denomina *transformación*, a la interpretación que hace el investigador de lo que sucede.

Esta diversidad de posturas me permitió comprender lo difícil de alcanzar un consenso sobre las maneras de analizar los datos cualitativos, porque no existe un único camino; sin embargo, el fin del análisis es el mismo, como afirman Coffin y Atkinson: el común denominador de los enfoques de análisis es la preocupación por transformar e interpretar los datos cualitativos, a fin de captar las complejidades de los mundos sociales que se buscan comprender[453].

De esa manera viví las palabras de Minayo[454] : "el análisis de los datos cualitativos implica organizar los datos y llegar a niveles de abstracción en los que se pone a prueba la creatividad del investigador, y este corresponde a la alquimia que los investigadores cualitativos realizan en sus procesos de interpretación de la realidad de los colaboradores".

En algunos momentos de la investigación pude encontrarme con los obstáculos que menciona la misma autora: la ilusión de la transparencia, la magia de los métodos y las técnicas y la dificultad para juntar las teorías y conceptos con lo reconocido en el campo. En primer lugar, en el trabajo de campo, la *ilusión de transparencia*, es decir, la idea errónea que hace el investigador de creer en la comprensión completa de los datos a partir de su realidad, pero lo que hace es expresar los datos a partir de su propia subjetividad.

He aquí que proveniente de un trabajo profesional donde se privilegia una perspectiva mecanicista, me encontraba con frecuencia en la tensión de aceptar que dentro de este proceso se encontraba mi propia subjetividad. No obstante, la reflexividad me permitió ir superando esas tensiones y en los encuentros con la asesora ir clarificando y reconociendo lo que correspondía a mi mundo teórico, a mi comprensión desde el ser mujer católica y enfermera. De este modo, tome más cuidado para contrastar y comparar mi interpretación con la comprensión que hacían los colaboradores frente a las situaciones o a lo que observaba.

El segundo obstáculo tuvo que ver con el sucumbir a la magia de los métodos y las técnicas, esquivando lo esencial de los significados presentes en el material

[453] COFFIN, Amanda y ATKINSON, Paul. Encontrar sentido a los datos cualitativos. Op. cit., p. 10 y 11.
[454] MINAYO, María Cecilia. O Desafio Do Conhecimiento. Op. cit., p. 197.

analizado, cuando por ejemplo se quieren analizar datos y se busca al autor o autores que lo describan minuciosamente. Invertí mucho tiempo en buscar autores que describieran las bambalinas de los métodos y del análisis. Así, con la esperanza de sortear la dificultad, hice un curso para aprender a manejar el programa Atlas.TI, una herramienta para organizar datos cualitativos; pero ahí confluyeron dos factores que complejizaron mi proceso: estaba empezando a ganar experticia en investigación cualitativa y el manejo del *software* me pareció dispendioso y que no podría con él. En fin, estuve tan preocupada con lo instrumental del método y en buscar estrategias para organizar la información que no avanzaba en la comprensión del fenómeno. De esta suerte corrían los meses, los plazos de cronograma se postergaban y la ansiedad aumentaba.

El tercer obstáculo fue la dificultad para juntar las teorías y conceptos con lo reconocido en el campo. Este último se constituyó, sin lugar a dudas, el mayor desafío en esta parte del trabajo investigativo, porque es el momento en el que se pone en juego la capacidad de análisis, interpretación e integración de todos los elementos de la investigación. En este proceso ayudó mucho la discusión en el grupo de investigación y los otros autores que trabajaban en temáticas similares, además de los análisis y gráficas generadas para interpretar la información.

Inicialmente, el proceso de análisis de los datos se realizó de acuerdo con la propuesta de Leininger (Tabla 2), porque es coherente con el paradigma cualitativo de esta investigación, porque ha sido útil y aceptado en enfermería y porque mi orientadora conocía su manejo, lo que me daba seguridad[455]. Sin embargo, al ir avanzado volví a encontrar dificultades con lo que sucede tras bambalinas, lo que me generó una sensación de vacío, dudas y preguntas sobre cómo avanzar en la abstracción. Presento a continuación con mayor detalle las cuatro fases propuestas por Leininger y las voy comentando.

Tabla 2. Fases de análisis de datos propuestas por M. Leininger

Cuarta fase *Temas mayores, resultados de la investigación, formulaciones teóricas y recomendaciones*	Esta es la fase más alta del análisis de datos, síntesis e interpretación. Requiere síntesis del pensamiento, configuraciones, análisis, interpretación de los resultados y formulaciones creativas de los datos de las fases previas. La tarea del investigador es abstraer y presentar los temas mayores, los resultados de la investigación, las recomendaciones y algunas veces formulaciones teóricas.

[455] LEININGER and Mac FARLAND. Op. cit., p. 95.

Tercera fase *Patrones y análisis contextual*	Los datos son inspeccionados para descubrir la saturación de ideas y los patrones recurrentes similares o diferentes de significados, expresiones, formas estructurales, interpretaciones o explicaciones de los datos relacionados con el dominio de interés. Los datos son examinados para mostrar patrones con respecto a los significados en el contexto junto con la credibilidad de los datos y la confirmación de los resultados.
Segunda fase *Identificación y categorización de descriptores y componentes*	Los datos son codificados y clasificados con relación al dominio de interés y algunas preguntas. Los descriptores *emic* y *etic* son estudiados dentro del contexto para identificar similitudes y diferencias. Los componentes recurrentes son estudiados desde sus significados.
Primera fase *Recolectar, describir y documentar los datos crudos*	Los investigadores recolectan, describen, graban e inician la recolección de datos relacionados con el propósito, el dominio de interés o las preguntas bajo estudio. Estas fases incluyen: grabar las entrevistas de los informantes generales y los claves; hacer observaciones y las experiencias de participación; identificar los significados contextuales, hacer interpretaciones preliminares, identificar símbolos, y grabar los datos relacionados con el fenómeno bajo estudio desde una perspectiva émica, pero atendiendo a los datos éticos. Los datos son condensados y la totalidad de los diarios de campo son procesados directamente en el computador.

Traducido de: Leininger, M. y McFarland, M. *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice*, McGraw Hill, 2002.

En la Tabla 2 presento las fases del análisis y los logros esperados en cada fase. Las dos primeras incluyen la recopilación de toda la información con códigos específicos. La tercera y cuarta fases requieren que el investigador identifique patrones recurrentes y temas. En la cuarta, el investigador no solamente analiza los temas completamente, sino que llega a sintetizar las formulaciones de los resultados derivados de los datos previos de las otras tres fases. Por lo tanto, esta cuarta fase precisa reflexiones creativas y llegar a un pensamiento abstracto para sintetizar los resultados en temas dominantes relacionados con el foco de la investigación y la teoría. Es en esta fase se necesita un alto nivel de abstracción y pensamiento crítico para que el investigador llegue a ser sucinto, preciso y ofrezca en los temas explicaciones poderosas[456].

[456] LEININGER, Madeleine. Trancultural Nursing 2002 Op. cit., p. 95.

La primera fase se inició desde el momento en que comencé la recolección de datos. A pesar de ser la primera vez que realizaba el análisis de datos, no tuve grandes inconvenientes en esta fase, ya que fueron útiles las descripciones que provee Leininger y la asesoría de mi orientadora. En ella, analicé, por una parte, los diarios de campo y, por otra parte, las entrevistas de manera individual, lo que incluyó la transcripción en el procesador de texto Word® y la lectura de cada una de ellas. A partir de ahí subrayé los descriptores culturales, los cuales correspondían a los fragmentos de las entrevistas y de las observaciones realizadas en el campo, en las cuales se identificaron los símbolos y las ideas descritas desde la perspectiva *emic*. A cada colaborador lo identifiqué con las iniciales de su primer nombre y primer apellido y el número que correspondía a cada entrevista.

En la segunda fase codifiqué los descriptores culturales para facilitar la organización de la información e incluí los descriptores identificados en la primera fase. Posterior a eso realicé la primera categorización de los descriptores, que consistió en la construcción de frases compresivas de los descriptores, combinando los lenguajes *emic* y *etic*. Estas frases o categorías posteriormente se organizaron en grupos atendiendo a la similitud o divergencia de sus significados. De igual manera, durante la comparación y análisis de esas frases me hacia constantemente las siguientes preguntas: ¿qué me quiere decir este colaborador?, ¿cómo se relaciona este descriptor con los objetivos de mi estudio?, ¿cómo me ayudan estos datos a comprender el cuidado de estos ancianos? Esta primera categorización fue reformulada después de varios análisis.

Para lograr la codificación de los descriptores culturales, además de las orientaciones de mi asesora, revisé a Strauss, quien me permitió comprender los procedimientos de codificación de la información, en lo relacionado con la manera como se descubren las categorías, al igual que como se denominan las categorías y las subcategorías y los tipos de codificación[457]. Igualmente, utilicé colores para facilitar el análisis, los cuales me permitían distinguir las diferentes agrupaciones de categorías y los puntos divergentes o similares de los descriptores. Estos análisis fueron compartidos y discutidos con mi orientadora. En esta fase también triangulé los datos, esto es, consideré en el análisis la información de la observación participante registrada y analizada en diario de campo con la información y el análisis de cada una de las entrevistas[458].

---

[457] STRAUSS y CORBIN. Op. cit., p. 61.

[458] LEININGER, Madeleine. Trancultural Nursing 2002 Op. cit., p. 114.

En esta fase también me fueron de gran ayuda los talleres sobre análisis cualitativo, realizados en el grupo de investigación Cuidado Cultural de la Salud, pues allí generé experticia en la identificación de los descriptores, la formulación de categorías, la reducción de las categorías y la formulación de patrones culturales. En esta fase se generaron los descriptores y las categorías para cada colaborador (Ver Anexo C).

En la tercera fase construí una matriz donde integré la información de los análisis de las entrevistas de cada colaborador y de la observación participante. Allí incluí los datos de identificación de la entrevista, los descriptores y las categorías que surgieron del análisis individual realizado previamente (véase Anexo D). La comparación de las similitudes y diferencias de las categorías de todos los colaboradores me permitió crear categorías más amplias y de patrones culturales (es decir, reducir la información), en las cuales se aumentaba el nivel de comprensión de los datos y se interpretaban a la luz de los objetivos del estudio.

La cuarta fase de análisis de datos —descrita por Leininger como la de mayor análisis y de mayor abstracción— precisó retomar los patrones y analizar la relación entre ellos. Producto de este ejercicio se logró plasmar una frase que daba cuenta de la comprensión del fenómeno de investigación en estudio: el tema cultural así denominado es entonces el máximo nivel de abstracción que recoge la interpretación de la investigadora sobre el fenómeno.

Hasta aquí me fue difícil acompañar la propuesta de Leininger, y me invadió una gran inconformidad, porque la interpretación propia de la elección metodológica estaba faltando, según mi consideración. Esto me obligó a revisar autores como Strauss, Morse y Martínez, para comprender cómo avanzar en el trabajo interpretativo, si bien había sentido en los datos[459]. Así fue como decidí tomar el camino de la teorización, entendida en esta investigación según la propuesta de Martínez, quien define la teorización como la integración en un todo coherente y lógico de los resultados de la investigación, mejorándolo con los aportes de otros autores después de un trabajo de contrastación.

Este camino me llevó a revisar los datos una y otra vez y a reformular y proponer nuevos patrones. En resumen, quedaron 32 categorías, 9 patrones culturales y dos temas culturales que reflejan la comprensión que como investigadora hago del fenómeno de investigación. Me fue útil para este trabajo de teorización elaborar cuadros donde se organizaban las categorías, los patrones y los temas culturales

[459] STRAUSS y CORBIN. Op. cit., p. 61.

(véanse anexos E y F), y el diseño de esquemas gráficos que permitieran visualizar las relaciones entre los patrones y temas para ayudar en la comprensión del fenómeno de interés. El análisis incluyó, como se mencionó, comparar la información, en el sentido al que se refiere Geertz[460], esto es, se buscaron relaciones sistemáticas entre fenómenos diversos, no identidades sustantivas entre similares.

Posteriormente, relacioné los hallazgos generados frente a lo referido en la literatura sobre la temática. Realicé el ejercicio de contrastar lo similar, lo diferente de los autores revisados y lo que no se podía explicar con ellos. Así, teniendo en cuenta el proceso seguido, reformulé los esquemas interpretativos y generé las argumentaciones y explicaciones escritas sobre el cuidado de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza. Sólo en este momento pude sentir que realmente había conseguido la interpretación como lo propone Guber[461].

Después vino el otro momento crucial: cómo escribir los resultados, cómo manejar y organizar la información. En la etnografía se incluye como un paso adicional el proceso de escritura de la investigación cualitativa y se conoce como el trabajo posterior al campo[462]. Iniciar la construcción del producto observable de la investigación requirió la revisión de otras investigaciones del mismo tipo, leer los libros y documentos de autores representativos de la investigación cualitativa y tener en cuenta los consejos que se encuentran en la literatura sobre cómo organizar la información[463],[464].
Tanto el análisis de los datos como el proceso de interpretación son actividades complejas en la investigación cualitativa. En particular, se han escrito guías y reflexiones sobre cuál sería la mejor manera de poner la etnografía en el papel, de forma que garantice su comprensión a otros lectores, su coherencia y cohesión tanto interna como externa, la suficiencia de la información, la voz de los colaboradores y, a la vez, los detalles del proceso de investigación. Fruto de esos cuidados y fusión de propuestas se construyeron los capítulos 4 y 5 Deseo haber conseguido que la escritura sea lo suficientemente clara y precisa y haber logrado mostrar los hallazgos valiosos de la investigación.

---

[460] GEERTZ citado por: WOLCOTT, Op. cit. p. 129.
[461] GUBER, Rosana. Op. cit., p. 15.

[462] FAIN, James. Reading Understanding and appliying nursing research. In: A text and Workbook .F.A. Davids Company Philadelphia. 1999.

[463] WOLCOTT, Harry. En búsqueda dela esencia de la etnografía. Op. cit., p. 13.

[464] DENZIN, Norman. Handbook of qualitative research. Sage, 1997.

4. VIVIENDO EN UN VALLE DE LÁGRIMAS: ENTRE LA RESIGNACIÓN Y LA LUCHA DE VIVIR EN LA VEJEZ, LA DISCAPACIDAD Y LA POBREZA

Dios te salve, Reina y Madre, Madre de misericordia, vida, dulzura y esperanza nuestra;
Dios te salve. A ti clamamos, los desterrados hijos de Eva.
A ti suspiramos, gimiendo y llorando, en este valle de lágrimas. Ea, pues, Señora, abogada nuestra, vuelve a nosotros esos tus ojos misericordiosos, y después de este destierro muéstranos a Jesús, fruto bendito de tu vientre. ¡Oh clemente, oh piadosa, oh dulce siempre Virgen María!
(Fragmento de la oración Salve a la virgen María)

Esta oración, muy utilizada en el contexto colombiano por los fieles católicos, sirvió como fuente de inspiración para darle vida a las narrativas expresadas por los ancianos en situación de discapacidad en relación con la forma en que perciben el contexto en el cual viven. Así, este tema cultural surge a partir del análisis e interpretación de la manera como estas personas enfrentan un contexto cargado de dificultades y de toda una serie de situaciones que les son adversas. Esas situaciones se constituyen en eslabones de una cadena de sucesos que han experimentado toda su vida.

La profunda relación que han establecido con la religión se expresa en sus diálogos, en su manera de enfrentar el sufrimiento y en general de asumir su vida. De esta manera, el sufrimiento se constituye en parte de la existencia, la cual debe llevarse con una actitud estoica, lo que implica asumirla con resignación y, a la vez, pedir a Dios fuerzas para luchar y seguir viviendo.

Los conceptos que utilizo para organizar la interpretación de la información sobre el contexto fueron acuñados a partir de la teoría de la *Diversidad y universalidad del cuidado,* de Leininger[465], y de algunos principios definidos que plantea la *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud*[466]. De tal manera, el contexto ambiental hace referencia a los aspectos del mundo externo que forman parte de la vida de una persona y afectan su funcionamiento[467], y está conformado por los factores religiosos, sociales –familiares y de relación con los servicios de salud–, económicos, políticos,

[465] LEININGER and Mac FARLAND. Op. cit., p. 71.

[466] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF 2001. Op. cit., p. 9.

[467] Ibid.

tecnológicos, físico-geográficos, y la historia cultural. Los factores del contexto ambiental entran en interacción con los ancianos en situación de discapacidad e influyen el cuidado que realizan. En suma, el contexto ambiental puede actuar como facilitador o como barrera para el cuidado, constituyéndose en una situación que particulariza la experiencia y las decisiones de esas personas.

El objetivo de este capítulo es mostrar el contexto ambiental en que viven los ancianos de este estudio. Se presentarán los patrones y las categorías que emergieron de los datos empíricos y que dan cuenta de los diferentes elementos que afectan el cuidado de las personas ancianas discapacitadas, entre los cuales se identifican las características del ambiente físico del lugar donde habitan, las relaciones con su entorno, los aspectos sociales que involucran sus relaciones con el Estado, los servicios de salud, la familia y las redes de apoyo no formales, y el papel que desempeña la tecnología. También juegan un importante papel la historia cultural y los desplazamientos que han realizado durante su existencia, la pluralidad cultural y la pobreza que los ha caracterizado desde su niñez convirtiéndose en una marca transmitida de generación en generación, de la cual se observa como consecuencia la vida de sufrimiento, lucha y trabajo duro que han tenido que soportar. Este tema refleja la constante tensión y ambivalencia frente a la resignación ante la adversidad que les ha correspondido experimentar, y la lucha constante para salir adelante enfrentando y superando las dificultades.

En esta forma, el tema *Viviendo en un valle de lágrimas: entre la resignación y la lucha de vivir en la vejez, la discapacidad y la pobreza* está conformado por seis patrones culturales, los cuales a su vez tienen en total dieciséis categorías que permiten comprender cómo es el contexto ambiental de dichas personas (anexo E). Los patrones son: Predestinados a la pobreza: entre la resignación y la lucha; ¡Ir al hospital, salir de casa: toda una carrera de obstáculos!; El apoyo gubernamental: una limosna insuficiente; Acomodándose al mundo moderno: del radio transistor al teléfono celular; La familia: entre la obligación, el amor y la retribución, y A Dios rogando y la vida enfrentando.

4.1 PREDESTINADOS A LA POBREZA: ENTRE LA RESIGNACIÓN Y LA LUCHA

Estar predestinados a la pobreza hace parte de la comprensión de la situación de precariedad por parte de los ancianos en situación de discapacidad, ya que desde su infancia han permanecido en esas condiciones. La pobreza ha sido una constante que los ha impulsado a llevar la vida entre la ambivalencia de la resignación y la lucha; ella hace parte de ese vivir en un “valle de lágrimas”. En este patrón se encuentran cuatro categorías que expresan los elementos del

contexto ambiental que se manifiestan, de acuerdo con la CIF[468], como barreras o facilitadores para el cuidado de estas personas en situación de discapacidad y pobreza.

Para nosotros la vida siempre ha sido muy dura… nacimos pobres y vamos a morirnos pobres… hay que aprender a vivir con eso. (Eucaris)

En medio de tanta pobreza siempre tuvimos para mantener a los hijos, aunque fuera darles una aguapanela. Para sobrevivir con tantas dificultades tuvimos suerte y fortuna, porque había forma de trabajar… Ahora hay que resignarse porque con tantos males ya no puedo hacer nada, pero desde que tenga salud pa´ poder cocinar y darles a los pelados sigo dando lucha. (Isabel)

En este patrón, empiezo planteando el origen de los colaboradores y la manera como fueron creándose los barrios en donde se desarrolló el estudio. Las cuatro categorías que lo componen buscan guiar al lector en el inicio del recorrido por el mundo de los ancianos en situación discapacidad y pobreza. En la categoría *Toda la vida hemos vivido de un lado a otro… hay que aprender a vivir con eso*, se refleja lo que ellos han experimentado: constantes cambios de lugar de vivienda en búsqueda de mejores oportunidades. Muchos llegaron de lugares apartados del país a la capital y en su mayoría son migrantes de diversas áreas rurales a la ciudad. La pobreza ha sido una constante. Su *lucha* –palabra comúnmente utilizada para describir su vida– por salir adelante ha sido persistente. Para obtener ingresos tuvieron que desempeñarse en diferentes labores dada su escasa escolarización.

En la categoría *Uno es de donde nace y trata de conservar sus costumbres*, se muestra cómo tales personas mantienen en su mayoría la tradición rural y un fuerte arraigo cultural, es decir, expresan un sentido de pertenencia a sus lugares de origen reflejado en la forma de hablar, en las costumbres y en la alimentación, entre otros.

En la categoría *Algunos tenemos más dificultades que otros… ¡pero ahí seguimos en la lucha!*, se describe el origen de los barrios que habitan. Ellos son: Paraíso, San Martín, Pardo Rubio, Villa del Cerro y Villa Anita. En estos lugares son variadas las condiciones de vida, originadas en la diversidad de oportunidades económicas y sociales, y la heterogeneidad de los habitantes.

[468] Ibid.

Finalmente, en la categoría *Viejo, sin plata y sin salud: eso es pobreza,* me referiré a las concepciones de pobreza expresadas por los colaboradores, en las que identifican no sólo la escasez de recursos, sino la pérdida de oportunidades y capacidades por su situación de vejez y discapacidad.

4.1.1 Toda la vida hemos vivido de un lado a otro… hay que aprender a vivir con eso. Los colaboradores de este estudio refieren como una forma de vida los continuos desplazamientos de una ciudad a otra, de un barrio a otro, que debieron realizar en busca de un trabajo o de una vivienda propia y tratando de mantenerse unidos con sus hijos. Así, en medio de tantos desplazamientos, han ido acomodándose a cada lugar, llevando sus costumbres y tradiciones o tomando algunas veces las del lugar al que llegaban. Vivir de un lado a otro se ha constituido en una de sus características, dadas las condiciones de pobreza que los hicieron emigrar en busca de mejores condiciones. Carecer de una vivienda, de un lugar fijo donde vivir o de condiciones económicas para subsistir, hace parte de la interpretación y reconocimiento que ellos mismos hacen de estar predestinados a la pobreza.

La vida del pobre es muy dura, toca rodar y rodar. Nacimos en Versalles, Valle, vivimos en Argelia, Valle, en Caldas y en varias partes del Tolima y siempre íbamos con los hijos a cuestas. Nunca tuvimos nada, hasta que llegamos al barrio Villa Anita en donde mis hijos construyeron esta casita. (María Eucaris)

Así como María Eucaris, los colaboradores de este estudio y sus familias llegaron a los cerros orientales de diversas regiones del país. Sus migraciones del campo a la ciudad se dieron por diversas razones. Algunos porque sus padres nacieron en el campo, trabajaron en él y migraron en los años 50 a Bogotá buscando mejores oportunidades de trabajo y encontrando en los chircales, en la construcción, en el servicio domestico, en la conducción de camiones, en las ventas ambulantes o como cocineros de restaurantes, su fuente de supervivencia. Otros salieron de sus tierras como consecuencia de la violencia de los años 50. A su llegada a Bogotá se ubicaron en los cerros nororientales, que eran terrenos despoblados y rurales de una naciente capital.

El proceso de migración que estos colaboradores del estudio experimentaron, está relacionado con lo descrito al respecto por Tovar[469], quien plantea las causas de movilización de los desplazados en Colombia. Según este autor, las migraciones

[469] TOVAR Pinzón H. Emigración y éxodo en la historia de Colombia [En línea]. En: Amérique Latine Histoire et Mémorie. Les Cahiers ALHIM, 3, 2001. Consultado el 27 febrero de 2009. Disponible en Internet: http://alhim.revues.org/index522.html.

internas no han cesado desde el siglo XVI; desde entonces, es intermitente el movimiento de gentes buscando siempre un lugar en donde proyectar su capacidad creativa.

Para este autor, una de las causas de movilización después de la llamada "colonización antioqueña" de finales del siglo XIX, fue la búsqueda de mejores condiciones a comienzos del siglo XX, como en el caso de los boyacenses y cundinamarqueses que bajaron de las altiplanicies a las vertientes y luego subieron a las zonas frías de la cordillera central[470]. Además, el desarrollo de las vías de comunicación y las primeras industrias atrajo trabajadores rurales de manera tal que las ciudades comenzaron a crecer entre 1920 y 1950[471].

Otra causa de las migraciones fue la "violencia colombiana" de los años cincuenta y sesenta del siglo XX[472]. Esta violencia también atrajo gente a las grandes ciudades. Sin embargo, los aportes migratorios no están compuestos necesaria y principalmente por campesinos, sino también por habitantes de otras ciudades y núcleos urbanos menores[473].

Estas dos condiciones de las migraciones que retoma Tovar están presentes en los colaboradores de este estudio, quienesy ponen de manifiesto que el proceso de migración por el cual pasaron esos ancianos discapacitados, además de ser un rasgo de su perpetua pobreza, se constituye en una característica que imprime singularidad a la forma como cuidan su salud y su vida.

4.1.2 Uno es de donde nace y trata de conservar sus costumbres. En esta categoría, los colaboradores del presente estudio afirman no sentirse parte de la ciudad, sino que hacen un reconocimiento a sus lugares de origen, a sus costumbres y a su arraigo cultural. Este elemento del contexto ambiental actúa como un facilitador que les permite mejorar sus condiciones y enfrentar de mejor manera su situación, ya que el intento de conservar sus costumbres hace parte de la lucha por sobrevivir en una ciudad llena de barreras, de dificultades para adaptarse, para conseguir empleo, para mantener unida a la familia, es decir, hace parte de vivir en un "valle de lágrimas".

---

[470] Ibid.

[471] Ibid

[472] Ibid

[473] TOVAR Pinzón H. Emigración y éxodo en la historia de Colombia. Op. Cit., p. 148.

Es que nosotros los boyacenses comemos igual aquí que en la tierra; aquí también comemos ajiaco. Pero yo digo una cosa: lo importante es lo que se utilice para prepararlo, porque, si es con corderito, ¡es un ajiaco muy sabroso! (Francisco)

Estos colaboradores -generales y claves- son personas de campo provenientes de Boyacá, Cundinamarca, Valle y Santander, bien sea porque sus padres lo fueron y trajeron consigo sus costumbres y tradiciones, o porque ellos habitaron y trabajaron el campo, lo cual los hace poseedores de valores y creencias acordes con su procedencia rural y con su región de origen.

Una parte de mantener las tradiciones de la región de origen se expresa en su alimentación y en la manera de prepararla. Muchos refieren el consumo diario de alimentos importantes para ellos, como la arepa con chocolate, los frijoles trasnochados, el cocido boyacense y las prácticas culinarias propias de sus lugares de procedencia.

Otra parte de su arraigo campesino se hace evidente en el cocinar con leña: ellos mantienen esta tradición aprendida de sus ancestros, pues dicen que los alimentos así saben mejor. Por otro lado, esta práctica actúa como forma de reacción y protección contra las estructuras de la ciudad, como resistencia a la adquisición de obligaciones económicas como los servicios de gas o luz, los cuales no pueden pagar. Esta estrategia es una salida a su situación, pues la materia prima para cocinar está muy cerca de sus hogares y sin costo alguno, ya que, por estar ubicados en los alrededores de los cerros, se encuentran rodeados de bosque y vegetación que pueden talar y utilizar según sus necesidades.

Me sorprendo al ver al señor Mora frente a su casa con un atado de leña. Le pregunto: "¿para dónde va con toda esa leña?", y me dice: "en mi casa todavía cocinamos con leña, la comida es más rica y a nosotros nos sale más barato porque no tenemos que cargar con el pago de un recibo mensual de gas".(diario de campo junio de 2006)

Esa mañana fui a visitar a don Álvaro. Al llegar a la casa encuentro tanto humo que casi no se podía respirar. Al preguntarle acerca de qué estaba sucediendo, me dice: "no pasa nada, señorita, es que aquí hemos cocinado con leña toda la vida; a mí me hace daño este humo para los pulmones, pero ¡qué va!… más daño le hace a uno esa comida insípida que no sabe a nada. Para cocinar no hay como la cocina de leña". (Diario de campo enero de 2007)

Otra expresión de sus tradiciones es la música: hacer reminiscencia escuchando música ranchera, de carrilera y algunos boleros es una forma de mantener vivo su arraigo e historia cultural. Esto contrasta con casas aledañas, en donde habitantes más jóvenes escuchan vallenatos, reguetón y salsa.

Así mismo, algunas de las casas en las cuales habitan estas personas, mantienen una estructura que recrea el patio de una casa del campo, donde se encuentran aves, cerdos y ganado, de los cuales derivan gran parte de su sustento.

Respecto de la manera en que disponen el hogar, puede decirse que estos ancianos discapacitados han experimentado un tránsito de la cultura rural a la urbana, pero no se ha dado un proceso de total endoculturación, esto es, mantienen un vínculo con sus costumbres rurales y han asimilado ciertos elementos de la ciudad.

La situación que experimentan es expresada por Marulanda[474], quien analiza que los emigrantes, al llegar a una nueva ciudad, encuentran una población identificada con la urbe en que viven y, por lo tanto, tratan de adaptarse. En esa transición llena de incertidumbres frente a las oportunidades económicas y sociales, entran en juego las tradiciones y costumbres que traen de sus lugares de origen y se convierten en el salvavidas para sobrellevar las dificultades de adaptación.

Como menciona Marulanda, los cambios de contexto rural a urbano producen choques, cambios abruptos en las vidas de los participantes, y una manera de superarlos o atenuarlos es apegándose a sus costumbres o buscando formas de adaptarse a las nuevas dinámicas, valores, normas, patrones y convenciones que caracterizan la estructura de una sociedad urbana ya consolidada, como la de Bogotá por los años 50 a 70. Mantener las costumbres e intentar adaptarse a las nuevas condiciones de la ciudad fueron procesos experimentados por los colaboradores de este estudio.

El fenómeno planteado en esta categoría sobre el mantenimiento de las costumbres del lugar de origen, tiene que ver con lo que Spector[475] define como *consistencia hereditaria*, la cual hace referencia al esfuerzo de los individuos por mantener estilos de vida que reflejan su cultura tradicional. En el caso de estos

---

[474] MARULANDA, M. Perfil del viejo. En: pobladores urbanos en búsqueda de identidad. Bogotá: Editorial Tercer Mundo editores. 1994.

[475] SPECTOR, Rachel. Cultural diversity in health and illness. Op. cit., p. 199.

colaboradores, la consistencia hereditaria se refleja en el tipo de alimentos que consumen y su forma de preparación, las tradiciones musicales y la disposición del hogar. Esta consistencia hereditaria se hace evidente en la trayectoria de cuidado popular, como se desarrollará en el próximo capítulo.

4.1.3 Algunos tenemos más dificultades que otros… ¡pero ahí seguimos en la lucha! A primera vista, los barrios ubicados en los cerros nororientales de Bogotá parecen un sitio homogéneo de casas elaboradas a mano por sus habitantes, con escaleras y vías interminables pues, por estar ubicados en una loma, se han ido construyendo poco a poco escaleras rudimentarias para facilitar el acceso a estos terrenos tortuosos. Tiempo después de conocer su historia, comprendí que esos conglomerados tienen divisiones, no físicas, sino límites que han determinado sus habitantes de acuerdo con eventos en el tiempo relacionados con los momentos de fundación, con la manera como se fueron ocupando los terrenos e incluso con los nombres que los mismos pobladores les fueron dando.

Esta categoría describe la historia de los barrios que habitan los colaboradores,- generales y claves- junto con las características físicas y geográficas que hacen de este territorio un lugar en el cual los ancianos en situación de discapacidad cuentan con diferentes oportunidades a pesar de la situación de pobreza que los caracteriza, lo cual es otra muestra de la diversidad de situaciones que experimentan.

El sueño de llegar a una nueva ciudad buscando tranquilidad y mejoramiento de las condiciones de vida, se vio interrumpido por las dificultades económicas que tuvieron que afrontar y por la hostilidad de estar en una ciudad que no se encontraba preparada para recibir un gran flujo de pobladores. Así mismo, tuvieron que convivir con esas dificultades y luchar por conseguir trabajo y un lugar donde residir, lo cual implicó colonizar zonas de la ciudad que no estaban pobladas y que no tenían planificación alguna. Esos lugares se constituyeron en zonas marginales ubicadas en los cerros nororientales de la ciudad de Bogotá.

Los barrios mencionados eran en un principio parte de los páramos de San Luis y San Cristóbal, que por siglos fueron un anexo de la hacienda Chapinero. Estas tierras estaban cubiertas de musgos, helechos y otro tipo de vegetación y allí se encontraba una variedad de animales que hacían del lugar un “campo lleno de

tranquilidad". De acuerdo con la descripción de Chaparro *et al*.,[476] y de los colaboradores del presente estudio, estas eran zonas rurales de la capital que fueron colonizadas, tal vez, por su similitud con los lugares de origen de los nuevos ocupantes.

Los terrenos en los cuales se edificaron los citados barrios tuvieron un uso artesanal. Allí, los miembros de una familia prestante de la época, los Pardo Rubio, se dedicaron a la extracción de barro, insumo para fabricar ladrillos. Los cerros se llenaron de chircales y hornos para esa producción. Algunos de nuestros colaboradores fueron trabajadores de esos chircales (Figura 10).

Posteriormente, hacia el año 1943, los chircales fueron clausurados por constituir un problema ambiental para la ciudad y los terrenos fueron vendidos a muy bajos precios a los obreros de las canteras y chircales que habían aprendido a vivir entre las pendientes y comenzaban a aferrarse a estas tierras. A fin de cuentas, era lo único que podían tener en el mundo para echar raíces con sus hijos y junto a sus antiguos compañeros de labores[477] (Figura 11).

Este barrio se formó aproximadamente hace 23 años. Claro, nosotros éramos de otro barrio y trabajamos en los chircales de ladrillo que había en ese tiempo; y de un momento a otro los dueños de los chircales dijeron que iban a acabar eso, empezaron a retirarse. Entonces nosotros quedamos posesionados del barrio y seguimos extendiendo y haciendo lo mejor que podíamos pa´ echar el barrio adelante. (Francisco)

Figura 10. Fotos de los chircales antes de la colonización del sector

[476] CHAPARRO, J; MENDOZA, D. y PULIDO, B. Un siglo habitando los cerros, vidas y milagros de vecinos en el cerro del cable. Alcaldía Local y Junta Administrativa Local de Chapinero. Corporación Comunitaria "Raíces", Instituto Distrital de Cultura y Turismo. Editorial Auros Copias LTDA. 1997. p. 2, 7.

[477] Ibid.

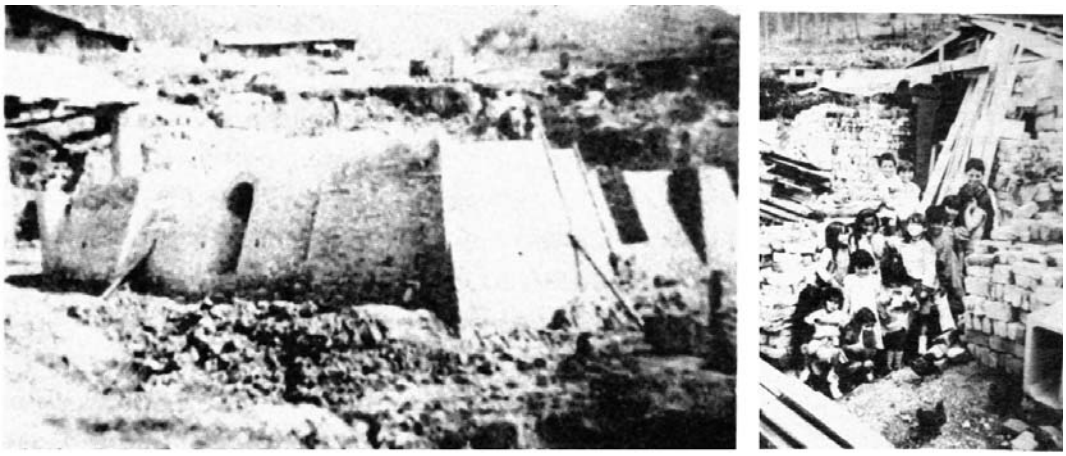


Figura 11. Fotos de los chircales en el proceso de colonización del sector

Fuente: Chaparro, Mendoza y Pulido*. Un siglo habitando los cerros.* 1997.

Pero el establecerse en estos terrenos no fue tarea fácil. A pesar de que las personas ancianas de este estudio lograron adquirir con gran esfuerzo los lotes para hacer sus casas, estos terrenos no estaban adecuados para el establecimiento de comunidades. Todos los logros de la comunidad en beneficio de sus barrios fueron producto de la labor colaborativa de todos los habitantes,

pues ellos pusieron el trabajo y el dinero para realizar todas las obras[478],[479]. De esta manera, construyeron las calles, el acueducto, los lavaderos comunales (Figura 12), las escuelas, las instalaciones de los servicios de energía eléctrica y el alcantarillado. Igualmente, los terrenos para las primeras escuelas y colegios, así como los terrenos para las calles de los barrios, fueron cedidos por la comunidad[480].

[478] DUQUE, María et al. El Paraíso: Historias de Trabajo Comunitario. p. 18. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. 2001

[479] CHAPARRO, J; MENDOZA, D. y PULIDO, B. Op. cit., p. 2.

[480] Ibid.

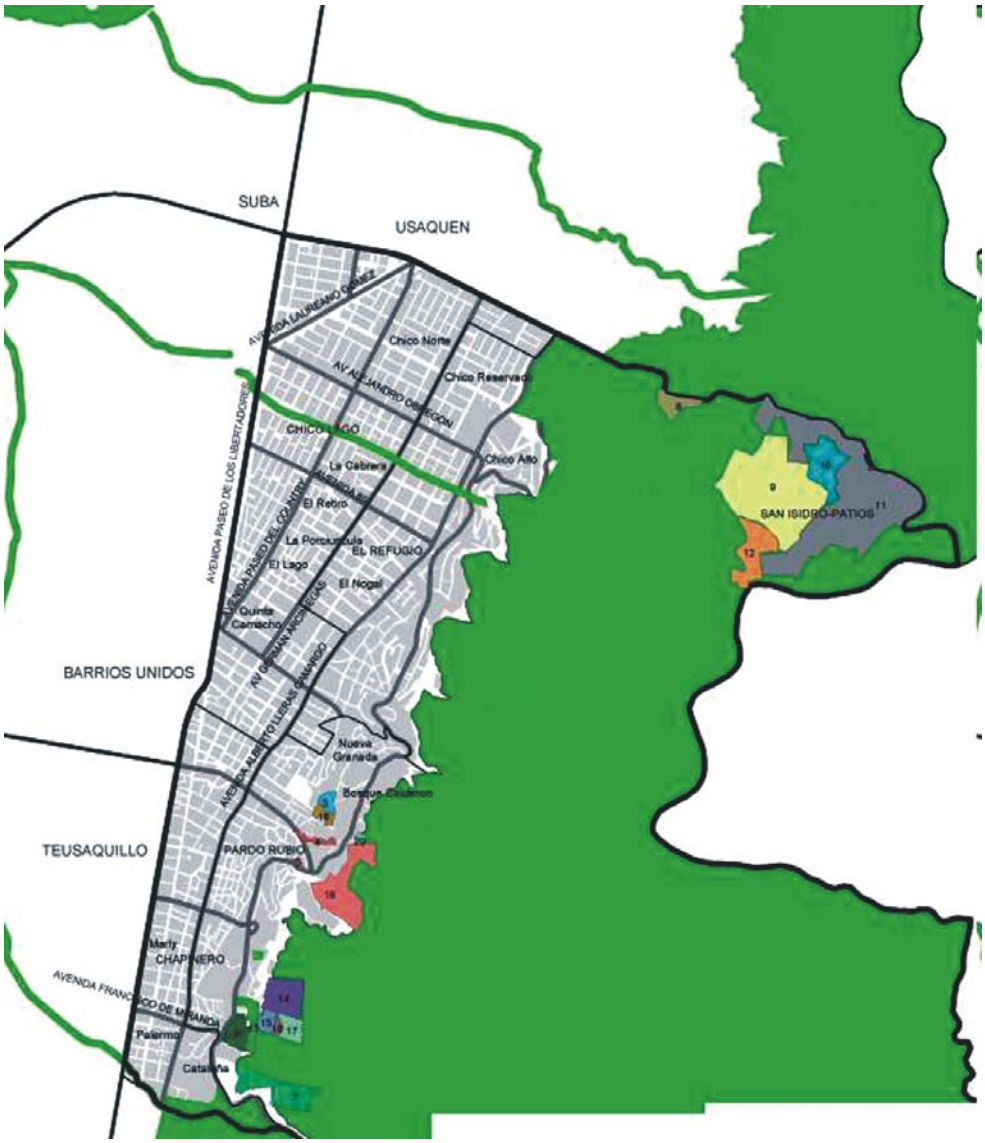
Figura 12. Lavaderos comunales en el barrio Paraíso

Tomado de: Archivo proyecto "comprendiendo el cuidado de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza". 2007

Con el tiempo, estos barrios fueron creciendo y fortaleciéndose gracias al trabajo de sus fundadores. De igual forma, al comienzo de los años 70, la ciudad ya era una gran urbe, lo que implicó que las instituciones públicas y privadas reflexionaran ante la necesidad de ampliar la infraestructura vial. En principio como una manera de conectar sectores, de tejer ciudad, pero posteriormente con el fin de servir como detonante en el desarrollo, la ciudad fue moldeada por las vías[481]. Este proceso de modernización de la ciudad dado por su delimitación con los trazados de las vías, afectó una vez más a las personas vinculadas con este estudio que vivían en esa época en esos barrios y tuvieron que defender la posesión de los terrenos. Finalmente los barrios encajaron dentro de la estructura geográfica y se constituyeron como parte de la ciudad junto con sus habitantes. En la figura 13 se puede observar la organización actual de los barrios de la localidad de Chapinero en Bogotá.

[481] ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. Política publica de discapacidad para el Distrito Capital. Op. cit., p. 35.

Figura 13. Plano de la localidad de Chapinero



Tomado de: Alcaldia Mayor de Bogotá D.C, Secretaria de Hacienda. Recorriendo Chapinero. Diagnostico socioeconómico de las localidades de Bogotá.

Los ancianos de los barrios mencionados tienen ambientes físicos comunes que conforman un terreno tortuoso, con calles empinadas sin pavimentar y caminos improvisados que dificultan el desplazamiento y que, con mayor razón, impiden la movilidad de aquellas personas que se encuentran en situación de discapacidad, quienes deben utilizar distintos dispositivos de ayuda como las sillas de ruedas, los caminadores, las muletas y los bastones (Figuras 14 y 15).

Figura 14. Vías de acceso a los barrios Villa Anita, Paraíso y San Martín

Figura 15. Un sector del Barrio Paraíso

Tomado de: Archivo proyecto "comprendiendo el cuidado de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza". 2007

Ante esas dificultades del terreno, se han generado varias opciones para movilizarse dentro de los barrios y hacia otras partes de la ciudad. Dentro de ellos

es necesario caminar largos trechos y subir extensas escaleras para alcanzar los sitios más apartados. En especial me llamó la atención una ruta de transporte público que, con el nombre de “Transcalero”, recorre los cinco barrios; su destino es la carrera séptima, pasa cada veinte o treinta minutos y pareciera conectar esta microciudad con la gran urbe de Bogotá. Esta fue la forma de transporte que más utilicé durante la investigación junto con la caminata. Otra modalidad de transporte que solo funciona en el barrio Paraíso son los taxis colectivos que hacen carreras con varios pasajeros a la vez y cobran una tarifa por cada persona.

Tal como se describió en apartados anteriores, estos barrios fueron conformados de acuerdo con las necesidades y posibilidades de sus habitantes, en medio de luchas y esfuerzos, dadas las condiciones socioeconómicas e históricas. Por esta razón, una de las cosas que más atrajo mi atención durante los recorridos fue la diversidad de formas de construcción, las cuales no obedecen a una planeación urbanística. Es común, por lo tanto, encontrar grandes diferencias entre unas y otras viviendas, construidas en su mayoría por los propietarios: casas en obra negra, casas en obra gris, casas más o menos terminadas; puertas de hojalata, puertas metálicas o puertas de madera, etcétera.

Algunas de las edificaciones ubicadas cerca a los bosques de los cerros, conservan una estructura de casas rurales, casi veredales, y se observan como el sector económicamente más deprimido. Entre tanto, otras viviendas son de dos pisos, con cocina, comedor, baño y habitaciones. Algo que me causó curiosidad fue el no identificar espacios diseñados para áreas sociales en estas construcciones. El interior en muchas ocasiones es oscuro, estrecho, con escaleras pendientes, sin barandas y con pisos sin acabados. Aunque las viviendas de los participantes tienen los servicios de luz, agua y teléfono, no todas cuentan con servicio de gas. Poseen televisor a blanco y negro, radio transistor y formas alternas de conservación de los alimentos. En unas cuantas hay estufa de leña. En contraste, se pueden encontrar algunas que tienen servicio de gas y estufa, televisor a color, nevera y equipos de sonido. Este panorama muestra la diversidad de oportunidades de los ancianos del estudio.

Aquí en el barrio uno se da cuenta quién está bien, porque tiene sus cositas, la estufa, el televisor y su casita bien arreglada; a otros nos toca ir construyendo poco a poco según como a uno le vayan llegando los centavos. (María Eucaris)

De esta manera, desde la llegada a la ciudad, las familias de estos ancianos experimentaron la dificultad de tener una tierra donde vivir y debieron construir con sus propias manos las viviendas y la estructura misma de los barrios. Pero, además, tuvieron que dar la lucha en defensa tanto de su derecho a habitar esos

terrenos como de la legitimidad de sus posesiones, en la época del encuentro con los procesos de modernización de la ciudad. Todo esto marcó la vida de los pobladores.

En este contexto ambiental físico-geográfico, se generan formas de interacción particulares que actúan como barreras con implicaciones en la toma de decisiones y en la ejecución del cuidado, pues constituyen una fuerte influencia para determinar lo que se puede o no hacer. Esa influencia de los elementos del contexto ambiental en el cuidado será profundizada en el siguiente capítulo.

4.1.4 Viejo, sin plata y sin salud: ¡eso es pobreza! En las actuales circunstancias de las personas ancianas, la pobreza es entendida por ellas no sólo como la carencia de ingresos, que ha sido el común durante toda su vida, sino como la pérdida de la salud y de la capacidad de trabajar causada por su situación de vejez y discapacidad.

Mi Diosito lo manda a uno con el signo de pobre hasta que llegue la hora de la muerte… Además, uno ahora se siente sin plata y sin salud, ¡esa es la pobreza! (Álvaro)

La lucha por la supervivencia está presente desde la infancia de estas personas. Fueron niños trabajadores, desempeñando labores rurales y otras pesadas tareas para ayudar a sus familias, con escasas o nulas posibilidades de acceder a la educación formal o a actividades recreativas propias de esa edad. La pobreza los llevó a tener responsabilidades desde muy pequeños, ya que pertenecieron a familias trabajadoras, y en la juventud y la adultez pasaron a ser cabezas de familia responsables del sostenimiento de los hijos hasta que llegaron a la vejez, cuando la pobreza se agudiza por la disminución de la capacidad de producción y por la ausencia de oportunidades laborales.

La mirada sobre la pobreza desde las necesidades económicas no es suficiente para analizar la situación de estas personas, pues son sus mismos discursos los que obligan a hacer un cambio de dirección. En este sentido, encuentro que, aunque la falta de recursos es una realidad, los adultos mayores carecen de oportunidades dentro de su contexto para desarrollar capacidades que los ayuden a llevar una vida digna. Así, como lo plantea la CEPAL[482], es necesario ir más allá

[482] CEPAL, Op. cit., p. 56

de mirar la pobreza como una falta de recursos para verla como la falta de oportunidades y actuar en coherencia con ello.
La pobreza tiene dos caras. Por un lado, se observan las dificultades económicas y las carencias de todo tipo que han sufrido a lo largo de los años. Estas se exacerban con el retiro del ámbito laboral, a sabiendas de que no pueden disfrutar de la tan anhelada jubilación, pues el trabajo informal e inconstante que desempeñaron siempre no les permitió acceder a una pensión y ahora sus posibilidades de ingreso son más limitadas. Por otro lado, a todo esto se suma la escasa capacidad de ahorro a la que se vieron sometidos y que los convierte en pobres.

Esta situación es similar a lo descrito en los reportes de la Organización Mundial de la Salud –WHO, siglas en inglés– del año 2006, en donde se afirma que únicamente un pequeño porcentaje de adultos mayores de los países en desarrollo fue empleado en el sector formal de la economía y, por tanto, solo un reducido número de ellos tiene acceso a pensión, seguridad social y otros beneficios. Y muchos de ellos han trabajado en labores manuales que requieren un gran esfuerzo físico[483], como es el caso de los colaboradores de este estudio, quienes siempre desarrollaron labores agrícolas, de servicio doméstico y en la construcción, entre otras.

El contexto ambiental adverso debido a la pobreza se agudiza cuando se ha vivido toda una vida pobre, pues es más difícil escapar de ella en la vejez[484]. Aun más si se tiene una condición de enfermedad o de discapacidad, la cual reduce la capacidad de generar ingresos y origina una situación de dependencia. En las personas ancianas de esta investigación se puede ver el reflejo de dicha realidad, pues ellas expresan haber tenido una vida de fortaleza y lucha porque fueron muy trabajadoras, y a la vez reflejan desilusión, porque llegaron a la vejez sin opción de disfrutar la retribución económica de su esfuerzo.

La carencia de recursos ejerce un fuerte peso porque se ha perdido la salud y la posibilidad de ser laboralmente activo. De esta manera, en una sociedad que privilegia el consumismo, los ancianos discapacitados no tienen opción de articularse al sistema; por tanto, se sienten y están excluidos socialmente[485].
La pobreza, como carencia oportunidades, está dada por un sistema económico donde se privilegia el consumismo y la productividad, en donde una persona

[483] WORLD HEALTH ORGANITATION. Towards age-friendly primary health care. Geneva 2004. Available from Internet: http://www.whqlibdoc.who.int/publications /2004

[484] HELP AGE INTERNACIONAL. Acción global sobre el envejecimiento. Op. cit., p. 7- 9.

[485] BAUMAN, Zygmunt. Trabajo, Consumismo y nuevos pobres. Op. cit., p. 64.

anciana con discapacidad, sin recursos y que no produce dinero no tiene cabida, está fuera de los parámetros establecidos por el sistema[486]. Así, tristemente, quien no produce no consume; si no es consumidor, no es valioso dentro de esa sociedad[487].

Estas circunstancias que viven nuestros colaboradores son coherentes con los planteamientos de Sen[488], quien sostiene que la baja renta y el desarrollo de las capacidades dependen de la edad de la persona, el género, el lugar, el desempeño y la situación epidemiológica. Para el caso de ellos, estar en una realidad de vejez, de discapacidad y en un contexto ambiental que genera barreras, condiciona sus posibilidades de desarrollo en términos de oportunidades y capacidades.

El nivel de bienestar de hombres y mujeres en la vejez es resultado de la trayectoria que siguieron, así como del contexto social, económico e institucional que los rodeó. De acuerdo con esto, se encuentran en diferentes estados de vulnerabilidad en consonancia con el rol social y cultural y el nivel de protección institucional que la sociedad les otorga[489].

Los estudios epidemiológicos y otras investigaciones[490],[491] muestran una feminización de la vejez, la pobreza y la discapacidad. A causa de que las mujeres tienen mayor expectativa de vida, tienen más posibilidad de desarrollar discapacidad y de que esas condiciones agudicen su situación de pobreza. Sin embargo, la condición de pobreza de los dos géneros es muy similar en este estudio. Esto puede tener varias explicaciones: tanto hombres como mujeres han trabajado duramente durante su existencia, han desempeñado el rol de proveedores para sus familias, no pueden trabajar, sus niveles educativos son mínimos. Además, tanto las mujeres como los hombres dependen de la familia y

---

[486] Ibid.

[487] Ibid

[488] SEN, Amartya. Op. cit., p. 115.

[489] SALGADO DE SNYDER, V. Nelly and WONG, Rebeca. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez [en linea]. Salud pública Méx 2007, vol.49, suppl. 4, p. 515-521. Disponible en Internet: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000011&lng=en&nrm=iso. ISSN 0036-3634.

[489] Ibid.

[490] MÁRQUEZ, Margarita. Desprotección social en adultos mayores viviendo en la pobreza urbana. En: Salud Pública de México. Edición especial 2007, vol. 49, p. 346-348.

[491] SALGADO DE SNYDER, V. Nelly and WONG, Rebeca. Op. cit., p. 515.

algunos de subsidios del Estado, lo cual los mantiene en iguales condiciones frente a la pobreza.

La otra cara de la pobreza hace parte del entramado de circunstancias que experimentan estas personas, como son las condiciones de vejez y de discapacidad, situaciones que los privan de su libertad, les limitan la toma de decisiones y les impiden actuar, lo que no los deja llevar la vida que desearían vivir[492]. Vista de esta manera, la pobreza de los ancianos, en los términos de Sen[493], trasciende el aspecto meramente económico y se sitúa en el plano de la pérdida de capacidades básicas.

En la vejez, las personas disminuyen los ingresos por la imposibilidad de desarrollar su rol como trabajadores y, adicionalmente, la discapacidad las deja excluidas de toda opción de producir utilidades económicas. Por esto se convierten en seres dependientes que no pueden elegir[494]. Para ellos la pobreza, en términos de capacidades y oportunidades, implica tener cerradas las puertas para una vida feliz, ya que no pueden optar.

A pesar de que los colaboradores de este estudio reconocen que la pobreza es una circunstancia que los ha acompañado durante toda su vida y en algunos momentos refieren resignación frente a ella, todos luchan para enfrentarla, movilizando sus propios recursos y apoyándose en elementos de su entorno como la familia y las instituciones, y haciendo de su situación de discapacidad una oportunidad para solicitar el apoyo gubernamental.

4.2 IR AL HOSPITAL, SALIR DE CASA: ¡TODA UNA CARRERA DE OBSTÁCULOS!

Para los colaboradores, salir de casa y asistir a los servicios de salud se convierte en un auténtico “valle de lágrimas”. Muchas veces, en los desplazamientos que realicé por los barrios, hice conciencia de todos los obstáculos y barreras ambientales existentes allí para transitar: las calles destapadas y empinadas, las escaleras interminables, los perros callejeros que en cualquier momento pueden agredir, el invierno que hace las vías intransitables. En esos trayectos, también mi cuerpo sufría las consecuencias de tales caminatas: a mitad de camino me fatigaba y debía buscar cualquier esquina o tienda en donde sentarme a

[492] SEN, Amartya. Op. cit., p. 114.

[493] Ibíd.

[494] Ibíd.

descansar y recuperar el aliento. Teniendo en cuenta todas las dificultades por mí experimentadas, y las expresadas por los colaboradores considero que el acto de salir de casa, para las personas ancianas en situación de discapacidad, implica sortear toda una serie de obstáculos y luchar en medio de un contexto ambiental especialmente adverso.

Para ir al hospital le toca a uno saltar matones. Cuando necesito una cita médica tengo que pedirle el favor a mi hermana o a mi sobrino, si les queda tiempo, pues van a hacer la fila desde la madrugada. Para ir a la cita toca rogarles otra vez; si no pueden, me acompaña una vecina que vive por aquí cerca. Eso el transporte me sale muy caro, toca ir al Hospital Simón Bolívar y queda lejitos; además toca reconocerle algo al que me acompañe…

Cuando llegamos al hospital toca esperar un buen rato a que lo atiendan a uno. Después para reclamar los remedios es otra fila, otra briega. ¿Y para qué? Si la mayoría de las veces no los hay… (Graciela)

Este patrón refleja las dificultades del contexto ambiental físico-geográfico y de la relación con los servicios de salud para los ancianos discapacitados. Estas dificultades implican, en primer lugar, restricciones para la movilidad debido a factores como la ubicación geográfica de la vivienda, las pocas vías de acceso, la escasez de recursos para pago de transporte y los inconvenientes para encontrar acompañante, pues no pueden salir solos. De otro lado, frente a las instituciones de salud, reconocen obstáculos para el acceso y la atención, y perciben hostilidad en el trato por parte del personal. Todas esas circunstancias los distancian de los servicios de salud y refuerzan el mantenimiento de las prácticas heredadas culturalmente.

Las tres categorías que componen este patrón muestran dos aspectos del contexto ambiental que se constituyen en barreras para estas personas. De una parte, la ubicación geográfica y, de otra, las dificultades que surgen en la relación con los servicios de salud. *Viviendo en esta loma se sufre para ir de un lado a otro* muestra los problemas relacionados con la ubicación geográfica de las viviendas, los cuales actúan como barreras ambientales que les hacen difícil el desplazamiento dentro y fuera del barrio. En las categorías *En el hospital solo son gastos y papeleos* y *Para los médicos los viejos no merecemos atención*, se identifica la relación con los servicios de salud y se hace evidente toda una serie de inconvenientes derivados de los trámites administrativos, los costos y la estigmatización del personal de salud frente a las personas ancianas.

4.2.1 Viviendo en esta loma se sufre para ir de un lado a otro. Esta categoría denota los obstáculos ambientales del entorno de las personas ancianas, los cuales, como se refería en el patrón anterior, son diversos y se encuentran relacionados con la ubicación geográfica de la vivienda. El terreno tortuoso y las calles destapadas y pendientes se constituyen en las principales barreras para el deslazamiento, puesto que, en su mayoría, los ancianos tienen dificultades de locomoción y problemas visuales, no poseen ayudas técnicas para desplazarse e incluso, si las tienen, las condiciones del lugar no les permiten utilizarlas dentro y fuera de las casas. En estas circunstancias y dado que no pueden salir solos, la autonomía para la mayoría de sus actividades se ve comprometida, lo cual les obliga a buscar ayuda en su núcleo familiar o con los vecinos y conocidos.

El transporte es muy costoso y los colaboradores no pueden asumirlo habida cuenta de sus escasos ingresos, procedentes, en su mayoría, del apoyo gubernamental que corresponde a ochenta mil pesos, lo cual implica disponer de un gran porcentaje de este auxilio para movilizarse. Frente a esta situación, muchas veces prefieren no salir de casa y, por tanto, no consultar los servicios de salud y gastar su dinero en alimentación, servicios públicos y arriendos.

Yo me doy mis mañas pa´ moverme de la puerta pa´dentro porque de la puerta pa´fuera es solo loma, escaleras y barro. Así que si uno quiere salir tiene que armarse de paciencia y conseguir los veinte mil pesos pa´l taxi o si no se fregó. (Isabel)

Las dificultades que representa el contexto ambiental físico-geográfico han sido identificadas por Restrepo *et al*.[495], García y Quintero[496], quienes afirman que la variable de mayor peso a la hora de tomar la decisión de no acceder a los servicios de salud, es el pago del transporte. De igual manera, las barreras ecológicas –físico-geográficas, topográficas - se constituyen en otra variable que incide en la asistencia a los servicios de salud.

De esta forma, las características geográficas del contexto ambiental se constituyen, para las personas ancianas, en barreras que limitan no solo la movilidad física, sino también la posibilidad de realizar actividades y participar en su entorno social. La *Clasificación internacional del funcionamiento, la*

[495] RESTREPO, Jairo et al. Balance del régimen subsidiado de la salud de Antioquia. En: Revista Gerencia y políticas de salud. Junio 2003, vol. 2, no. 4.

[496] GARCIA, Juan y QUINTERO, Carmen. Barreras geográficas y económicas para el acceso a los servicios oncológicos del Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá. En: Rev. Salud Pública. 2008, vol. 10, no. 4, p. 583-592.

discapacidad y la salud[497] considera la importancia de los elementos ambientales en la definición de la situación de discapacidad, en la cual pueden actuar como barreras o facilitadores de la salud.

Este estudio es coherente con la CIF en cuanto a la importancia de la interacción de estos factores ambientales y las personas. En la CIF, los factores contextuales representan el trasfondo de la vida de un individuo y están constituidos por el ambiente físico, social y actitudinal. Este ambiente físico impone barreras que restringen la participación de los ancianos y modulan tanto las formas de cuidado como las opciones de asistencia a los servicios de salud.

Las barreras ambientales también tienen implicaciones en la salud de las personas por cuanto dificultan su autonomía y participación. Así como imponen riesgos para la vida, las dificultades del ambiente se convierten en un elemento inicial de valoración negativa que contribuirá a que se tomen decisiones atendiendo a la severidad de cada condición y, por tanto, retornarán más tarde con mayor riesgo para la vida.

De igual manera, se hace necesario considerar que las dificultades en el contexto ambiental físico-geográfico aumentan la dependencia, la cual se agrega al estrés y a los costos emocionales soportados por los ancianos y sus familias[498]. Este elemento del contexto ambiental, como se puede observar, presenta graves implicaciones en la trayectoria de cuidado de la salud de esas personas, tema que será explorado en el siguiente capítulo.

Aunque la literatura, las políticas y las normas[499],[500] sobre el acceso de los discapacitados a lugares públicos buscan disminuir las barreras ambientales, esta normatividad apenas se está integrando a la urbanización de algunos sectores de la ciudad, lo cual se observa en mayor medida en zonas y edificaciones nuevas.

---

[497] OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF 2001. Op. cit., p. 9.

[498] SHEER, Jessica et al. Acces Barriers for persons with Disabilities. In: Journal od disability policy studies. 2003, vol. 13, no. 4.

[499] PEINADO Javier. Habitat y discapacidad. En: Discapacidad e inclusión social. Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá Colombia: Clemencia Cuervo y Alicia Trujillo editoras. 2005.

[500] ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. Política Pública de discapacidad para el distrito Capital. Op. cit., p. 5.

Para el caso de las barreras que se presentan en los barrios de los colaboradores, generar modificaciones que faciliten el acceso y la movilidad es muy difícil, pues estas zonas urbanas fueron construidas a pulso y de acuerdo con las posibilidades del momento, por lo cual las dificultades geográficas no fueron tenidas en cuenta. Sin embargo, pensando en los principios de equidad y universalidad del sistema de salud, se deben considerar alternativas que busquen disminuir las barreras en los lugares de acceso a los servicios de salud para los ancianos en situación de discapacidad. En este sentido, es necesario posibilitar la organización de un medio de transporte especial para ellos y realizar cambios en la estructura física y en los procesos de atención en las instituciones de salud, de manera que se priorice el cuidado de estas personas con opciones viables.

Es importante considerar reformas en la estructura física dentro de las instituciones de salud para facilitar la movilidad de las personas en situación de discpacidad ya que, como lo expresan Pagliuca, Aragao y Almeida[501], en el interior de esas edificaciones existe un sinnúmero de barreras que dificultan el acceso y el desplazamiento no solo cuando utilizan los servicios, sino cuando requieren de hospitalización.

A pesar de que en las políticas y programas[502] se considera una prioridad la eliminación de las barreras ambientales, el paso de la política a la práctica todavía no es una realidad para todos los sectores de la población. Se hace entonces necesario movilizar y sensibilizar a la sociedad sobre esta problemática, además de considerar la inversión en recursos económicos e investigativos que apunten a la eliminación de las barreras ambientales.

Aunque se encuentran algunas iniciativas generadas por los sistemas de salud para enfrentar esta situación, la estrategia de rehabilitación basada en comunidad y la estrategia de *Salud a su hogar*[503],[504] en mi criterio, son únicamente soluciones parciales porque están dirigidas a la mitigación de los problemas de salud y dejan al margen los aspectos relacionados con la participación social, pues los ancianos discapacitados siguen confinados en el espacio de su casa.

---

[501] PAGLIUCA, Lorita; ARAGAO, Eliana y ALMEIDA, Cesar. Acessibilidade e deficiência física: Identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral Ceará. Em: Rev. Esc Enferm USP. 2007, vol. 41, no. 4, p. 581-8.

[502] ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. Política pública de discapacidad para el Distrito Capital. Op. cit., p. 35.

[503] Ibid.

[504] VEEDURÍA DISTRITAL (Bogotá). Situación de la persona mayor en Bogotá. Op. cit., p. 121.

Desde hace años se viene generando abundante literatura[505] que llama la atención sobre la disminución de las barreras de acceso a los servicios de salud. Sus autores aseveran que la naturaleza de los problemas de salud de la población anciana plantea retos importantes para el sector encargado: la mayor frecuencia de padecimientos crónicos y su diagnóstico a edades más tempranas darán lugar a una demanda de servicios más grande y compleja. En el caso de los países en vías de desarrollo, se hace relevante considerar estrategias que permitan brindar mayor cobertura a esta población a través de la disminución de las barreras de acceso a los servicios de salud, buscando alternativas que provean mayor calidad en tales servicios y menores costos para los ancianos, con el propósito de disminuir las discapacidades y mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional.

4.2.2 ¡El hospital es un viacrucis!, solo es gasto y papeleos. Para los adultos mayores el hospital está lleno de estaciones y cada estación representa un episodio doloroso que deben sobrepasar para ser atendidos en los servicios de salud. Los gastos económicos, los trámites administrativos y la demora en la atención son otros elementos que hacen del contexto ambiental un "valle de lágrimas" que están obligados a atravesar para procurar el cuidado.

Desde hace años estoy ciega, pero cuando éste mal me empezó yo fui al hospital de Chapinero, pero me hicieron sacar meras fotocopias y no me resolvieron nada. Allá no quiero volver: ¡me da ira y soberbia solo acordarme! (Celia Matilde)

Como se mencionó en el patrón anterior, los ancianos discapacitados y sus familias perciben muy bajos ingresos; por tanto, solo el desplazamiento a los servicios de salud ya se constituye en un costo casi inmanejable. A esto se agregan los gastos relacionados con los trámites administrativos –como las fotocopias– y los medicamentos, que no son cubiertos por la vinculación al régimen subsidiado, al cual pertenece la mayoría de ellos. Para quienes están inscritos en régimen contributivo como beneficiarios de sus hijos, la atención requiere un copago cada vez que se consulta. Los medicamentos derivados de la atención algunas veces no los provee el plan obligatorio de salud y se constituyen en un gasto adicional. Sumado a estos costos, deben disponer de dinero para el pago del transporte del acompañante, ya que por la dificultad para desplazarse por sus propios medios siempre lo requieren.

---

[505] BORGES YAÑEZ, A. y GÓMEZ DANTÉS, H. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. En: Salud Pública de México. 1998, Vol. 40, no. 1, p. 1-11.

En la presente investigación, las personas ancianas que colaboraron cuentan con ingresos variables, el apoyo de los hijos o familiares y en algunos casos los aportes de la jubilación, así como el apoyo del Estado en forma de subsidios. En coherencia con esto, Márquez en su estudio con ancianos de México[506] afirma que los costos de la atención en salud son asumidos por estas personas, sus familias y algunos subsidios que brinda el Estado.

Por otra parte, en esta categoría se expresan las dificultades que manifiestan los ancianos en su relación con los servicios de salud, las cuales limitan en ocasiones el acceso a los servicios y la consulta. Tales servicios poseen sistemas de admisión y registro que implican una serie de trámites administrativos que se inician con la solicitud de atención en la institución correspondiente. Para este efecto, deben realizar largas filas que comienzan, la mayoría de veces, desde la madrugada. A renglón seguido, empieza el "viacrucis" que, para las personas implicadas, hace referencia a llegar al hospital y diligenciar la papelería requerida, tomar fotocopias –cédula, carné, orden médica– y esperar la atención.

Este tipo de trámites opera igual para todas las personas cuando acceden a un servicio de salud y no se tienen preferencias por los adultos mayores en situación de discapacidad. A pesar de que los sistemas y servicios que representan controles administrativos y organizativos están dirigidos a organizar, controlar y supervisar actividades que deben proporcionar bienestar a las personas al no diferenciar la atención de los grupos más vulnerables se convierten en otra barrera que deben enfrentar los ancianos en situación de discapacidad y pobreza. Infortunadamente, son escasos los centros de salud que cuentan con atención preferencial para ellos, como lo revela el informe de la Veeduría Distrital[507].

Dentro de los servicios de salud también existen barreras organizativas o de estructura que tienen como objetivo principal regular servicios y determinar el tipo, el sitio, el volumen y la continuidad del tratamiento recibido por los pacientes, además de incluir los tiempos de espera a los que son sometidos antes de conseguir la cita, lo que se constituye también en barrera para los usuarios, según el estudio realizado por Restrepo *et al*.,[508] sobre el régimen subsidiado de salud en Antioquia.

---

[506] MÁRQUEZ, Margarita. Op. cit., p. E47.

[507] VEEDURÍA DISTRITAL. Situación de la persona mayor en Bogotá. Op. cit., p. 126.

[508] RESTREPO, Jairo et al. Balance del régimen subsidiado de la salud de Antioquia. Op. cit., p. 37.

[508] Ibid.

En el hospital de Chapinero me tuvieron como tres horas en urgencias pa' decirle al hijo mío que allá no me podían ver la pierna porque no habían radiografías y tampoco había médico pa' los huesos. En últimas, salimos todos aburridos a buscar dónde nos atendían con el carnet del Sisbén. (Emma)

Pese a las dificultades mencionadas para acceder a los servicios de salud, los ancianos hacen lo posible para asistir a sus citas y a los servicios de urgencia de ser necesario. De hecho, como afirman Borges *et al*.[509], la población de adultos mayores es la mayor usuaria de los servicios de salud y, según Restrepo *et al*.[510], dentro de ese grupo las mujeres son quienes recurren con mayor frecuencia, pues existen variables de tipo cultural que pueden estar restringiendo el acceso de los hombres a esos servicios. En el capítulo referente a la trayectoria de cuidado, se formularán algunas consideraciones al respecto.

4.2.3 Para los médicos, los viejos no merecemos atención. Esta categoría expresa los sentimientos que experimentan las personas ancianas de este estudio cuando deben hacer uso de los servicios de salud. Ellas sienten que su condición de vejez y de discapacidad aumenta el grado de dificultad en el acceso a estos servicios. Las connotaciones negativas de la vejez y la discapacidad las colocan en desventaja, debido a la manera como son vistas por los prestadores de servicios y a la priorización de la atención, en la cual sus necesidades no son las primordiales.

Saqué una cita con el médico general, le dije todos mis males: tengo mis deditos todos torcidos, le dije que tenía un brote, que ya no estaba escuchando ni viendo bien y que tenía una llaga en la pierna, y no me recetó nada, no me sacó exámenes ni me mandó con el especialista de los ojos. Le pregunté si me mandaba un examen de sangre para saber si la sangre estaba dulce… y nada. Ese médico que me vio yo lo vi muy mal, mejor dicho, muy mala persona. Porque me dijo: "Yo no soy Dios para hacer todo lo que usted me está pidiendo, señora, y con la edad que tiene, usted ya está así por lo anciana, lo que usted tiene es una úlcera varicosa y no se preocupe que eso antes se le va a agrandar, le va a durar seis años y más… ¡hasta que se muera!" (Carmen Rosa)

---

[509] BORGES YAÑEZ, A. y GÓMEZ DANTÉS, H. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. Op. cit., p. 1-11.

[509] Ibid.

[510] RESTREPO, Jairo et al. Balance del régimen subsidiado de la salud de Antioquia. Op. cit., p. 52.

Estos ancianos refieren dos experiencias en su relación con los profesionales: la primera tiene que ver con la experiencia de estar hospitalizado. En este caso, los ancianos se refieren a la angustia y sufrimiento que les causa la hospitalización y la alimentación que reciben durante su estancia, la cual describen como comida insípida, fría y desabrida, por lo cual la rechazan. Por otra parte, muchas veces refieren que en el hospital se sienten ignorados; no hay quien los apoye y les auxilie para el suministro de alimentos; muchas veces, a pesar de querer comer, no lo pueden hacer por su condición.

Además, manifiestan sentirse agredidos por la cantidad de exámenes permanentes que les realizan en la hospitalización –toma de muestras de sangre, radiografías, electrocardiogramas–, pues no son informados, ni aclaradas sus dudas, ni escuchados sus temores. De otra parte, durante la hospitalización, la persona anciana siente que su intimidad es irrespetada, ya que no hay permiso ni privacidad en el manejo de su cuerpo y de sus partes íntimas. Pareciera que su cuerpo ya no les perteneciera; es un cuerpo objeto de estudio y de manipulación de otros[511,512].

La segunda experiencia referida por los ancianos tiene que ver con la atención recibida en la consulta externa. Allí sienten que los profesionales no atienden todas las necesidades de salud que ellos expresan, limitándose a examinar solo los problemas agudos y dejando de lado los relacionados con el proceso de envejecimiento. A este respecto, los colaboradores perciben que no son tenidas en cuenta todas sus problemáticas de salud, por ejemplo, la disminución de la audición y de la agudeza auditiva.

Esta situación puede estar relacionada con la formación que recibe el recurso humano sobre la salud de las personas ancianas, sobre las necesidades de salud en la vejez, sobre los cambios que se producen en esta etapa de la vida, así como sobre la morbilidad y la comorbilidad en las personas ancianas. Estos aspectos son muchas veces ignorados o manejados con ligereza por algunos profesionales de la salud. Además de la falta de conocimiento, se puede afirmar que existe insensibilidad en los profesionales hacia la vejez[513]. En general, los ancianos perciben rechazo, trato deshumanizado y poca tolerancia.

---

[511] HELMAN, Cecil. Op. cit. p. 72-107.

[512] SPECTOR, Rachel. Cultural diversity in health and illness. Op. cit., p. 61-66.

[513] OSORIO MERCHÁN y LÓPEZ DIAZ. Op. cit., p. 266-269.

Las formas de interacción de los profesionales con estas personas se dan en una sola vía: profesional a paciente. En un caso así, el profesional es el que impone su saber. En este plano emergen las relaciones de poder que se establecen en los servicios de salud. Esos elementos que entran en juego en la relación profesional-paciente han sido descritos desde la sociología por Parsons[514] y Helman[515]. Este último anota al respecto que dicho encuentro tiene poderosas influencias en la aceptación o rechazo de las indicaciones y de las formas de cuidado que les brinden a los ancianos en los servicios de salud.

De otro lado, las modalidades de interacción anotadas anteriormente impiden que los profesionales de la salud reconozcan la manera como los ancianos discapacitados comprenden su situación de salud –esto es, la identificación de la situación, el nombre que le dan, el significado de la vejez y la discapacidad, y las atribuciones causales– porque se privilegia el saber científico-médico. En consecuencia, la atención que se brinda no es consistente ni congruente con el sistema de creencias, valores y prácticas en el que está inmersa la persona anciana, es decir, no existe comprensión del papel que ejercen estos elementos culturales en la salud.

Así mismo, pareciera que los profesionales de salud manifestaran, en el tipo de atención que brindan, los estereotipos culturales frente a la vejez y la discapacidad, las cuales se visualizan comúnmente como una etapa de declive, de deterioro del cuerpo y de enfermedades para las cuales ya no hay cura disponible. Esto hace que los ancianos perciban que en los servicios de salud se les hace acreedores de enfermedades y sientan que para tales profesionales es tedioso brindarles atención.

Llama la atención que cuando los colaboradores de este estudio se refieren a los servicios de salud, se hace visible la figura del médico como prestador del servicio, haciendo pocos comentarios en relación con la atención que reciben por parte de la enfermera. Para ellos no es visible el cuidado y la relación con los profesionales de enfermería, a pesar de que en el sistema de salud las enfermeras asumen un papel muy importante en el cuidado de los ancianos.

Retomando lo mencionado en el capítulo dos con respecto a los desarrollos investigativos desde enfermería con la población anciana en situación de discapacidad, se observa en estos resultados la carencia de profesionales

[514] PARSONS, T. y CLARK, K. The Negro American. Boston: Bacon Press 1965. Citado por: SPECTOR, 2003.

[515] HELMAN, Cecil. Op. cit. p. 71-108.

informados y especializados en el cuidado de este tipo de personas. De otro lado, los estereotipos aplicados a las personas ancianas son evidencia de las marcas culturales sobre la vejez y de las falencias en la formación de los profesionales de la salud, en la cual se deberían considerar los elementos de la competencia cultural: sensibilidad, conocimiento, habilidades, conciencia y el deseo de atender a esas personas.

Lo expresado por los colaboradores pone en evidencia la manera como el contexto ambiental –las barreras físico-geográficas, económicas, actitudinales y de los servicios de salud – influye en la trayectoria de cuidado popular que realizan los ancianos en situación de discapacidad y pobreza. Este factor entra en juego en el momento de la toma de decisiones para el cuidado y en las prácticas que realizan. La importancia de las barreras o facilitadores del contexto ambiental se evidencia en la trayectoria de cuidado de estas personas.

4.3 EL APOYO GUBERNAMENAL: UNA LIMOSNA INSUFICIENTE

El gobierno me ayuda desde hace como seis años, desde cuando nos daba el bono para ir a Cafam a reclamar el mercadito; después nos lo quitaron pa' darnos el carnet ese, la tarjeta pa´ sacar los centavos del cajero.

Esa platica no alcanza sino pa´l medio tris de mercado… Ahora todo está muy caro, la bolsa de leche en polvo, una panela vale mil doscientos pesos y sume… ¿Qué son ochenta mil pesos? (Álvaro)

En la tradición católica, la limosna es dada por las personas para ayudar a aquellos desprotegidos y desvalidos que están en condiciones precarias. La caridad es el valor que respalda esta práctica cristiana y en ocasiones significa para quien la da una forma de indulgencia de sus pecados. Los ancianos sienten que están recibiendo una limosna porque son vistos como desvalidos y casi mendigos; por su condición de viejos y discapacitados, son percibidos como sinónimo de precariedad. Esta situación los hace sentir menos dignos, en el último escalón de la sociedad y socialmente dependientes. De la misma manera, para estas personas, esa limosna es una indulgencia de la sociedad para resarcirse de tenerlos olvidados y abandonados.

En este sentido, todas las "ayudas" que reciben son interpretadas como una limosna, vengan de donde sea, pues estas personas realizan su lectura desde la lente de la cultura y los valores católicos. Ante esta situación, es difícil que puedan

identificar estos auxilios como parte de sus derechos como ciudadanos, objetivo plasmado en las políticas y programas gubernamentales.

En este patrón se encuentran dos categorías: la primera, *Necesitamos más apoyo del gobierno*, en que se ponen de manifiesto los apoyos gubernamentales que reciben los ancianos y que a juicio de ellos son insuficientes, enuncia el desconocimiento de las políticas y programas de salud, y la segunda, *Cuando uno esta viejo ya no le importa a nadie, lo único que recibe son limosnas*, expresa la percepción de olvido y abandono gubernamental.

4.3.1 Necesitamos más apoyo del gobierno. Las personas reconocen que reciben un apoyo. Sin embargo, dada su situación de vejez, discapacidad y pobreza, sienten que este es insuficiente.

Nosotros recibimos la ayudita que dan de la alcaldía y han venido a visitarnos hasta de la presidencia de la República. De la alcaldía nos citan seguido a talleres de cuidadores, pero de todas maneras eso es poco para todas las necesidades que uno tiene para sacar adelante a la viejita. (Luisa, hija de Isabel)

Como se ha venido mostrando a lo largo de este documento, los colaboradores del estudio fueron personas que iban de un lado a otro buscando mejores oportunidades como trabajadores informales y de baja cualificación, por lo cual no tuvieron la oportunidad de cotizar al sistema de salud y mucho menos de recibir una pensión.

En el primer capítulo se describieron las políticas y programas dirigidos a los ancianos en situación de discapacidad Se observa allí la existencia de políticas y programas a escala nacional que identifican a los integrantes de esta población como sujetos de derechos por encontrarse entre los grupos de mayor vulnerabilidad y pobreza. La política pública de vejez y de discapacidad y los planes de desarrollo indican una ruta por seguir y se constituyen en herramientas para la protección de esta población.

En consonancia con estas políticas, hay programas nacionales y distritales como el programa nacional de protección al adulto mayor[516], el proyecto de Acuerdo

[516] MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, Consorcio Prosperar Hoy, 2005 [en línea]. Disponible en Internet: http://www.minproteccionsocial.gov.co/vBeContent/library/documents/DocNewsNo14841DocumentNo1495.PDF

7217 del Distrito Capital[517], la política publica distrital de discapacidad[518] y la política publica nacional de discapacidad[519], que están dirigidos a la vejez y a la discapacidad. Sin embargo, estos programas no siempre responden a las expectativas y objetivos de los planes, y su alcance es limitado.

Esto se hace evidente en los informes de la Veeduría Distrital[520]. Los ancianos continúan soportando situaciones indeseables, a pesar de los esfuerzos, proyectos y programas generados para atenderlos. Estos no son suficientes para cubrir la demanda de necesidades. Respecto a los principios de independencia, participación, cuidado, autorrealización y dignidad proclamados por las Naciones Unidas a favor de las personas de mayor edad, se observa que su cumplimiento depende de la disponibilidad de recursos del Estado para satisfacer las necesidades y estos se calculan teniendo como base la clasificación del Sisbén para la entrada a los programas de protección social al adulto mayor, pero esta encuesta solo cubre un porcentaje limitado de población anciana, a pesar de los esfuerzos gubernamentales.

Debido a la distribución de la población en Bogotá y a la crítica situación de pobreza, la localidad de Chapinero es una de las de más bajo cubrimiento de los programas y proyectos, ya que otras localidades tienen mayores demandas[521]. De hecho, esta localidad es la de menor porcentaje de afiliaciones al Sisbén[522]. Por el contrario, la localidad de Chapinero presenta la mayor tasa de dependencia y de envejecimiento, es decir, es la población por localidad más envejecida; sin embargo, no es la que posee mayor cantidad de personas ancianas en el Distrito Capital.

La situación con respecto al principio de independencia –subsidios, alimentación, vivienda, acceso a servicios públicos – es limitada. De acuerdo con la Veeduría Distrital[523],"los programas y proyectos que se vienen desarrollando en el Distrito

---

[517] ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. Proyecto Acuerdo 7217 "Atención para el bienestar de la persona mayor en pobreza en Bogotá D.C."; 2007

[518] ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. Política publica de discapacidad para el distrito capital. Op. cit., p. 25.

[519] COLOMBIA. DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Conpes 80 Politica publica Nacional de discapacidad [en línea]. Bogotá, julio 26 de 2004. 36 p. Disponible en Internet: www.dnp.gov.co/PortalWeb/.../0/.../Conpes%20Sociales/080.pdf

[520] VEEDURÍA DISTRITAL (Bogotá). Situación de la persona mayor en Bogotá. Op. cit., p. 121-126.

[521] Ibíd.

[522] Ibíd.

[523] Ibíd.

Capital apuntan a solucionar principalmente las necesidades básicas, pero el hecho de que exista casi un 5% de la población que no tuvo que comer uno o más días la semana anterior al censo, puede estar mostrando deficiencias en la focalización o en la búsqueda de esas personas más necesitadas".

Así mismo, con respecto al principio de participación que incluye el reconocimiento de las personas ancianas y su integración a la sociedad, el gobierno distrital cuenta con el proyecto de Acuerdo 7217 de atención para el bienestar de la persona mayor en Bogotá, el cual contiene dos componentes: económico y humano; frente a este último, se han desarrollado actividades tendientes al apoyo de personas ancianas funcionales y cuidadores[524].

Sobre la línea de acción de cuidados, se presentan resultados referentes a la afiliación a la seguridad social, frente a lo cual se reporta que existen barreras de acceso al sistema de salud para las personas ancianas. Respecto a los programas de *Salud a su hogar,* se observa que la localidad de Chapinero tiene un porcentaje de atención bajo: 1.39%.

Con referencia al principio de autorrealización, la Veeduría Distrital de Salud muestra que la los programas y proyectos para los ancianos son formulados por el Distrito y las cajas de compensación. Sin embargo, estos programas aún no han vinculado a los adultos mayores que no salen de sus casas.

Sobre el principio de dignidad, se muestran cifras alarmantes de muertes violentas, maltrato y violencia en personas ancianas. Ante esto, la Veeduría Distrital recomienda crear conciencia en el envejecimiento, para asumir una actitud positiva y realizar acciones de prevención y preparación para una mejor calidad de vida al llegar a la vejez. Así mismo, recomienda crear programas de sensibilización y de promoción del buen trato y la convivencia, así como el fomento de redes de apoyo y capacitación a los cuidadores[525].

De esta manera, se hacen evidentes las correspondencias de los discursos de los colaboradores de este estudio con los datos de las entidades distritales. Estos últimos coinciden en que el cubrimiento de las necesidades de los ancianos es insuficiente, aunque se observan esfuerzos en términos de bienestar social plasmados en apoyos económicos, en alimentación, en salud y en acceso a

[524] Ibid.

[525] Ibíd.

servicios de capacitación y desarrollo social. Sin embargo, lo relacionado con la educación para el envejecimiento ha tenido menor desarrollo y difusión en la capital. En el informe citado de la Veeduría Distrital, se llama la atención sobre la necesidad de ampliar la cobertura y la identificación de los ancianos. Los de este estudio hacen un llamado similar a la atención adecuada, al reconocimiento social y al respeto.

Se hace necesario tener en cuenta que el apoyo gubernamental evidenciado en políticas y programas para los adultos mayores emerge con fuerza hace pocos años y experimenta una atención creciente, ante lo cual se observa la focalización de ancianos pobres y en condición de discapacidad. Estos programas llevan un corto tiempo de implementación y están sujetos a los recursos disponibles; por estas razones y otras de índole metodológica, las acciones del gobierno distrital no llegan a toda la población de este estudio.

A pesar de que las políticas muestran una intencionalidad de ayuda a los ancianos discapacitados, es claro que están enmarcadas en un proteccionismo que no apunta al desarrollo de capacidades y que maneja recursos muy limitados, los cuales no obedecen a una organización estructural del Estado para brindarles seguridad a los ciudadanos. Habría que pensar qué va a pasar en el futuro con las dinámicas cambiantes a escala mundial, con el aumento de la pobreza y con otras condiciones adversas que aumentarán el número de personas en circunstancias extremas de pobreza, ¿Hasta cuándo será posible sostener esta situación?

Esta misma reflexión aplica para los servicios de salud. En los próximos años, el número de ancianos en situación de pobreza y de discapacidad aumentará y se requerirá mayor atención en salud para esta población. De ahí que los servicios de salud deberán prepararse, contar con herramientas y recursos que apoyen la recuperación y el mantenimiento de las potencialidades de ellos, es decir, el cuidado de la salud vista no sólo desde la condición física, sino teniendo en cuenta todas las dimensiones de la vida. Tales recursos deberían considerar, entre otras cosas, la perspectiva de las personas, de sus significados, de lo que implica envejecer y tener discapacidad para, de acuerdo con ello, establecer las necesidades. En este caso, la cultura actuaría como una herramienta para tener en cuenta, ya que ella atraviesa y permea la vida de las personas.

De otra parte, se evidencia un desconocimiento de los adultos mayores sobre las políticas y los programas generados para proveer bienestar y apoyarlos en su condición. De igual manera, reclaman programas enfocados a apoyar y mejorar la prestación de los servicios de salud de acuerdo con su condición de vejez y discapacidad, y con la imposibilidad de salir solos de sus casas.

A pesar de conocer sólo parte de las políticas y programas, las personas ancianas de este estudio hoy más nunca invocan el reconocimiento de sus derechos para acceder a los beneficios sociales que otorgan los entes gubernamentales. Sin embargo, el eje de las políticas que buscan la protección de los adultos mayores no es bien conocido ni aprehendido de manera que pueda servirles de herramienta para su reconocimiento como grupo en la sociedad, es decir, el conocimiento de sus obligaciones y responsabilidades implica el empoderamiento de los ancianos y sus familias. De la misma manera, la responsabilidad del cuidado de ellos es una tarea de los profesionales de la salud.

Respecto a los programas, estas personas manifiestan que las actividades propuestas en los programas de atención domiciliaria que buscan promover la salud mental, los hábitos y otros elementos importantes, no proporcionan oportunidades de interacción y socialización con sus pares.

Así mismo, los programas actuales para los adultos mayores centran su atención en actividades en las que pueden participar ancianos funcionales que tienen la posibilidad de desplazarse a los lugares donde se llevan a cabo. Estas actividades requieren la participación activa, lo cual deja de lado a quienes no están en condiciones de salir de su casa y a aquellos con discapacidades severas.

Durante la visita a María Pureza, le pregunto: ¿por qué no volvió a participar en las actividades del grupo de adulto mayor? Ella me responde: "Pues, señorita, yo participaba cuando podía bajar hasta el barrio Pardo Rubio, pero ahora, con esta pierna jodida, ya no puedo bajar escaleras y menos ir hasta por allá tan lejos; por eso, cuando toca la reunión, mando a mi nieta para que firme por mí y me represente. (Diario de campo, noviembre 30 de 2006)

4.3.2 Cuando uno está viejo ya no le importa a nadie, lo único que recibe son limosnas. La condición de vejez y de discapacidad hace parte del "valle de lágrimas" en el que se encuentran los colaboradores de esta investigación. Es decir, está inmersa en el contexto ambiental cuyas condiciones de pobreza y dificultades geográficas, gubernamentales y en los servicios de salud hacen la vida difícil. Sin embargo, el apoyo gubernamental visto como limosna o ayuda precaria también actúa como un elemento facilitador, ya que sin esa ayuda posiblemente las condiciones de vida se agudizarían para estos colaboradores.

A uno de viejo lo ven distinto; porque se deja crecer la barba ya no lo quieren a uno; ya poco salgo a la calle, hasta a uno mismo le da como pereza… Uno cambia mucho en la vejez; ya nadie se preocupa por uno y toca resignarse a esperar las

ayuditas. Pero eso sí, cuando los políticos necesitan el voto se acuerdan de los viejos y de todas las necesidades que uno tiene, ahí si mandan el mercadito, el bus para llevarlo a uno a votar… (Álvaro)

Dada su situación de adversidad y a pesar de que algunas de estas personas tienen apoyo económico y expresan agradecimiento por él, también se hace evidente en sus diálogos una sensación de olvido por parte del gobierno. Ese sentimiento de abandono se hace evidente en la asignación de recursos que, según ellas, es insuficiente para sus necesidades. Algunas deben subsistir con un subsidio oficial. Sin embargo, otras no tienen acceso a subsidio alguno y, por tanto, quienes deben asumir la totalidad de sus gastos son los familiares.

Esta categoría describe las percepciones de los ancianos discapacitados sobre cómo son visualizados por la sociedad y por las entidades gubernamentales. Para ellos, su condición de vejez agravada por la discapacidad condiciona el tipo de ayuda que deben recibir. Por tanto, consideran que los recursos destinados para los ancianos en situación de discapacidad son limitados e insuficientes, dado que se brinda mayor atención a otros grupos poblacionales como los niños, las gestantes y los adultos, y para el caso de la discapacidad, los esfuerzos en rehabilitación se orientan al apoyo de los niños y adultos jóvenes.

Estas percepciones de los ancianos son en gran medida coherentes con la situación referida por las entidades encargadas de la vigilancia de los programas de bienestar social y las organizaciones gubernamentales que los atienden, como se describió en la anterior categoría.

Estos ancianos perciben los subsidios como una limosna por varias razones: según ellos, los recursos destinados a su atención son los excedentes que quedan de la asignación a otros grupos poblacionales. El subsidio que reciben en dinero, aproximadamente $80 mil pesos, debe alcanzar para la alimentación, el transporte, el arriendo y los medicamentos, entre otros.

Otra razón por la cual asumen el apoyo como una limosna es que consideran que lo que les dan es para resolver todas sus necesidades, cuando en verdad la intencionalidad de las políticas y programas es apoyar a las personas en estado de alta vulnerabilidad, es decir, proporcionar soluciones parciales a las problemáticas emergentes, mientras que lo que estos ancianos reclaman es una compensación total de sus necesidades.

Frente a las instituciones de salud, sienten que es necesario *rogar* para ser atendidos y que en las instituciones de salud tienen que mostrarse vulnerables, débiles, frágiles y con necesidades para que los tengan en cuenta. Así mismo, la forma de acceder a los subsidios es compleja y algunas veces los sistemas de salud y de bienestar social son excluyentes; esto quiere decir, por ejemplo, que si se cuenta con atención en salud como beneficiario, no se puede acceder al subsidio.

El olvido gubernamental se hace aun más palpable en aquellos grupos de ancianos invisibilizados por las estadísticas, aquellos que no se incluyen en los informes del gobierno distrital o nacional porque no están siendo cubiertos por los servicios ya que no están clasificados o no cumplen con los criterios de inclusión, y a los que no llega la información a sus lugares de habitación, como es el caso de algunos ancianos de este estudio. A pesar de la existencia de recursos y programas para ellos, no se puede negar que son insuficientes para llevar una vida digna, la cual se limita aun más por la escasez de oportunidades de este grupo poblacional para acceder al trabajo.

Estas personas manifiestan que solo son visibles ante los políticos y en general ante el Estado, cuando se necesitan sus votos en las elecciones y cuando se requiere mostrar cifras sobre inversión social, en donde son incluidos como un número más de las estadísticas.

Respecto de los imaginarios y estereotipos existentes sobre la condición de vejez y de discapacidad, Debert[526] afirma que estos son construidos en aquella cultura en la que la senectud es tratada como decadencia física y ausencia de papeles sociales, donde esta edad es considerada como un proceso continuo de dependencia y pérdida de roles y de productividad. Así, la persona anciana deja de ser la proveedora y pasa a ser receptora de ayudas que le son otorgadas por su condición de vejez.

De la misma manera, como se mencionó en el segundo capítulo, la situación de discapacidad es construida culturalmente y es percibida como una circunstancia negativa cargada de estereotipos que conlleva, al igual que la vejez, dependencia y pérdidas.

[526] DEBERT, Guita Grin. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. Op. cit., p. 66.

4.4 ACOMODÁNDOSE AL MUNDO MODERNO: DEL RADIO TRANSISTOR AL TELÉFONO CELULAR

Dentro del contexto ambiental, el uso de la tecnología por parte de los colaboradores de este estudio se constituye en un factor que puede facilitar o actuar como una barrera para el cuidado de la salud. Vivir en la era de la tecnología es una circunstancia que hace que las personas ancianas en situación de discapacidad se sientan viviendo en un "valle de lágrimas", al cual se deben adaptar, ya sea tratando de comprender y emplear algunas de las nuevas tecnologías o rechazándolas definitivamente. De ahí que los avances tecnológicos generen tensiones y barreras en los colaboradores, ya que no todos pueden obtenerlos o manejarlos. A pesar de ello, algunos tipos de tecnología son facilitadores para desarrollar parte de la cotidianidad de sus vidas y para el cuidado de la salud.

A mi mamá me toca dejarle el almuercito servido y que venga una vecina a calentárselo a medio día, porque me da miedo que mi viejita deje abierta la llave del gas y le pase algo. (Luisa, hija de Carmen Rosa)

Las ayudas tecnológicas y otros implementos que para algunos pueden ser los más comunes y normales en el diario discurrir, como la estufa, la nevera, el radio, la televisión y el teléfono, hacen parte de la existencia de los ancianos desde hace relativamente poco tiempo y frente a ellos existen diferentes usos y reacciones.

La tecnología es entendida aquí como una forma de utilización de los avances científicos y técnicos en las actividades de la vida, herramientas tales como la estufa, la nevera, la radio, la televisión, el teléfono y la computadora. Los adultos mayores denominan *la civilización* a los elementos novedosos que les permiten realizar tareas de manera eficiente, acceder a espacios nuevos y mantenerse relacionados con el mundo exterior.

En este patrón se describirá en dos categorías el papel de la tecnología para los colaboradores de este estudio. En la primera categoría, *El radio y la nevera me facilitan la vida*, se observan dos formas de acercamiento a la tecnología; en primer lugar, ellos refieren una acomodación a ciertos tipos de tecnología que son fáciles de aceptar, frente a los cuales no perciben ningún riesgo para sí mismos y que les ofrecen ventajas, como la nevera, el teléfono, la radio y la televisión. La segunda categoría*, A veces la tecnología no ayuda, me da miedo y no sé cómo usarla*, muestra cómo existen tipos de tecnología o herramientas frente a las cuales las personas ancianas ofrecen resistencia, ya sea por temor o porque no se

adaptan al entorno, como en el caso de la estufa de gas por el riesgo que perciben en su uso, y el de la silla de ruedas, el bastón o el caminador ya que no se adaptan a su entorno y pueden potenciar los riesgos.

4.4.1 El radio y la nevera me facilitan la vida. El radio y la nevera constituyen los elementos tecnológicos existentes en el contexto ambiental que son aceptados y utilizados en mayor medida por los colaboradores del estudio.

Siempre me acompaño con el radio porque ahí se oye aunque sean mentiras; escucho La cariñosa, esa es la que nos gusta oír por lo que dan las noticias y se sabe que hay muertos, heridos, lo que sucedió en el día; entonces uno se pone a poner cuidado a todo eso… (Emma)

Algunos de los ancianos de este estudio por sus escasos recursos no han tenido la oportunidad de acceder a las herramientas comunes de la actualidad, como por ejemplo la nevera para la conservación de los alimentos. En muchas de sus casas se puede observar el uso de baldes o sal para la conservación de carnes o alimentos perecederos. Esta práctica hace parte de sus costumbres y se ha mantenido por la imposibilidad de cambiar esa situación. Sin embargo, quienes tienen nevera la valoran, la aceptan y la adoptan como una herramienta útil.

De la misma manera, este grupo de colaboradores ha estado en mayor contacto con la radio y la televisión, las cuales se han convertido en un medio de entretenimiento y de relación con la realidad exterior, a la que la mayoría de ellos no pueden acceder por sus propios medios ya que permanecen solos en sus casas (Figura 16). En coherencia con lo descrito por la CIF[527], los factores ambientales como la tecnología –que para este caso corresponde a la radio, la televisión, la nevera y la estufa de gas– pueden ser facilitadores o barreras para el cuidado de la salud.

Nosotros arreglábamos la carne con salecita y la guardábamos en baldes colgados del techo pa´ que no se dañara. Pero ahora que la hija consiguió la neverita la cosa es más fácil, solo abrir y cerrar la puerta… (risas) (Emma)

[527] OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF 2001. Op. cit., p. 9.

Figura 16. El televisor como elemento de conexión con el mundo y facilitador dentro del contexto ambiental

Tomado de: Archivo proyecto "comprendiendo el cuidado de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza". 2007

4.4.2 A veces la tecnología no ayuda, me da miedo y no sé cómo usarla. La tecnología a la cual hace referencia esta categoría está relacionada con algunos electrodomésticos como la estufa de gas, las sillas de ruedas, los caminadores y otros implementos que no se adaptan al contexto ambiental físico de los colaboradores.

Por aquí en el rincón de la pieza está la silla de ruedas que me dieron en el Seguro Social. Yo no sé cómo moverme con ese aparato; por eso sólo la uso cuando vienen los hijos a ayudarme. Ahí es más fácil sentarme para que me bañen, porque si salgo con ella, me voy rodando por esa loma y me termino de fregar los huesos y eso me da miedo. (Zenón)

La tecnología dirigida a promover la movilidad e independencia de los ancianos, como los caminadores, las sillas de ruedas, las muletas y aun el bastón, no son fácilmente aceptadas debido principalmente a dos aspectos. De una parte, estas personas no han sido capacitadas para el uso de tales ayudas y, por lo tanto, se han acomodado al uso de esas herramientas con la comprensión que tienen o les han dado su rechazo definitivo. De otra parte, algunas ayudas técnicas no se adaptan al contexto ambiental físico; por ello, se les convierten en un motivo más de preocupación y frustración al no poder utilizarlas.

Muchos adultos mayores optan por perpetuar la costumbre, por ejemplo, de cocinar con leña, debido al miedo que les produce el uso del gas doméstico. Otra justificación para continuar con esa práctica es afirmar que así las comidas tienen mejor sabor. Finalmente argumentan que los costos generados por el servicio de gas doméstico son muy elevados con respecto a sus ingresos y que, por lo tanto, no los pueden asumir.

A mí me toca darle al sobrino la tarjeta para retirar los centavos que me llegan de ayuda del COL porque como eso de cajero y yo no sé cómo retirar la plata con esa tarjeta… (Graciela)

De otra parte, se puede analizar la relación de las tecnologías de la comunicación y la información –TIC–, las cuales hacen referencia al conjunto de avances tecnológicos que proporcionan la informática, las telecomunicaciones y las tecnologías audiovisuales, las cuales comprenden los desarrollos relacionados con los ordenadores, la internet, la telefonía, las aplicaciones multimedia y la realidad virtual. Estas tecnologías básicamente proporcionan información, herramientas para su proceso y canales de comunicación[528]. Al respecto, los colaboradores están sufriendo las consecuencias de lo que se ha denominado la "brecha digital"[529]. Esta realidad podría traer serios problemas al no saber y no poder acceder a la información, lo cual los colocará en serias desventajas frente al resto de la gente.

Estas barreras se reflejan claramente en su relación con los servicios de salud y bienestar. Estos implementan las TIC para facilitar el acceso y la gestión, como por ejemplo los cajeros automáticos y las citas por teléfono o correo electrónico, todo lo cual, en cambio de ampliar, puede limitar el acceso y llevar al aislamiento de las personas que por sí mismas no pueden realizar estas tareas. Es así como la suma de circunstancias de discapacidad, pobreza y vejez, hará que se produzca la multiplicación de los efectos adversos de la tecnología.

Aunque los sistemas de salud actuales han implementado estrategias para el acceso y uso de la tecnología por parte de grupos como las personas con discapacidad y los adultos mayores, esta tecnología no ha sido convenientemente evaluada con respecto a las condiciones en que va a ser utilizada. Es necesario, entonces, implementar estrategias para la adaptación de las ayudas a los

[528] ALCANTUD, Francisco. y SOTOS, Carlos. Discapacidad, envejecimiento y dependencia: el papel de las tecnologías [en línea]. Universidad de Valencia. 2007. 158 p. Disponible en Internet: http://acceso.uv.es/massde/Documentacion/Alcantud/LIBRO_V_2.pdf

[529] Ibíd.

espacios y necesidades de los ancianos discapacitados en situación de pobreza. Los esfuerzos en este sentido se reconocen como tecnologías apropiadas y permitirán que la tecnología se convierta en un facilitador para la vida de este grupo de personas.

4.5 LA FAMILIA: ENTRE LA OBLIGACIÓN, EL AMOR Y LA RETRIBUCIÓN

Para comprender este patrón se generaron tres categorías: La primera, *Yo cuento con el apoyo de mi familia, ellos ponen la cara por mí*, muestra cómo en el núcleo familiar del grupo de colaboradores de esta investigación se establecen relaciones y redes de apoyo que se construyen para cuidar a la persona anciana con discapacidad. Se puede afirmar que la familia juega un papel muy importante, casi protagónico, para ayudar a sobrevivir a estos adultos mayores en un contexto cargado de dificultades; la familia es el único apoyo auténtico con que cuentan para sobrevivir en un "valle de lágrimas".

La segunda categoría, *Yo cuidé los hijos, ahora ellos no me descuidan*, hace referencia a la retribución que esperan recibir los padres de sus hijos por todos los esfuerzos que han realizado por ellos durante su vida.

La tercera categoría, *Mi familia me quiere y me respeta, pero… uno no deja de sentirse un estorbo*, pone en evidencia que en el núcleo familiar no dejan de existir conflictos entre sus miembros y las personas ancianas pues, derivadas de ese apoyo y cuidado, se presentan situaciones problemáticas de tipo emocional y económico que generan tensiones, así como sentimientos encontrados del anciano por su situación, porque en ciertos momentos se siente querido y respetado, pero en otros momentos se siente como un estorbo.

Eugenia, mi hija, se vino para Bogotá con el esposo y tres hijos; nosotros nos quedamos con el hijo Miguel en la finca. Cuando el hijo mayor consiguió cómo traernos, yo le dije a mi marido que cómo los íbamos a dejar solos, ¿qué hacen ellos si se enferman el uno o el otro?, ¿quién les hace un favor si no conocen a nadie? …entonces así fue para venirnos. (Eucaris)

4.5.1 Yo cuento con el apoyo de mi familia, ellos ponen la cara por mí. Poner la cara por otra persona expresa sentimientos de amor, consideración y respaldo. Los ancianos discapacitados sienten la preocupación de sus parientes por cuidarlos cuando la familia se hace responsable de ellos, los hace visibles frente a

las instituciones, es mediadora entre ellos y la sociedad, y asume el rol de cuidadora.

Mi hija María Luisa es la que nos lleva al médico; en últimas, los hijos son los que ponen la cara por uno. (Emma)

Las familias de los ancianos que nos colaboraron están conformadas, en la mayor parte de los casos, por el esposo o esposa, los hijos, los nietos y las nueras. Es común que todos habiten en la misma casa. Cuando no es así, en su mayoría se ubican muy cerca los unos de los otros. Al parecer, esa ubicación geográfica que rodea a la casa materna obedece a una tradición o al deseo mutuo de ayudarse y apoyarse para asumir y enfrentar la adversidad.

La familia es la principal red de apoyo con la que cuentan las personas ancianas para proveer soporte y cuidados en casa, lo mismo que es el puente que posibilita en algunos aspectos el contacto con los servicios de salud y los gubernamentales. La familia es la encargada de hacer visible al anciano ante la sociedad; debe movilizarse para solicitar ayudas, pedir citas y reclamar por sus derechos cuando es necesario.

La condición de adversidad de los ancianos en situación de discapacidad hace que busquen apoyo y refugio en la familia por ser lo más cercano con que cuentan y por los valores de ayuda y retribución que este grupo cultural ha construido.

Así mismo, la familia constituye el eje central en el cuidado y las decisiones de cuidado que las personas ancianas realizan. La familia, por estar cercana física y emocionalmente, es la primera figura que se consulta en la trayectoria de cuidado. De hecho, existen creencias, valores, prácticas y herencias que se comparten con la familia en el cuidado de la salud. De ahí que los ancianos tengan un patrón de búsqueda de cuidado en y con la familia. Tal como se mostrará en el siguiente capitulo, la familia se constituye en una influencia poderosa en la toma de decisiones para el cuidado[530],[531].

---

[530] ROBLES, Leticia. La red social del anciano durante la enfermedad: Un acercamiento cualitativo. Ponencia presentada en el simposio de viejos y viejas participación, ciudadanía e inclusión social. Congreso internacional de Americanistas. (51: 14 al 18 julio, 2003: Santiago de Chile). Disponible en Internet: http;/www.eclac.org/celade/noticias/paginas/9/12939/EPS9 robles leticoa2.pdf.

[531] KLEINMAN, Arthur. Patients and healers in the context of culture an exploration of the Borderland between Anthroplogy, Medicine, and psychiatry. 1980. Op. cit., p. 179.

4.5.2 Yo cuidé los hijos, ahora ellos no me descuidan. La retribución significa, para el grupo de colaboradores, esperar que los esfuerzos realizados por los padres hacia los hijos sean recompensados en el futuro. Esta categoría muestra cómo este grupo expresa y reclama dicha retribución. Para las familias de los ancianos discapacitados, el cuidado que brindan a su familiar hace parte de tal retribución. Esta forma de comprender la retribución tiene sus orígenes en la tradición católica que en este grupo de colaboradores está muy arraigada.

A mí me tocó trabajar y sostener a mis hijos… aguanté todo ese tiempo y hoy día estamos juntos. Posiblemente por ese porte que yo tuve con ellos, ellos no me descuidan en ningún momento, viven pendientes de mí porque yo me sacrifiqué mucho pa´ levantarlos ¡y sin la mamá! (Francisco)

El cuidado a los padres en la vejez hace parte de la herencia cultural de este grupo. En sus narrativas es frecuente escuchar que ellos cuidaron a sus padres, a sus abuelos, y que, por tanto, sus hijos los deben cuidar en este momento de su vida. De aquí que, para las personas ancianas, el cuidado de los hijos hacia los padres es una forma de retribución generacional que todo hijo debe cumplir. De igual manera, es frecuente en los diálogos la reclamación y exigencia de la persona anciana a sus hijos: ellos dedicaron su vida a trabajar y a ser responsables para sacarlos adelante, y esto les otorga el derecho a ser tratados con dignidad, respeto, y a ser cuidados.

Es evidente que para este grupo de ancianos el apoyo y cuidado que reciben está relacionado con dos aspectos: de una parte, con la responsabilidad filial de los hijos para con los padres y, de otra, con la retribución como forma de devolución que hace la familia por toda una vida de esfuerzos y sacrificios.

En relación con la responsabilidad filial, en este grupo se observa que los deberes filiales son parte de la comprensión cultural que tienen de las obligaciones de los hijos para con los padres, particularmente en la vejez y en la enfermedad. La relación de consanguinidad es, por tanto, el lazo familiar que determina que se tiene la obligación.

Esta obligación o responsabilidad filial ha sido explorada en estudios como el de Hammon y Blieszner[532] con familias en Pensilvania, en donde se encontró que en

[532] HAMON, R. and BLIESZNER, R. Filial Responsibility Expectations among Adult Child- Olders Parent Pairs. In: Journal of Gerontology. 1990. Vol. 45, no. 3, p. 110 -112.

las normas de la sociedad contemporánea norteamericana aún se mantiene la responsabilidad filial de los hijos para con los padres. Los autores se refieren a que la responsabilidad filial incluye el apoyo emocional y el apoyo instrumental referido a la asistencia económica, recibir a los padres en sus hogares, brindar cuidados en la enfermedad y en ocasiones sacrificar su libertad personal para atenderlos. Otros autores como Robles[533], quien desarrolló un estudio con ancianos mexicanos, sostienen que la obligación filial es la norma cultural por la cual se define no sólo que la familia es la responsable del cuidado a los ancianos, sino que también la familia tiene la obligación de asumir esa responsabilidad. Sin embargo, si la relación filial se ve afectada por acciones del pasado o por relaciones conflictivas, hay una resistencia de los hijos y otros miembros de la familia a cuidar y a acompañar a la persona anciana.

Para este estudio, la responsabilidad filial es asumida por diversos miembros de la familia, como hijos, nietos, nueras y sobrinas, entre otros. Lo que se puede explicar tal vez porque se comparte la vivienda o porque la ubicación geográfica de la familia está muy cerca de la vivienda del anciano.

La retribución generacional que reclaman los ancianos del estudio a sus hijos, se encuentra relacionada con la trayectoria de lucha, esfuerzo y sufrimiento que ellos llevaron durante su vida para ayudarlos a crecer y apoyarlos junto con sus familias. De esta manera, durante su vejez mantienen la expectativa de contar al menos con uno de sus hijos para apoyarlos en su cuidado. De cierta manera, esa retribución exigida a sus hijos y a sus familias es algo así como *una devolución* de todo lo que ellos les brindaron durante su juventud.

El cuidar y apoyar a los adultos mayores se hace extensivo a todos los miembros de la familia en diferentes proporciones, es decir, los hijos generalmente cuidan y apoyan económicamente, y los nietos también ayudan pero el cuidado es recíproco: el nieto cuida al anciano apoyándolo en los desplazamientos dentro de la casa, le alcanza las medicinas, le colabora en acercar las cosas, y la persona anciana, por su parte, está pendiente de los nietos si están en la casa o cerca de ella, y ayudan también a cocinar los alimentos y a mantener el orden mientras los hijos no están.

El asumir roles en la familia y ejecutar algunas tareas dentro del hogar hace pensar que, aun a pesar de su situación de discapacidad, entre los ancianos y sus

[533] ROBLES, Leticia. El cuidado de los ancianos la feminización de la obligación filial. En: Miradas sobre la vejez. México: editorial plaz y Valdés. 2006.

familias se dimensiona la reciprocidad, que en este caso es una forma de intercambio entre los parientes que proveen el cuidado y las personas ancianaslas personas ancianas que deben aportar de alguna manera.

Dentro de la familia de este grupo de ancianos, el rol de cuidador generalmente es asumido por las hijas mujeres o por las nueras. En general, tanto los ancianos hombres como las mujeres reconocen que el mayor soporte lo tienen en las hijas mujeres, además de que tradicionalmente las mujeres son las que han asumido el cuidado de los enfermos, los niños y los ancianos dentro de la familia[534]. A pesar de las dinámicas actuales con respecto a los roles de la mujer en la sociedad como trabajadora y en algunos casos como cabeza de familia, se sigue manteniendo a cargo de ella el cuidado de los ancianos. Este grupo de colaboradores expresa que las mujeres deben estar en casa, cuidando y criando a la familia, mientras que el hombre es el proveedor, quien sale a la calle a trabajar.

Para las personas que participaron en este estudio, las mujeres de la familia son más cercanas y colaboradoras aunque conformen sus propios hogares; ellas están pendientes y apoyan a los padres. No sucede lo mismo con los hijos hombres, quienes, a juicio de los ancianos, son los que se van del hogar a conformar otro grupo familiar y se hacen cargo de su nueva familia. Por esta razón, las personas ancianas perciben que son abandonadas por ellos. Ellas resaltan cualidades como la delicadeza, la paciencia, el esmero y la dedicación de las mujeres que los cuidan.

De la misma manera, las mujeres ancianas refieren sentimientos de vergüenza e invasión a la intimidad si es un hombre el encargado de apoyarlas en actividades que tienen que ver con la manipulación y exposición del cuerpo y sus partes íntimas. Se observa en este grupo que las ideas que poseen sobre el cuerpo se encuentran muy arraigadas por los valores cristianos sobre el pudor de las mujeres frente a la exposición de sus partes íntimas. No es así para el grupo de ancianos hombres, quienes no tienen ninguna dificultad para recibir los mismos cuidados por parte de cuidadoras mujeres.

La responsabilidad del cuidado de los ancianos en situación de discapacidad de este estudio es asumida en la mayoría de las ocasiones por familiares de género femenino, especialmente hijas o nueras. De cierta manera, esta responsabilidad es delegada en las mujeres por la asunción cultural que se tiene de que el rol del cuidado es una tarea femenina. Esta feminización del cuidado coincide con los

[534] COLLIERE, Francoise Marie. Promover la vida. Madrid: Interamericana, 1993. p. 264.

planteamientos de autores como Colliere[535], quien al referirse a la historia del cuidado señala que el rol de cuidadora ha sido asumido a través de la historia por las mujeres, quienes debido a la maternidad adquirieron un comportamiento diferente al de los hombres. Este cuidado se expresa en su capacidad para criar a los hijos, nutrirlos y protegerlos.

Cuidar ha sido, por lo tanto, asociado a lo femenino y, en el caso de este estudio, el género femenino es una condición que tradicionalmente se asocia con brindar el cuidado a los enfermos. De la misma manera, las mujeres son las encargadas de brindar el cuidado por las características que este servicio demanda –paciencia, delicadeza, intimidad – y por las tareas que requiere: preparar los alimentos, asistir durante el baño, organizar la ropa que el anciano va a usar. Estas corresponden con labores consideradas como extremadamente femeninas. La tarea del cuidado, tal como lo expresan Bermúdez y Garcés[536], se sigue confiriendo tradicionalmente a las mujeres como una extensión de sus funciones domésticas.

4.5.3 Mi familia me quiere y me respeta, pero… uno no deja de sentirse un estorbo. Esta categoría representa la parte difícil de la relación del anciano con la familia. En las relaciones familiares se presentan múltiples dificultades, tensiones e inconformidades relacionadas con el cuidado, que aumentan los sentimientos de inutilidad y tristeza de los ancianos, así como de los familiares.

A mí me preocupa mucho la salud de todos... porque yo no voy a permitir ver a mis hijos cómo estoy yo estando así sin solución, porque estando así, a pesar de que lo traten bien uno es un estorbo. (Eucaris)

A pesar de su situación de vejez y discapacidad, los participantes de este estudio continúan asumiendo algunos roles y funciones que en el interior de la familia se consideran importantes, tales como ayudar en la preparación de los alimentos y el cuidado de los nietos. De la misma manera, ejercen algún tipo de autoridad sobre los nietos.

La persona anciana ya no es la máxima autoridad en el hogar; ese rol es asumido por las hijas mujeres en la mayoría de oportunidades. Sin embargo, sigue siendo tratada con respeto y consideración. De igual forma, su grado de dependencia influye y determina la posibilidad de asumir algunas tareas en el interior del grupo.

---

[535] Ibid.

[536] BERMÚDEZ, A. y GARCÉS, N. Concepto de cuidadores de adultos mayores en situación de discapacidad: el punto de partida. En: Revista Ocupación Humana. 2005, vol. 11, no. 1, 2. p. 29-36.

A pesar de que el anciano reconoce el apoyo y la ayuda que recibe por parte de sus parientes, también reconoce que, dada su situación de vejez y discapacidad, se genera una serie de tensiones debido a su nivel de dependencia, el cual requiere acompañamiento y apoyo por parte de un miembro de la familia. Este pariente debe asumir el rol de cuidador muchas veces sin su consentimiento, renunciando por ello a ciertas posibilidades de su desarrollo personal como trabajar, estudiar y ser productivo económicamente. Sumado a los aspectos económicos, el cuidador debe enfrentar la carga emocional de asumir el cuidado de una persona anciana que en ocasiones se torna demandante, hostil y renuente a aceptar el cuidado.

Los ancianos del estudio no se sienten abandonados por su familia. Por el contrario, refieren que se sienten queridos y respetados. Esto se expresa en la preocupación permanente de los hijos por su salud y en el cuidado que les brindan, como bañarlos, vestirlos, prepararles los alimentos y apoyarlos económicamente. Sin embargo, dada la situación de vejez y discapacidad, los ancianos se perciben como una carga para la familia por los costos derivados de su atención, los cuales no pueden asumir en su totalidad. Ellos sienten que en esta etapa de su vida y por su situación de discapacidad se convierten en un *estorbo* para su familia, pues han perdido un valor fundamental para ellos: la posibilidad de trabajar y ser independientes económicamente. García[537] afirma que en las familias con integrantes en situación de discapacidad recae diversidad de cargas, ante las cuales se debe brindar apoyo generando todo tipo de redes sociales.

Para los colaboradores la familia es protagonista en el apoyo y el cuidado que ellos reciben. Reconocen a sus hijas, nietas y nueras como cuidadoras principales y a otros miembros del grupo –sobrinos, ahijados y cónyuges– como grandes apoyos para su cuidado. Igualmente, reconocen que su situación de vejez, discapacidad y pobreza genera un sinnúmero de tensiones en el interior del núcleo familiar relacionadas con quién asume el cuidado y con los gastos que se derivan de él, los cuales han sido descritos por autores como Hernández y Hernández[538] como costos directos e indirectos asociados a la discapacidad. En relación con los costos directos, se tienen en cuenta los gastos referentes al cuidado médico y la

---

[537] GARCIA, Javier et al. La contribución de la antroplogia médica al estudio comparativo de la cultura en salud: el caso del sistema frio / calor en los pacientes con afecciones respiratorias. Op. cit., p. 57.

[538] HERNÁNDEZ J., Janeth y HERNÁNDEZ U., Ivan. Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia [en línea]. En: Revista de Salud Pública. Bogotá. 2005; vol. 7, no. 2, p. 130 - 144. Disponible en Internet: http://latinamerica.dpi.org/documents/CostosdeDiscapacidadenColombia.pdf

asistencia en salud que requieren los discapacitados. En el terreno de los costos indirectos se encuentran los derivados de la pérdida de ganancias por la situación de discapacidad; en el caso de los ancianos de este estudio, los costos indirectos estarían dados por los gastos y tensiones generadas por la asunción del cuidado por un pariente, lo cual implica dejar de recibir los ingresos que éste puede proveer a la familia y las repercusiones en el nivel de sobrecarga física y emocional derivados del cuidado.

Esta situación de recibir apoyo y cuidado –que es interpretado por los ancianos de este estudio como manifestación de amor, consideración y respeto por parte de su familia– pero a la vez reconocer el sinnúmero de dificultades que genera su condición de vejez, discapacidad y pobreza, genera una tensión al sentir que son amados pero a la vez son un estorbo.

4.6 A DIOS ROGANDO Y LA VIDA ENFRENTANDO

En este patrón se presentan dos categorías: *Toca llevar las cosas con fe* y *Que sea la voluntad de Dios*, que hacen evidente la manera en que la religión se constituye en uno de los factores del contexto ambiental que influyen en el cuidado que realizan las personas ancianas en situación de discapacidad. En este estudio, la religión ejerce una influencia en sentido positivo porque provee de fortaleza y valor, y proporciona elementos para que ellas luchen y enfrenten su situación. Tal como lo enuncia Vásquez[539], la religión se convierte en el capital simbólico que se sustenta en la fe y que los ancianos manifiestan como un principio de transformación personal que los fortalece y les ayuda a tener valor y resignación para resistir los avatares que han de soportar en este tramo de sus vidas.

La religión y los elementos relacionados con ella son considerados en la CIF[540] como factores que potencian e influyen la salud o las situaciones de salud. La categoría *Con la ayuda de Dios, la familia y los vecinos, salimos adelante* muestra cómo, para los colaboradores, el hecho de tener fe en Dios y buscar su apoyo les provee de la energía para fortalecer sus relaciones familiares y establecer redes y mecanismos de apoyo con otras personas, como los amigos y los vecinos, con el fin de salir adelante. La religión se convierte en la tabla de salvación que les permite a los ancianos discapacitados sobrellevar la existencia en un “valle de lágrimas”.

---

[539] VÁSQUEZ, Felipe. La espiritualidad como estilo de vida y bienestar en el último tramo de la vida. En: Revista Estudios demográficos y Urbanos. México, 2001. No. 048, p. 615-634.

[540] Ibíd.

Ahora me toca resignarme y rogarle a Dios para que ayude a mis hijos; cuando he podido los he ayudado los sábados haciendo buñuelos y los domingos haciendo empanadas para vender. (Eucaris)

4.6.1 Toca llevar las cosas con fe y que sea la voluntad de Dios. Para los colaboradores de este estudio, la fe en Dios se convierte en un recurso útil para satisfacer aquellas necesidades que, por su situación de vejez, discapacidad y pobreza, no pueden suplir. En este momento de sus vidas, la fe les ayuda a afrontar dificultades como la pérdida de la salud, los problemas económicos y familiares, entre otros. Dios, como ser supremo que orienta y decide sobre la existencia, les ayuda a asumir con paciencia y resignación las dificultades y les da fuerza y fortaleza para seguir luchando.

La mayoría de ancianos discapacitados que participaron en este estudio pertenecen a la religión católica, realizan algunas prácticas y ritos propios de esa religión, y mantienen en sus casas imágenes alusivas a los santos de su devoción (figura 17). Aquellos ritos que requieren ir a la iglesia no los pueden realizar, ya que en su situación les resulta difícil desplazarse.

Figura 17. Imágenes religiosas en la cotidianidad de las personas ancianas en situación de discapacidad

Tomado de: Archivo proyecto “comprendiendo el cuidado de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza”. 2007

Uno no debe afanarse porque uno, si se pone a afanarse y a pensar cosas que no puede manejar, se pone de color marrón; hay que tener fe, toca llevar las cosas hasta cuando Dios diga hasta aquí fue. (Francisco)

Este grupo de personas cree en un ser supremo que les da fuerza y esperanza. Por tradición y herencia cultural, se han refugiado en la religión católica, en Dios, en la Virgen y en los santos para soportar y enfrentar la vida de trabajo y lucha. Esa creencia se constituye en elemento fundamental de la fortaleza y el estado de ánimo de estos ancianos. De otro lado, en la fe católica el valor de la resignación ejerce una poderosa influencia que permite aceptar hasta los más duros momentos y dejar todo en manos de Dios.

Para los ancianos de este estudio, la experiencia religiosa se constituye en un elemento que aporta a sus vidas y a su subsistencia. Por otra parte, pareciera que la dimensión religiosa emerge en las personas en la ancianidad. Esta afirmación está en coherencia con Vásquez[541], quien a partir de su estudio etnográfico con ancianos en Veracruz, México, sostiene que la religiosidad se incrementa con la edad, en relación directa con la pérdida de la salud, de los seres queridos y de los bienes materiales.

Los ancianos reconocen que en el último tramo de sus vidas han perdido la salud –en decir de ellos, “lo han perdido todo”–; por tanto, la religión les provee la fuerza interior para no decaer y mantener la vida. De igual manera, la religión se constituye en un bálsamo y en guía espiritual como experiencia trascendental, transformadora, que ayuda a soportar y a mitigar las problemáticas que surgen con el paso de los años, como son la enfermedad y la muerte[542].

Desde otro punto de vista, la religión se constituye en un elemento que les permite permanecer en contacto frecuente con su grupo cultural y familiar al mantener costumbres, creencias y prácticas propias de su generación y que son el enlace con nuevas generaciones. Las procesiones de la Virgen, las oraciones y las significaciones que se dan a las imágenes de los santos, entre otras, se constituyen en formas de asegurar la sobrevivencia de su grupo cultural.

---

[541] Ibíd.

[542] Ibíd.

Las experiencias religiosas han sido clasificadas en intrínsecas y extrínsecas. La religiosidad intrínseca incluye un compromiso de vida y una relación personal con Dios; en ese campo se ubican las actitudes, las creencias, la oración personal y la lectura de libros sagrados. La religiosidad extrínseca incluye las actividades religiosas de grupo y los rituales[543]. En este grupo de colaboradores, dada su situación de discapacidad y la imposibilidad de salir de sus casas por sus propios medios, predomina la experiencia religiosa intrínseca. Así mantienen sus creencias, sus preceptos religiosos, y se refugian en la oración como una forma de encontrar consuelo y seguridad.

Para los ancianos de este estudio, la religión es el soporte que les permite tener resignación frente a lo que, como ellos mismos dicen, *no pueden cambiar*. Además, ese mismo soporte les da fuerza para enfrentar la adversidad en que se encuentran y les motiva a luchar para sobrevivir. A este respecto, Vásquez[544] afirma que la fe en Dios es una fuente de ayuda para los ancianos que sufren alguna enfermedad, porque son capaces de trascender sus sufrimientos temporales ya que las creencias religiosas les proveen la esperanza de una vida futura sin sufrimiento.

La religiosidad se constituye así en un elemento resiliente que atraviesa todas las acciones de los ancianos en situación de discapacidad para enfrentar la adversidad[545] . En esta forma, se puede afirmar que la religiosidad juega un papel profundo en las vidas y en la salud de las personas de este estudio y que las prácticas religiosas como rezar en casa, pagar misas a los santos y a sus difuntos, son un punto de apoyo importante para mantenerse bien espiritual y físicamente y para conservar la esperanza de que se puede salir adelante a pesar de las dificultades.

Los ancianos refieren permanentemente que no pueden cambiar su situación y la respuesta es la resignación. Sin embargo, se observa contradicción y ambivalencia entre resignarse y valerse de mecanismos que les permitan enfrentar y superar sus dificultades. Aunque afirman en sus discursos que *dejan todo en manos de Dios,* ellos están en una búsqueda permanente para salir adelante y conservan la actitud de enfrentar las dificultades, así sea la muerte. En

---

[543] OCAMPO, Jose et al. Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores. Cali Colombia 2001. En: Rev. Colombia Médica. Abril – junio, 2006. Vol. 37, no. 2, supl 1, p. 20.

[544] VASQUEZ PALACIOS, Felipe. Construcciones sociales de la vejez rural, /Urbana a partir de la experiencia religiosa. p. 183. En: Miradas sobrfe la vejez un enfoque antrológico. Colegio de la frontera Norte PyV editores 2006.

[545] CÁRDENAS y LÓPEZ. Op. cit., p. 71.

este sentido, mientras los ancianos expresan que se preparan y rezan para la muerte, a la vez se observa una negación a ella.

4.6.2 ¡Con la ayuda de Dios, la familia y los vecinos salimos adelante! A pesar de anteponer a Dios como la principal ayuda que les da soporte para afrontar las dificultades, los ancianos discapacitados reconocen en la familia, los amigos y los vecinos los soportes terrenales que constituyen las principales redes de apoyo de las cuales disponen.

Son pocas las personas que vienen a visitarlo a uno, pero de vez en cuando vienen del grupo de oración a colaborarme en lo que pueden; es que mi Dios le manda a unos sus ángeles para que lo protejan. (Graciela)

A partir de la religión se establecen redes de apoyo constituidas por personas adultas y ancianas con habilidades preservadas, quienes se organizan en grupos de oración, realizan actividades en la iglesia y en ocasiones visitan a los ancianos que no pueden salir de su casa por sus propios medios. Por su parte, los vecinos se constituyen en otro apoyo, puesto que realizan actividades como pedir citas médicas, asistir a reuniones, estar atentos a si el anciano está solo para apoyarlo en oficios tales como calentar los alimentos, suministrar los medicamentos y, en ocasiones, preparar remedios caseros y curaciones cuando es necesario.

Idler y Kals[546], en su estudio sobre la religión, la discapacidad, la depresión y el tiempo hacia la muerte, muestran que la participación pública en actividades religiosas de las personas mayores ejerce un efecto protector contra la discapacidad. De la misma forma, esta participación permite el mejoramiento en los niveles de habilidad funcional y en la capacidad de realizar actividades básicas de autocuidado. El mismo estudio mostró asociación entre la participación religiosa pública y el cambio en los síntomas depresivos en los hombres con discapacidades funcionales.

En el caso de los ancianos de esta investigación, no pueden salir de casa por sus propios medios requiriendo el apoyo de otras personas para desplazarse, lo cual dificulta su participación en actos religiosos públicos. Esta situación los aísla y les impide la posibilidad de interactuar con otros grupos sociales diferentes a sus familias. La religiosidad, para ellos, se vivencia en el ámbito de lo privado debido a

[546] IDLER, E. and KALS, S. Religion, disability, depression, and the timing of death. In: The American Journal of Sociology. 1992, vol. 97, no. 4, p. 1052-79.

su discapacidad. En este caso, la religiosidad se convierte en el soporte interno que les ayuda a sobrellevar la vida con resignación y a desarrollar fortaleza.

Es necesario considerar la importancia de incluir la religiosidad en las políticas y los programas de salud, como un elemento que beneficia la calidad de vida y la salud de los ancianos, y propiciar el acercamiento de las instituciones religiosas a los ancianos discapacitados que no pueden salir de sus casas o desarrollar estrategias para lograr su desplazamiento a actividades religiosas. Sería un estimulo positivo y de gran ayuda espiritual, física y psicológica para estas personas.

4.7 RECONOCIENDO LA INFLUENCIA DEL CONTEXTO AMBIENTAL EN EL CUIDADO DE LAS PERSONAS ANCIANAS

Como se mostró a través de los patrones y las categorías, el contexto ambiental está cargado de factores y circunstancias adversas que se relacionan e interactúan generando situaciones ante las cuales los colaboradores deben reaccionar. Así también se encuentran en ese contexto factores que actúan como facilitadores. Los ancianos en situación de discpacidad y pobreza de este estudio enfrentan con resignación y lucha ese contexto ambiental, aprovechando los factores que le favorecen y movilizando diferentes recursos para enfrentar los que actúan como barreras.

Como parte fundamental para la resignación y la lucha, se encuentran dos elementos que las atraviesan: la fuerte influencia de los valores y normas de la religión católica y algunos valores, creencias, significados y prácticas de la cultura de origen. En tal sentido, la resignación y la lucha, como respuestas al contexto ambiental permeadas por la cultura, se convierten en elementos transversales que subyacen en la trayectoria de cuidado popular y que determinarán los diferentes caminos por recorrer.

Como producto de esta interpretación, generé un esquema explicativo del contexto de las personas ancianas en situación de discapacidad que se presenta a continuación en la Figura 18.

La Figura 18 muestra cómo el contexto ambiental de los colaboradores de este estudio se conforma a partir de elementos que les son comunes. En la Figura se observa la fusión de dos círculos que representan el pasado y el presente de los colaboradores con elementos comunes que se encuentran interrelacionados entre

sí: el sufrimiento, la resignación y la lucha. Estos elementos permean un segundo círculo donde se muestra la interacción de los patrones culturales que caracterizan el contexto ambiental de estas personas. Así, los patrones culturales aquí representados corresponden a la pobreza que ha caracterizado a este grupo desde su niñez y que se asume como una predestinación transmitida de generación en generación. También se incluyen las dificultades para acceder a los servicios de salud que comprenden: las barreras geográficas, administrativas y de relación con los proveedores de los servicios de salud; el apoyo gubernamental valorado por los ancianos como insuficiente; los beneficios y dificultades derivados de la acomodación a la tecnología; el apoyo y las tensiones generadas en la relación con la familia, y la fe en Dios, motivadora de lucha y fortaleza para enfrentar las dificultades. En general, la figura 18 está conformada por círculos que expresan cómo los elementos allí representados se relacionan en una especie de cadena de sucesos que interactúan entre sí conformando un contexto ambiental percibido como un “valle de lágrimas” por los ancianos discapacitados, en el cual viven entre la resignación y la lucha.

Figura 18. Esquema explicativo del contexto ambiental de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza.

Como se mencionó en el segundo capítulo, el modelo del *Sol naciente*[547] fue una guía que orientó el análisis de datos. Sin embargo, no todos sus factores se consideraron con la misma profundidad, ya que los datos emergentes mostraron que algunos componentes del contexto ambiental fueron más dominantes en este grupo de personas, tales como los factores económicos y los aspectos familiares, gubernamentales, tecnológicos y religiosos. Por el contrario, los factores educativos no se revelan de igual manera en este grupo cultural. Igualmente, los datos emergentes sugirieron otros elementos de análisis que no son considerados en el modelo citado.

[547] LEININGER, Madeleine. Trancultural Nursing 2002 Op. cit., p. 71

En primer lugar, la pobreza en la que han permanecido durante toda la vida marca a este grupo de ancianos discapacitados, así como el hecho de que son personas de origen rural, también marcadas por la emigración de distintas partes de Colombia a manera de nómadas en busca del sustento diario. Llegaron a la capital esperando encontrar mejores opciones de vida, solos o con sus familias. Así mismo, hubo algunos de ellos que nacieron en la ciudad y han habitado los cerros desde entonces. La lucha también ha sido una constante en sus vidas, en primera instancia para conseguir el sustento de sus familias. Posteriormente, el frente de lucha se dio en la consecución de un terreno y un barrio en donde consolidar su hogar.

Un aspecto característico de este grupo es mantener un fuerte arraigo cultural como una manera de adaptarse a los ambientes desfavorables, tales como la situación de pobreza, la falta de oportunidades y una ciudad con normas y valores diferentes a los propios. Su herencia o arraigo cultural los ayudó a sobrellevar las dificultades que les ofrece el medio.

Las características del ambiente geográfico son adversas para los ancianos de este estudio: los barrios ubicados en laderas de los cerros orientales y las vías de acceso empinadas y tortuosas hacen difícil el desplazamiento fuera de la casa. Además, la posibilidad de acceso a los servicios de transporte público es limitada, ya que estos barrios se comportan como una microciudad, a la cual solo llegan una o dos rutas y los servicios de transporte alternativos son deficientes.

Así como el barrio fue construido a partir del esfuerzo físico, la organización comunitaria y la defensa legal entablada por los pobladores, en la misma forma fueron levantadas sus casas, adaptándose a la necesidad de cubrirse de la intemperie y lograr un espacio para todos, por lo cual no fue prioritaria la organización de un entorno y una vivienda que brindara opciones de comodidad a sus habitantes. Para estas personas, el entorno físico se convierte en una forma de prisión, a la cual se deben adaptar para movilizarse y realizar sus tareas básicas.

Por otra parte, la ubicación geográfica actúa como factor negativo para el cuidado de la salud ya que se restringen las posibilidades de desplazamiento dentro y fuera de los hogares. Como consecuencia, la persona anciana requiere de mayores recursos para desplazarse a los servicios de salud o acceder a actividades fuera de su entorno. Se incrementa así la necesidad de recursos económicos para cubrir los gastos adicionales que se requieren para movilizarse

fuera de la casa y pagar los costos del acompañante. Así mismo, se disminuyen las oportunidades de socialización e interacción, dadas las limitadas posibilidades de movilizarse para mantener relaciones con amigos, familiares e incluso hacer nuevas amistades o establecer redes de apoyo con otros pares, lo cual tiene consecuencias negativas en la salud mental.

A pesar de existir elementos comunes entre los ancianos discapacitados, vale la pena resaltar que estos barrios son diversos, pues se encuentran diferentes realidades que tienen que ver con las diversas oportunidades que los participantes del estudio han tenido. Esta diversidad de oportunidades se expresa en las diferencias en la estructura y ubicación de sus viviendas, en los electrodomésticos, en la tecnología que poseen y en la misma conformación familiar.

Surgen, entonces, como elementos clave las dificultades del contexto físico ambiental y las relacionadas con el contacto con los servicios de salud. Este último es un eje importante que afecta fuertemente el cuidado de los ancianos discapacitados. De esta manera, el viacrucis que enfrentan se inicia con las dificultades en el acceso a los servicios de salud. Para las personas ancianas, éstos se muestran demasiado complejos en sus dinámicas; en esto se hace evidente la falla en la prestación de servicios adaptada a estas personas. Aun cuando los ancianos atraviesan, entre otros, por muchas dificultades económicas y múltiples obstáculos geográficos para acceder a los servicios de salud, además se encuentran con barreras de tipo actitudinal por parte de los profesionales de salud que los atienden, los cuales evidencian sus preconcepciones sobre la vejez y, en muchas ocasiones, su falta de competencia cultural sobre esta población.

Dentro de los elementos del contexto ambiental de los ancianos discapacitados, se encuentra la familia, que actúa como posibilitadora del cuidado ya sea por obligación, retribución o amor. Adicionalmente, en el contexto ambiental se encuentra un elemento valioso que actúa en sentido positivo en el cuidado de los ancianos de este estudio: es la religión. Ella constituye una influencia positiva para la salud, los fortalece, los llena de vida, les permite enfrentarse a sus dificultades, les ayuda a mantener los deseos de actuar. De cierta manera, tal como lo reportan algunos estudios, la religiosidad opera como un factor que protege a las personas en condiciones de vejez y discapacidad.

Elementos como la apropiación de la tecnología en el cuidado del grupo de ancianos de este estudio, tienen un impacto positivo en la medida en que ellos hacen uso de la radio y la televisión para mantenerse conectados con el mundo exterior y para distraerse, lo cual reporta beneficios en su salud mental.

Otro panorama se experimenta con las tecnologías de la comunicación que han implementado últimamente los servicios de salud y bienestar. Posibilidades tales como el correo electrónico, el fax y los cajeros automáticos, entre otras que están siendo instaladas para mejorar los procesos de acceso a los servicios, entran en choque con las personas ancianas, pues ellas no tienen el conocimiento acerca de esa tecnología, lo cual las aleja del acceso fácil a los servicios que solicitan y, por tanto, incide en la salud y la provisión de los cuidados adecuados. Las tecnologías se constituyen en facilitadores para el cuidado de estas personas siempre y cuando se utilicen bien y sean aceptadas por ellas.

Estos hallazgos llevan a pensar que las migraciones, el arraigo y la historia cultural influyen en la forma como se cuidan ciertas situaciones de salud. Los conocimientos heredados se transmiten de generación en generación, los llevan los ancianos a donde quiera que vayan, enfrentando cambios, adaptaciones y aprendizajes de acuerdo con las condiciones de los lugares a donde se trasladan. En igual forma, se proporcionan a sí mismos cuidados diversos reconstruidos de su historia cultural y establecen relaciones diferentes con los servicios sociales, políticos y de salud.

En el contexto ambiental de los ancianos en situación de discapacidad de este estudio, convergen elementos adversos que modelan su cuidado. Sin embargo, a pesar de la adversidad de esos factores, se generan formas de reacción internas que les permiten mantenerse en pie y luchar por el cuidado de la vida en todos sus ámbitos.

Como consecuencia del contexto ambiental, se encuentra en estas personas una tensión constante entre resignación y lucha que se expresa en sus discursos, en los cuales se observa la resignación ante la adversidad en que les tocó vivir y al mismo tiempo encarnan la lucha por salir adelante, enfrentar y superar las dificultades.

Los resultados de esta investigación se suman a la literatura que afirma la importancia del contexto ambiental y su influencia en el cuidado. Leininger[548] afirma que el contexto tiene influencias potenciales sobre el cuidado. Es importante entender que el contexto está constituido por diversos factores que a su vez están relacionados con las creencias y los valores.

[548] LEININGER, Madeleine. Trancultural Nursing. 1995. Op. cit., p. 57-90.

Así mismo, Helman[549] afirma que la cultura no puede considerarse de manera aislada, pues ella hace parte del contexto ambiental y social. En este sentido, la cultura y el contexto se influyen mutuamente. Es importante aclarar que la cultura en la que el individuo nace o vive nunca es la única influencia, sino apenas una de las diversas influencias sobre las creencias y comportamientos relacionados con salud, los cuales además incluyen los factores individuales, los educativos e inclusive la educación en una subcultura religiosa étnica o profesional.

A partir de las consideraciones realizadas sobre el contexto ambiental, se evidencia la necesidad de que éste sea contemplado por las enfermeras para brindar cuidado, esto es, considerar a la persona desde la integralidad y de manera holística. En otras palabras, tener en cuenta todas las dimensiones del contexto ambiental en interacción con el cuidado. Para Leininger[550], identificar las dimensiones holísticas permite una mirada comprensiva que refleja la totalidad del conocimiento de las personas en su mundo de vida o cultura.

Concuerdo con los planteamientos de los autores que consideran el contexto ambiental un elemento fundamental en el cuidado, dado que ello tiene implicaciones en la práctica y el pensamiento de enfermería. Tal como lo afirman Kearney y Pryor[551]: pensar el cuidado en términos del contexto ambiental tiene el potencial de expandir el pensamiento y la práctica en enfermería con el fin de incrementar el conocimiento de las dimensiones sociales, políticas y culturales del estudio de la vejez y la discapacidad.

---

[549] HELMAN, Cecil. Op. cit. p. 14.

[550] LEININGER, Madeleine. Trancultural Nursing 2002. Op. cit., p. 71 – 79.

[551] KEARNEY, PM and PRYOR, J. The International Classification of Functioning. Disability and Health (ICF) and Nursing. In: Journal of Advanced Nursing, 2003. Vol 46, no.2, p. 162-70.

5. DESCUBRIENDO LOS CAMINOS DEL CUIDADO POPULAR DE LAS PERSONAS ANCIANAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD Y POBREZA

La casa de Carmen Rosa está ubicada donde finaliza el barrio, muy cerca de la montaña. El patio está después de la puerta de la calle. Al entrar a la casa me encuentro con ella y su hija Luisa. Luisa me cuenta que la semana anterior tuvo que llevar a su mamá al médico particular porque tenía una "lora" (úlcera) en la pierna derecha; estaba caliente, roja y olía mal. Además, Carmen Rosa estaba "malita", decaída, no comía ni quería levantarse. Luisa, viéndola así, decidió buscar ayuda en el sitio donde trabaja. La atendió un médico particular y no le cobró la consulta; además, le regalaron una crema muy costosa, según Luisa. Luisa me cuenta que le hace el tratamiento a su mamá y que los viernes viene una enfermera profesional a hacerle las curaciones.
Luego, Luisa entra a la habitación de Carmen Rosa y saca unos guantes quirúrgicos. Me cuenta –mientras se coloca los guantes– que hoy, martes, ella le va a hacer la curación. Le descubre la herida de la pierna, la limpia con una gasa y le aplica la crema. Posterior a esto, se dirige a la cocina y saca de la nevera unas hojas con las que le cubre la herida a Carmen Rosa. Cuando pregunté de qué planta eran las hojas y para qué servían, Carmen Rosa contesta y cuenta que son hojas de plátano; ella sabe que esas hojas le ayudan a secar; además, se lo recomendó una prima que tenia una "lora" parecida y le funcionó bien. Al terminar la curación, me dice, en tono bajo y en gesto de un secreto casi sagrado, "lo que hice es un remiendito para ayudar a curar la pierna de mi mamá, pero la enfermera no sabe eso porque le quito la hoja de plátano antes que llegue. "¡Ah, pero usted no vaya a contar nada, señorita!" (Diario de campo, marzo de 2008)

La situación anteriormente descrita causó en mí gran impacto por varias razones: por un lado, en mi trayectoria profesional no había podido tener contacto con ese inexplorado universo del cuidado popular y, mucho menos, notar la manera como mezclan lo popular con la educación que se imparte en ambientes institucionalizados. En el ritual que Luisa realizó con los guantes, la gasa y la aplicación de la crema tratando de mantener una técnica aséptica, pude identificar algunos elementos provenientes del cuidado profesional. De la misma manera, en el manejo que hacía de la situación, pude identificar la forma en que la hija de Carmen Rosa buscó ayuda teniendo en cuenta tanto la severidad de la situación, las experiencias pasadas en el manejo de circunstancias similares y el consejo y experiencia de otros familiares. Con el tiempo fui identificando en Carmen Rosa, su familia y los otros colaboradores, elementos intangibles que subyacen a este tipo de prácticas de cuidado.

Durante mi permanencia en el campo de investigación, observé un sinnúmero de acciones y prácticas comunes entre los colaboradores del estudio. Sin embargo, lo

que llamó mi atención fue que el asunto central no eran las prácticas, sino las cosas, lo que pensaban y la manera como buscaban resolver sus situaciones. Esto me llevó a intentar responder algunas preguntas: ¿Qué hacen, cómo lo hacen y por qué hacen lo que hacen estas personas ancianas en situaciones de discapacidad, pobreza y contextos difíciles?

En el anterior relato de esta colaboradora se identifican las diversas opciones y situaciones que posibilitan la generación de un camino para el cuidado de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza. Ellas buscan cuidar su salud a partir de su contexto ambiental, su cultura y sus necesidades; de esta manera, configuran un cuidado popular. Este tipo de cuidado se integra en una trayectoria intangible, pues no se limita a la realización de acciones instrumentales: ellas tienen de fondo una lógica en donde se hace visible la comprensión de la situación de salud, se identifica una serie de condiciones que permiten la toma de decisiones y, finalmente, se visibilizan los actores que intervienen en el cuidado y las prácticas heredadas culturalmente, las cuales son una mezcla de distintos saberes cambiantes y dinámicos.

Este capítulo se constituye en el eje sobre el cual se organiza el cuidado de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza. Aquí la interpretación ayuda a revelar los caminos que ellos siguen para su cuidado. De la misma manera, se articulan e identifican los elementos del contexto ambiental y su influencia en el cuidado de las personas.

En el tema *Descubriendo los caminos del cuidado popular de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza*, se revela la trayectoria del cuidado que ellas realizan para salir adelante y mantenerse vivas.

El cuidado popular, integrado a su trayectoria, evidencia los presupuestos sobre el cuidado cultural asumidos para esta investigación, los cuales fueron desarrollados en el segundo capítulo. El cuidado, desde la perspectiva humanística y cultural, se reconoce como un fenómeno universal entrañado en la cultura. La trayectoria de cuidado popular acuñada en este trabajo revela tanto lo tangible como lo intangible de dicho cuidado. Esta trayectoria revela, además, que el cuidado no se limita sólo a identificar una serie de actividades y tareas que se realizan aisladamente. El cuidado, desde esta visión, implica reconocer el contexto ambiental con sus factores y la cultura, que cumple el papel de dar forma a los diferentes procesos de la trayectoria de cuidado popular.

En la interpretación que realicé en este trabajo investigativo, la teoría me permitió identificar un concepto en el cual se pudieran organizar todos estos elementos

empíricos hallados sobre el cuidado en esas personas. Fue así como tomé prestado de MCCA[552] el término de *trayectoria de cuidado* para referirme al proceso que ellas siguen. Sin embargo, considero pertinente retomar la especificidad expuesta en el segundo capítulo, donde menciono trayectoria de cuidado popular como el proceso que siguen las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza para establecer su cuidado en respuesta a diversas situaciones, y posee tres componentes que se articulan secuencialmente entre sí: la comprensión de la situación actual, la toma de decisiones y la ejecución del cuidado.

El tema cultural *Descubriendo los caminos del cuidado popular de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza* está compuesto por tres patrones culturales. El primero, que lleva por nombre *Ahora de viejo pago las consecuencias de la vida que me tocó llevar,* se refiere a la comprensión de la situación actual y contiene cuatro categorías. El segundo corresponde a la toma de decisiones y se denomina *Tomar decisiones: un entramado de circunstancias;* contiene cuatro categorías. Y el tercero, que corresponde a los agentes y a las prácticas de cuidado, lleva por título *El vaivén entre lo popular y lo profesional* y contiene diez categorías (Anexo E).

Para ayudar a la comprensión de este capítulo, considero relevante retomar algunos aspectos centrales del contexto ambiental tratados en el capítulo anterior y que se constituyen en una fuerte influencia en el cuidado de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza, imprimiéndole singularidad a la trayectoria de cuidado popular.

El contexto ambiental comprende situaciones que facilitan el cuidado, tales como las relaciones con la familia, la religión y algunos elementos de la tecnología. Igualmente, se identifican ciertos factores que actúan como barreras en el cuidado, tales como los factores políticos y económicos, la relación con los servicios de salud, las características físico–geográficas y algunos aspectos de la tecnología y de las relaciones familiares.

[552] LÓPEZ, Alba Lucero. O cuidar no contexto da adversidade; a história oral de idosos em uma comunidade colombiana. Op. cit., p. 44.

5.1 AHORA DE VIEJO PAGO LAS CONSECUENCIAS DE LA VIDA QUE ME TOCÓ LLEVAR

Para comprender los caminos del cuidado popular de los ancianos de este estudio, es preciso identificar el punto de partida de la interpretación que ellos hacen de su situación actual, la cual esta permeada por la vejez, la discapacidad y la pobreza. El nombre de este patrón señala los elementos que se consideran en la primera parte de la trayectoria de cuidado: la comprensión de esa situación, en donde se evidencian las manifestaciones de bienestar o malestar, la identificación, la nominación y los significados que le dan, así como las atribuciones causales que realizan para explicar su situación y emitir un juicio sobre ella.

Ahora que estoy vieja y fregada, me doy cuenta de las consecuencias de tanto trabajar haciendo de comer, cocinando con leña y voliando azadón en medio de un sol fuertísimo… y cuando ¡tome! le cae su temporal de agua, o sea su buen aguacero… de ahí vienen los males. (Eucaris)

Las siguientes categorías describen los cuatro elementos de la comprensión de la situación, así: la categoría denominada *Uno se da cuenta de sus males porque el cuerpo no sirve como antes* incluye la manera como estas personas comprenden el malestar y nominan su situación. En las categorías *La vejez: muchas enfermedades, pocas capacidades* e *Invalidez… dejando la vida en manos de otros*, se identifican los significados de la situación. Y en la categoría *Los males… frutos de la vida de descuido, trabajo y sufrimiento*, se describen las atribuciones causales de la situación actual y el reconocimiento que ellas hacen de su situación.

5.1.1 Uno se da cuenta de sus males porque el cuerpo no le sirve como antes.

Este malecito me empezó con una fiebre… entonces de ahí en adelante resultó que me quería dar trombosis… Esa trombosis es una vaina que le da a uno en el cuerpo y se pierden las fuerzas en las piernas; por el lado donde le coge lo paraliza. Quedé paralizado totalmente de medio lado y no pude seguir trabajando en la construcción; ya no pude seguir en la junta de acción comunal, ya no puedo trabajar para ayudar en el barrio. (Francisco)

La persona describe el malestar a partir de la comparación que hace del momento actual con el pasado, en la que identifica y reconoce la pérdida de posibilidades y capacidades con las cuales desempeñaba sus labores y actividades vitales. Así el malestar, o lo que es lo mismo, las situaciones de vejez y discapacidad, se evidencian con cambios en el cuerpo, limitaciones para la realización de

actividades diarias, limitaciones en las posibilidades de trabajar, de ser independiente y de participar en la sociedad.

Para los colaboradores de este trabajo la identificación del malestar está relacionada no solo con las alteraciones que se presentan en el cuerpo, sino con los cambios que se suscitan en su desempeño laboral y social, los cuales implican dejar de trabajar y de participar de la vida en comunidad. En este sentido, se observa la influencia del factor económico expresado en la pobreza, el cual ayuda a identificar el malestar.

En este paso del proceso, ellas le dan un nombre a su situación. En este grupo, los *males* son la denominación cultural genérica con que la denominan, conjugando así las enfermedades, la vejez, la discapacidad y la pobreza. Sin embargo, para la situación de vejez, ellos han generado denominaciones que son la resultante de los valores y las creencias que se construyen en el contexto en el que se encuentran. De tal manera, para referirse a su situación utilizan la nominación de *viejo*, que denota una asignación cultural peyorativa, de persona inútil y desgastada.

De igual forma, las personas ancianas nominan la discapacidad con palabras como inválido, incapacitado, jodido, enfermo y tullido, expresiones que reflejan lo que sucede con el cuerpo y las consecuencias derivadas de la disminución del movimiento y la funcionalidad. Este lenguaje expresa el sentir de los colaboradores y la interacción que han desarrollado con la sociedad y los servicios de salud, los cuales han nombrado y etiquetado de manera negativa a las personas viejas, con limitaciones, o a aquellas que no coinciden con los parámetros de normalidad construidos por cada grupo social. Las palabras de estos acianos se construyen sobre sus saberes y sobre lo expresado por los servicios de salud a los cuales asisten y con los cuales mantienen contacto desde hace muchos años.

Sin embargo, a pesar de las nominaciones dadas por los servicios de salud o por la sociedad, las personas resignifican las palabras utilizadas para nombrar su situación y establecen diferencias. De hecho, ellas hacen uso del término *discapacidad* de acuerdo con sus necesidades particulares, es decir, para hacerse acreedores a un subsidio o para ser reconocidos en los servicios de salud deben declararse *discapacitadas*, sin embargo, en su vida diaria siguen utilizando los vocablos propios: *los males,* estar *viejo* y estar *inválido.*

En el centro de salud le dicen a uno que está discapacitado cuando está viejo y lleno de males, cuando no puede trabajar, cuando uno queda inválido… Eso es cuando necesita que lo ayuden otros. (Graciela)

Al respecto, Harrison y Kahn[553] expresan que el lenguaje utilizado para referirse a las situaciones de salud está marcado por las influencias culturales y las percepciones que se tienen sobre la salud. Así mismo, Linton[554] ha señalado que el lenguaje que emplean los pacientes refuerza las prácticas culturales de aquellos que no tienen la situación de salud. De esta manera, los significados y las prácticas expresados en el lenguaje por otras personas influye en las capacidades y logros que puedan obtener las personas en situación de vejez y discapacidad.

En relación con el lenguaje, Castellanos y López[555] encontraron en su revisión que en cada grupo cultural existen variaciones en los giros del lenguaje y términos especiales para referirse a situaciones de salud como la discapacidad, la enfermedad o la vejez, lo cual muestra una forma de pensamiento o una manera de ver y actuar frente a tales situaciones.

De la misma manera, refiriéndose a la nominación, los estudios de López, Álzate, Velásquez[556] descubren que en el universo vocabular de las personas ancianas no se encuentran las palabras *discapacidad* o *adulto mayor* para nombrar su situación, sino que utilizan el término *estar así,* nombre en el cual confluyen todas sus circunstancias de vida. Esto hace pensar que la ruptura entre el lenguaje utilizado por los servicios de salud y el lenguaje de estas personas es una construcción cultural que refleja su cultura y el entramado de experiencias en las cuales se encuentran inmersas.

5.1.2 La vejez: muchas enfermedades pocas capacidades.

Con la vejez vienen los achaques y las enfermedades; ya casi no veo bien, veo como culebrillas y trabajar ya no se puede… a esta edad a uno lo reciben pero para que se esté sentada o para que haga otro oficio, porque para alcanzar un plato o una comida uno ya no puede, ¡eso pa´ uno es muy jodido! (Emma)

---

[553] HARRISON, Tracie and KHAN, David. Disability Rites. The cultural shif following impairment. In: Rev. Family and community health. Jan-mar 27, 2004. Vol. 1, p. 86.

[554] LITON S. Clalming disability: Knowledge identy. NewYork: NewYork press 1998. Cited by: Harrison Tracie, Khan David. Disability Rites. In: Rev. Family & community health, January/ March 2004

[555] CASTELLANOS y LÓPEZ. Discapacidad y cultura: desafío emergente en investigación. Revista Avances en Enfermería Enviado y aceptado julio de 2008, en prensa. Op. cit., p. 73

[556] LÓPEZ, Lucero; ÁLZATE, Marta y VELÁSQUEZ, Op. cit., p. 96.

De los 65 pa´ arriba es cuando se empieza a sentir la fatiga, le duelen los huesos, se acuesta bien y a media noche le duele algo. Uno va a levantar un bulto pesado y ya no puede levantarlo; por ejemplo, el pedacito de televisor que hay, yo no lo puedo mover ya, eso se me hace pesadísimo. Yo antes me cargaba hasta cuatro, seis arrobas a la espalda y todo; ahora no alcanzo ni con una arroba. (Álvaro)

En los significados de la vejez, se destacan la apreciación de los cambios sufridos en el cuerpo en términos de la pérdida de funcionalidad, la aparición de enfermedades, la pérdida de la capacidad para mantenerse en el mundo laboral que lleva a la percepción de improductividad, la pérdida de los roles y los diversos sentimientos que se experimentan por el aislamiento social.

Para los ancianos en situación de discapacidad y pobreza, los cambios corporales no están asociados a la belleza física o a la estética corporal, no tienen que ver con la aparición de arrugas o canas, la pérdida de piezas dentales, la degeneración musculo esquelética o la híper pigmentación de la piel, entre otros. Los cambios que ellos refieren como característicos de la vejez se encuentran relacionados con la funcionalidad del cuerpo, es decir, la disminución de la energía del cuerpo, la poca tolerancia a los cambios de temperatura, la disminución de la fuerza física que les permitía asumir trabajos pesados, la baja tolerancia al dolor y la disminución de la agudeza auditiva y visual, lo cual es expresado como los achaques y malestares propios de la vejez.

En relación con esta percepción del cuerpo en la vejez, Debert[557] afirma que en la sociedad actual existe un pensamiento persistente de rechazo a los cambios y al deterioro físico del cuerpo en la vejez expresado a través de los medios de comunicación, en donde se hace propaganda a diversos elementos para retrasar los efectos de la vejez con el supuesto ánimo de generar una cultura del cuidado del cuerpo en esta etapa. Sin embargo, en este grupo de ancianos, los aspectos funcionales priman sobre lo estético, dado tal vez por la alta valoración que tienen del cuerpo como una herramienta de trabajo. En este sentido, no es importante la apariencia física sino la funcionalidad del organismo para poder trabajar.

Por otra parte, el significado de la vejez de estas personas no está construido a partir de la consideración de la edad cronológica, pues piensan que la edad no interesa mientras tengan la posibilidad de ser útiles, posean capacidades y energía para trabajar, y estén vinculados al mundo laboral. Sin embargo, en sus discursos colocan en evidencia que la edad es importante en el ambiente en el

[557] DEBERT, Guita Grin. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. Op. cit., p. 33.

que se desarrollan, pues es utilizada como indicador de la sociedad para excluirlos de la fuerza de trabajo.

De acuerdo con Debert[558], existe una construcción cultural de la periodización de la vida que es construida en el interior de muchas sociedades, mediante la cual se establecen derechos y deberes, se definen relaciones entre las generaciones y se distribuyen el poder y los privilegios. Esta cronologización permite establecer la organización política y los mercados de trabajo, entre otras cosas.

El uso de la edad como criterio de exclusión se menciona en el informe de Help Age[559], en donde se afirma que la discriminación por edad existente en muchas sociedades se aumenta por los cambios en las economías de los países en desarrollo, en los cuales se ha intensificado la competencia para conseguir empleo haciendo que las personas ancianas sean cada vez más marginados de todas las oportunidades de trabajo.

Otro aspecto que hace parte del significado de la vejez es la aparición y cronicidad de múltiples enfermedades a las que denominan *males*; estas son la artritis, la hipertensión, la diabetes y las afecciones cardíacas. Dadas las condiciones adversas en las que los colaboradores de este estudio han desarrollado toda su vida, la vejez conlleva la cronicidad de enfermedades que han sobrellevado en otras edades y a las cuales no han prestado mayor atención, como la diabetes y las dolencias derivadas del sistema músculo esquelético, así como la aparición de algunas nuevas como la hipertensión, las afecciones cardiacas y respiratorias, las cuales aparecen solas o combinadas con otras de origen más temprano. Así, el significado de la vejez trae para estas personas la enfermedad como compañera inseparable de su situación. De esta manera, la suma de *achaques y males* durante la vejez ocasiona una serie de pérdidas que se pueden observar en dos dimensiones: en el funcionamiento físico y en la capacidad de responder ante los desafíos del entorno.

En el caso de los colaboradores de la investigación, el indicador que relacionan más claramente con la vejez es la salida del mundo laboral, pues el trabajo ha sido el eje de su vida y un valor fundamental que les ha permitido ser y estar en el mundo. La pérdida de habilidades y capacidades tanto físicas como productivas disminuye la autonomía y produce dependencia, la cual se encuentra determinada por la imposibilidad de movilizarse en el interior de su propia vivienda para realizar

---

[558] DEBERT, Guita Grin. organizador. Antropologia e Velhiece. Op. cit. p. 83.

[559] HELP AGE INTERNATIONAL. Igualdad de trato, igualdad de derechos. Diez acciones para poner fin a la discriminación de edad. En: www.helpage.org Diciembre de 2001.

las actividades de la vida diaria y de su cuidado, todo esto aunado a un entorno que no provee condiciones ni oportunidades para los ancianos, obligándolos a depender económicamente de sus familiares o del auxilio que les proporciona el Estado. En este sentido, los ancianos han introyectado un concepto de vejez asociado a la inutilidad y a la dependencia.

Esta dependencia se encuentra relacionada con otro significado de vejez: el cambio de roles de quien, al escuchar de otros la clasificación de "viejo" y asumir esta situación como propia, empieza a generar transformación en los roles que a través de los años había desempeñado pasando de ser proveedor, jefe y autoridad de la familia, a ser receptor de cuidado y dependiente económica y físicamente. Esa alteración de roles repercute negativamente en la manera como la familia lo trata, pudiendo en ocasiones perderse el respeto hacia él.

Estos hallazgos llevan a pensar que para este grupo de personas, la vejez se construye a partir de la articulación de tres elementos: la funcionalidad del cuerpo que implica dependencia, la aparición de enfermedades y discapacidades, y la improductividad.

En síntesis, para estos ancianos, la construcción social y cultural de la vejez está cargada de estereotipos negativos en donde se muestran los déficits y cambios sufridos por el cuerpo, las enfermedades, el deterioro funcional y la pérdida de autonomía. Dada esta asunción de vejez, no se expresan las ventajas o ganancias generadas por el envejecimiento, sino todo lo contrario; el envejecimiento, aunado a una situación de discapacidad, significa el aumento de la pobreza no sólo de la persona anciana sino del núcleo familiar, donde ella representa una carga económica adicional que limita las posibilidades económicas de la familia y las opciones de aprovechar sus capacidades y oportunidades vitales.

Respecto de los significados y las imágenes de la vejez, Varela[560] encontró en su estudio con adultos mayores varios elementos comunes con los hallazgos de esta investigación, junto con otros que contrastan. En primer lugar, los adultos mayores de ese estudio consideran que la vejez como un periodo de pérdidas y ganancias. En relación con las pérdidas, refieren que es una etapa de la vida en la cual se pierden las personas queridas, se disminuye la compañía, el estado de ánimo cambia y son excluidos de ciertas actividades.

---

[560] VARELA LONDOÑO, Luz Estella. Trayectorias de vida: experiencias de un grupo urbano de adultos mayores [en línea]. En: Rev. Investigación y educación en Enfermería. Medellin. marzo de 2008. vol. 26, no. 1, p. 48 – 58. Disponible en Internet: http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v26n1/v26n1a04.pdf

En el grupo de ancianos del estudio de Varela[561], el envejecimiento no se encuentra relacionado con la edad. Ellos manifiestan que otras características del proceso fomentan estereotipos sobre la vejez, tales como la enfermedad, la falta de habilidad, el menoscabo cognitivo evidenciado en la pérdida de la memoria y de la capacidad de aprender, el deterioro fisiológico y la privación de la familia. Ellos refieren la muerte, la jubilación y la enfermedad como características definitorias de la vejez.

En contraste con la información aportada por los colaboradores de este estudio, en la investigación de Varela[562] se reconocen algunas ganancias de la vejez como el respeto, la experiencia, el reconocimiento social y la consideración para no responder a actividades que demandan esfuerzo. De la misma manera, como ventaja refieren el no tener que trabajar –siempre que tengan el sustento–, el poder descansar y el haber logrado la experiencia para enfrentar las adversidades. Este contraste en los resultados puede estar relacionado con las características de la población que participó en el estudio de Varela[563], la cual correspondía a un grupo de ancianos de la región antioqueña que no estaban en situación de discapacidad y que no tenían limitaciones para salir de sus casas por sus propios medios.

En el estudio de Orozco[564] realizado con personas ancianas en México, se identifican similitudes con respecto a las construcciones sociales y los significados de la vejez, los cuales están relacionados también con la funcionalidad del cuerpo, con el funcionamiento social y con la independencia económica. En esa investigación las connotaciones de la vejez son negativas, pues se la relaciona con pérdidas en el funcionamiento físico y la fragilidad corporal, es decir, las personas ancianas tienden a ser más débiles y más susceptibles de enfermarse o complicarse; tienen poca capacidad y posibilidad de percibir ingresos, son dependientes funcionalmente y experimentan abandono social. Para Orozco[565], la explicación de la vejez se encuentra a partir del menoscabo de capacidades.

---

[561] Ibíd.

[562] Ibíd.

[563] Ibíd.

[564] OROZCO MARES, Imelda. Imágenes de la vejez. En: Miradas sobre la vejez. México: editorial plaz y Valdés, 2006. p. 221.

[565] Ibíd.

En síntesis, los hallazgos de esta investigación coinciden con lo que Canales[566] afirma sobre la vejez en las sociedades latinoamericanas, en las cuales se asocia con una etapa terminal de la existencia del individuo que en la mayoría de los casos implica un retiro de la vida social.

5.1.3 Invalidez… dejando la vida en manos de otros.

Es triste no poder caminar, no poder irse hasta donde uno quiera, hacer sus cosas sin que nadie se las haga, porque hay gente que le hace a uno un favor y le echa en cara, eso es no poder valerse por sí mismo. Por ejemplo, yo antes bajaba y me subía a pie esta loma y hoy en día no puedo. (Carmen Rosa)

Las palabras *inválidas, incapacitadas, jodidas, enfermo* y *tullido* reflejan la importancia del cuerpo en la discapacidad, ese cuerpo que se reconoce como una máquina en funcionamiento, con partes que sufren deterioros y que no pueden ser reemplazadas. En este sentido, el cuerpo permite proveer el sustento mediante el trabajo, desempeñar un rol dentro de la familia y la sociedad. Esas palabras significan la historia de personas trabajadoras, proveedoras, que han perdido la posibilidad de ser útiles de acuerdo con la función que han desarrollado a lo largo de sus vidas.

La palabra *inválido*, muy utilizada por los participantes de este estudio, tiene connotaciones importantes en el significado de la discapacidad, ya que ser inválido representa la inutilidad, perder la capacidad para realizar acciones por sí mismos, perder la autonomía en su vida, dejar de servir y de proveer, y estar anulado dentro de la sociedad. La *invalidez* también significa estar enfermo; las personas ancianas hablan del cuerpo enfermo que ya no funciona y asocian todas las dificultades de funcionamiento a una enfermedad desfigurada que se ubica en todo el organismo.

Como se mencionó en el segundo capítulo, en la definición de trayectoria de cuidado popular, autores como Kleinman[567] y Spector[568] se refieren a la influencia que tiene el nombre que las personas dan a su situación. En el caso de este grupo de colaboradores, el nombre que asignan a su situación denota las influencias negativas que han recibido de su contexto; en ese nombre se identifican los significados y los valores de la cultura sobre la vejez y la discapacidad.

---

[566] CANALES, A I. La población en la era de la información de la transición demográfica al proceso de envejecimiento. En: Rev estudios urbanos y demográficos. 2001. vol. 16, no. 3, p. 485-518

[567] KLEINMAN, Arthur. Patients and healers in the context of culture an exploration of the Borderland between Anthroplogy, Medicine, and psychiatry. 1988. Op. cit., p. 24- 70.

[568] SPECTOR, Rachel. Cultural diversity in health and illness. Op. cit., p. 25-30.

Para ellos, la capacidad de desplazarse con autonomía es un elemento fundamental que ayuda a dar significado a la discapacidad. No poder moverse implica varias formas de dependencia. De una parte, se hace necesario el apoyo para desarrollar las actividades de la vida diaria, tales como vestirse, comer y bañarse. Aunque algunos ancianos, de acuerdo con el nivel de discapacidad, tienen la posibilidad de desplazarse en el interior de las viviendas y apoyar en la preparación de los alimentos, otros requieren mayores cuidados, ya que no pueden bañarse solos debido a la estructura de la vivienda y los riesgos que se derivan al movilizarse en el baño y manipular la regadera o el jabón. Así mismo, dependiendo del nivel de discapacidad, algunos no pueden realizar actividades en la cocina como elaborar los alimentos, pues esta se constituye en una tarea de ejecución compleja. Por tanto, requieren mayor apoyo tanto en la preparación de los alimentos como para poder consumirlos.

Las dificultades para moverse no sólo tienen implicaciones en el funcionamiento físico y en la ejecución de las actividades diarias, sino también en la independencia social y económica. Es así como los familiares son quienes deben asumir la responsabilidad de la manutención de la familia y de las personas ancianas. Aunque algunos adultos mayores reciben ayuda gubernamental y poseen algún tipo de ingreso económico, no tienen la posibilidad de disponer de ese dinero, pues desde el primer momento es manejado por hijos o familiares que lo gastan de acuerdo con las prioridades establecidas por ellos. Esta situación le resta autonomía al anciano.

Para este grupo de ancianos, existe una diferencia en las consecuencias de la falta de movilidad, que está marcada por el género. En el caso de los hombres, la dificultad para movilizarse afecta el poder salir de casa, ya que tradicionalmente los varones están asociados a la calle. Para el caso de las mujeres, la falta de movilidad afecta principalmente las labores del hogar, preparar los alimentos, lavar ropa, la crianza de los hijos, actividades que, a su vez, también están marcadas culturalmente como responsabilidad de las mujeres.

En el significado de la discapacidad, se observan otros aspectos para considerar: los sentimientos generados a partir de las condiciones de aislamiento y abandono que perciben las personas ancianas de este estudio. Existe un patrón de sufrimiento generalizado visible a través de expresiones de tristeza, soledad, impotencia, abandono y rabia. Así mismo, el no poder salir de casa por sus propios medios afecta de manera considerable su vida social.

La tristeza es uno de los sentimientos que más expresan los ancianos y está asociada a no poder salir de casa, a la nostalgia y la evocación constante del pasado en el que fueron personas útiles, jóvenes, líderes en su comunidad y su familia. El pasado cuando realizaron muchas actividades de las cuales hoy se sienten orgullosos, pero que contrastan con un presente muy diferente, en el cual son dependientes, perdieron sus capacidades y están sumidos en la pobreza.

El sentimiento de abandono se presenta por la sensación de olvido que experimentan estas personas de parte de una sociedad que no posee un rol positivo para el viejo y en la cual se sienten invisibilizados. Así mismo, experimentan sentimientos de soledad. A pesar de que viven con sus familias, la realidad es que permanecen solos o acompañados por niños durante una pequeña parte del día; los amigos y la familia extensa no los recuerdan y los visitan con poca frecuencia.

La necesidad de mantenerse conectados con el entorno y participar de la vida social de alguna manera, se hace evidente en la forma como se ubican dentro de la vivienda buscando estar cerca de la ventana o de la puerta de la calle, del televisor o el radio. Pareciera que la ventana fuera el medio que tienen para socializar: en ocasiones los vecinos o conocidos los saludan y los ancianos pueden ver cómo pasa el día en la calle y mantener interacciones sociales esporádicas sobre la actualidad de su contexto.

Llama la atención que, para este grupo, la construcción del significado de la vejez contiene elementos comunes con los del significado de la discapacidad. En primer lugar, las dos construcciones contienen los cambios del cuerpo y la pérdida de movilidad, lo cual a su vez provee otro elemento común a las dos situaciones: la sensación de inutilidad y dependencia para desarrollar las actividades básicas de participación dentro de la sociedad. Ambas, la vejez y la discapacidad, significan la pérdida de roles tanto dentro de la familia como en la sociedad, donde el trabajo y la autonomía son papeles que deben ser asumidos por los miembros activos.

De esta manera, se puede concluir que la construcción del significado de la vejez en este grupo de ancianos está permeada por la construcción que ellos hacen de su situación de discapacidad. Es decir, estas dos condiciones convergen. Así mismo, algunos de los elementos constitutivos de la discapacidad exacerban las condiciones negativas de la situación de vejez, como por ejemplo, el sentimiento de soledad y abandono que expresan las personas ancianas de este estudio al no poder salir de sus viviendas.

5.1.4 Los males… frutos de la vida de descuido, trabajo y sufrimiento. *Cuando le pregunto a María Pureza por qué cree que le llegaron los males, me responde: "Yo me enseñé a trabajar muy duro desde los diez años… yo he trabajado como loca de un lado para otro, al sol y al agua, de día y de noche, arriando burros, lavando ropas, en casas de familia… ¡en tantas cosas! Es que, cuando uno es pobre, le toca medírsele a lo que sea y ahora en la vejez míreme como quedé: llena de males. (Diario de campo, enero de 2007)*

Los ancianos en situación de discapacidad y pobreza reconocen que su condición actual es el resultado de lo que han construido durante la vida. Identifican el trabajo, el descuido y el sufrimiento como explicación para comprender su situación. Como se identificó en el patrón que enmarca esta categoría, los colaboradores de este estudio sienten que deben pagar en la vejez las consecuencias de la vida que tuvieron que llevar.

Las atribuciones causales pueden ser de origen psicosocial, socioeconómico y natural. Las explicaciones que dan a su situación de salud se construyen a partir de elementos de la herencia cultural, la influencia de los medios de comunicación y la influencia del modelo médico[569], los cuales se constituyen en un tejido que permite dar sentido y encontrar las causas de su condición actual.

Las atribuciones causales que dan los colaboradores a esa situación se organizan en psicosociales –como el sentimiento de sufrimiento–, socioeconómicas –el trabajo, las costumbres, los descuidos y los accidentes de la juventud, la ubicación geográfica de sus viviendas, los bajos ingresos, las dificultades para acceder a los servicios de salud– y naturales –el cambio de frío a calor, las enfermedades y el mal funcionamiento del cuerpo, los hábitos como fumar y consumir alcohol–. De esta manera, los *males* se construyen de un complejo de relaciones que dejan entrever que no existe una sola causa para su situación actual.

El sufrimiento se ubica en el nivel psicosocial como una emoción o estado de ánimo que repercute en la salud y se refleja en el cuerpo. Los ancianos en situación de discpacidad se refieren permanentemente a las dificultades que han tenido que vivir desde muy temprana edad por la pérdida de uno de sus padres o por la separación temprana de su núcleo familiar. También a la *vida dura* que han llevado tratando de sacar adelante a sus familias, intentando mantener la unión familiar a pesar de las continuas migraciones y buscando mejores opciones de vida.

[569] HELMAN, Cecil. Cultura saúde & Doença. Op. cit., p. 124.

Para los participantes del estudio, el significado del sufrimiento corresponde con la definición propuesta por Callaham[570], quien lo comprende como una respuesta espiritual o psicológica negativa frente a una circunstancia angustiante de la existencia. De la misma forma, ellos se refieren a una serie de situaciones angustiantes en el transcurso de sus vidas.

Pareciera que el sufrimiento es una característica de este grupo cultural que se encuentra en condiciones de pobreza ante las cuales manifiesta resignación y aceptación, lo cual se encuentra referido por autores como Le Breton[571], quien argumenta que el dolor y el sufrimiento se vivencian de manera diferente según la clase social. De esta manera, las clases sociales más bajas y los marginales manifiestan una actitud más sumisa, más estoica y resignada ante ellos.

La atribución causal psicosocial de estas personas se compone de las emociones y los sentimientos generados en el diario vivir, en las interacciones sociales que surgen en su contexto de pobreza y que son fuente de situaciones angustiantes generadas por la imposibilidad de modificar las precarias condiciones familiares, personales y económicas a las que se han tenido que enfrentar.

Toda la vida me ha tocado muy duro, por eso he sufrido mucho… y ahora póngase en mi ser, una anciana que no puede hacer nada, no puede trabajar, no tiene de dónde recibir platica, ¡cómo no se va a enfermar llevando la vida así! (Carmen Rosa)

El trabajo se ubica dentro de las atribuciones socioeconómicas. Es frecuente encontrar que los ancianos se refieren al trabajo como la causa de su situación. Ellos hablan de la vida de trabajo que han tenido que llevar desde su infancia en áreas rurales o urbanas y que les demandaba esfuerzos físicos extremos, jornadas laborales extensas, exposición a ambientes difíciles, levantamiento de pesadas cargas y otras condiciones que fueron deteriorando su salud.

El trabajo, para ellos, es un valor que ha dado significado y sentido a sus vidas. Por ser originarios del campo, se refieren al trabajo con orgullo y se lamentan por

---

[570] CALLHAM, Daniel. Dolor y sufrimiento en el mundo: realidad y perspectivas. En: Dolor y sufrimiento en la práctica clínica. BAYES, Ramón y CALLAHAM, Daniel. Barcelona: Fundación medicina y humanidades médicas. Serie Monografías Humanitas. 2004.

[571] LE BRETON, David. Antroplogia del dolor. Barcelona: Seix Barral, 1999. 287 p.

no poder laborar durante la vejez. De tal manera, el trabajo es causa de su enfermedad, pero también su enfermedad se constituye en el motivo para no poder trabajar.

En el caso de los participantes del estudio, el trabajo adquiere dos significaciones: de una parte, fue el posibilitador de bienestar personal y familiar, procurándoles ingresos económicos y satisfacción íntima; y de otra parte, el *trabajo duro* los dejó sin salud y sin ingresos, y los llevó a su actual situación.

El trabajo ha sido identificado en otras investigaciones con ancianos como un elemento causal de la situación actual. López, Álzate y Velásquez[572] encontraron que las personas ancianas de áreas rurales y urbano marginales tienen como una fuente causal el trabajo físico que originó desgaste del cuerpo por los esfuerzos repetidos durante la vida.

Esta mirada del trabajo en este grupo cultural es similar a la referida por Londoño[573] al hacer un análisis del cuerpo en la población antioqueña en el siglo XVIII. Esta autora afirma que existió un gran aprecio al trabajo y una condena a la ociosidad, lo cual se convirtió en un valor que permeó la vida social e individual de los antioqueños. Esto es congruente con la apreciación del trabajo que tienen otras poblaciones colombianas del área rural como los ancianos de origen santandereano, boyacense y cundinamarqués.

Yo trabajé muy duro desde los siete años, arriando los burros, llevando ladrillos a los hornos; yo era pequeña, nadie me ayudaba; me levantaba a las seis de la mañana y hasta por la noche no podía descansar; después me casé y siga trabajando pa´ levantar esos muchachos. Al final la recompensa que me dio la vida fue estar llena de males. (Isabel)

Otros elementos de explicación que señalan las personas ancianas y que se ubican en el nivel socioeconómico, son las costumbres, los descuidos y los accidentes de la juventud. Durante su existencia, las personas mayores han mantenido costumbres, por tradición o por su condición de pobreza, que según ellas influyeron en su actual situación. Por ejemplo, la costumbre de cocinar con leña se mantiene por varias razones: en primer lugar, porque creen que preserva el sabor de los alimentos; en segundo lugar, porque lo consideran como una

[572] LÓPEZ, Lucero; ÁLZATE, Marta y VELÁSQUEZ, Op. cit., p. 96.

[573] LONDOÑO BLAIR, Alicia. El cuerpo limpio higiene corporal en Medellín, 1880- 1950. 1a. ed. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2008.

práctica que les ayuda a mantener sus costumbres; en tercer lugar, por los costos que implican la instalación y el gasto mensual, y en cuarto lugar, por su dificultad para utilizar el sistema de gas doméstico. Se puede identificar aquí la influencia negativa del factor tecnológico del contexto ambiental; la estufa de gas es un elemento tecnológico al cual no acceden por temor, lo cual provoca que mantengan costumbres contraproducentes para su salud.

La ubicación geográfica de sus viviendas es otra atribución causal de la situación para los ancianos. Estos lugares corresponden a zonas sin pavimentar, a terrenos tortuosos, sin carreteras y con escasez de medios de transporte, lo cual ha provocado los accidentes que les han ocasionado fracturas y otras lesiones que ahora los tienen sin poder moverse o valerse por sí mismos. Para estos ancianos discapacitados, los bajos ingresos, las dificultades para acceder a los servicios de salud, las precarias condiciones de vida, el tipo y las circunstancias de trabajo, entre otros, se constituyen en una de las causas principales a las que atribuyen su situación. En esta atribución causal se identifica nuevamente la influencia del contexto ambiental, específicamente las barreras que ofrece el entorno físico-geográfico, el cual se configura como un elemento causal de esa situación.

Hace muchos años yo me golpié. En esa época uno no se preocupaba por la salud y ahora que estoy vieja eso me repercutió. (Carmen Rosa)

Las personas ancianas también atribuyen su situación a causas naturales, entre las que se encuentra la creencia en que el cambio de frío a calor enferma. Los colaboradores refieren que, en su relación con el medio ambiente, han estado expuestos desde su juventud a circunstancias en las que se han tenido que exponer a calor y frío, lo cual les ha causado enfermedades como artritis, debilitamiento de los huesos, fracturas y osteoporosis. La condición humoral calor-frío, estudiada por distintos autores desde la edad antigua y analizada en investigaciones más recientes como la realizada por García[574] en México, ha sido relacionada con la causa de diversas enfermedades. Esta, como lo expresa García[575], se encuentra enraizada en el conocimiento cultural de las personas, independiente de su edad y escolaridad. López, Álzate y Velásquez[576] identificaron que las personas ancianas explicaban su situación de salud asociándola a la

[574] GARCIA, Javier et al. La contribución de la antroplogia médica al estudio comparativo de la cultura en salud: el caso del sistema frio / calor en los pacientes con afecciones respiratorias. En: Rev. Biomedica. vol 15 No 1 enero-marzo, 2004. vol. 15, no. 1, p. 57 – 68.

[575] Ibíd.

[576] LÓPEZ, Lucero; ÁLZATE, Marta y VELÁSQUEZ, Op. cit., p. 96.

exposición al calor o al frío. Estos cambios, según esos colaboradores, ejercían influencia en el cuerpo ocasionando enfermedades como la artritis y las trombosis. Los ancianos discapacitados que habitan en los barrios explorados, encuentran como causa de su situación las afecciones del cuerpo, las enfermedades, su mal funcionamiento. Se observa en esta atribución causal que ellos hacen una abstracción y comprensión del conocimiento biomédico expresado por los profesionales de los servicios de salud, conjugándolo con los saberes, compresiones e imaginarios de su grupo cultural.

La enfermedad es comprendida a partir de los significados que da al cuerpo este grupo de personas, quienes lo consideran como una máquina compuesta de partes y piezas susceptibles de dañarse y cuyo funcionamiento está sujeto al mantenimiento que se haga de ellas, lo cual coincide con los planteamientos de Helman[577] y de Londoño[578].

Los colaboradores de esta investigación se refieren permanentemente a su cuerpo fragmentándolo en partes como el corazón, los pulmones, los huesos, semejando piezas de una máquina a la cual han descuidado y que ahora se ha *gastado*, se ha *consumido* y se ha *enfermado* por el uso y el abuso que le dieron. Este desgaste y daño del cuerpo no está asociado al proceso de envejecimiento, sino al *trabajo duro* que recae sobre él, al descuido del mismo y al mal funcionamiento de determinadas partes.

Para los ancianos de este estudio, los hábitos como fumar y consumir alcohol fueron causantes del deterioro del cuerpo, de la aceleración de su proceso de envejecimiento y de la discapacidad.

Como uno trabajaba en casas de familia y en ese tiempo no había tanta consideración, tocaba hacer todo el oficio: aplanchar y acalorada tenía que mojarme para hacer arepas y lavar la loza; tenía la costumbre de meter las manos calientes en agua fría o me bañaba todos los días hasta estando enferma. ¡A veces uno hace disparates! (Graciela)

Una comprensión importante de los colaboradores es que atribuyen el origen de su situación a múltiples causas, pero en general las explicaciones se ubican en el individuo. En este sentido, una gran parte de la responsabilidad de su situación recae sobre ellos mismos, quienes reconocen haber abusado de su cuerpo

[577] HELMAN, Cecil. Cultura saúde & Doença. Op. cit., p. 126.

[578] LONDOÑO, Alicia. Op. cit., p. 55.

sometiéndolo a trabajos forzados, a condiciones climáticas que les desfavorecieron, a cambios bruscos de calor a frío y a hábitos inadecuados como fumar o consumir alcohol.

López[579] define en la causación cómo la persona evalúa una serie de manifestaciones y experiencias que interpreta como favorables o perjudiciales para su vida. Estas explicaciones pueden tener origen físico, psicosocial, socioeconómico y sobrenatural. En los resultados de la investigación realizada por ella en el 2003, encontró que las personas ancianas atribuyen causas a su situación desde todas las clasificaciones mencionadas. Igualmente, en el estudio realizado por López, Alzate y Velásquez[580], se encontró que las personas ancianas en situación de discapacidad causan su situación también desde las clasificaciones de origen físico, psicosocial, socioeconómico y sobrenatural, y estas se articulan en un complejo multicausal, es decir, no existe una relación directa entre las causas y las situaciones, sino que son el resultado de la complejidad que todas ellas le imprimen.

En contraste en esa investigación, los ancianos en situación de discapacidad del estudio no atribuyen su situación a causas sobrenaturales, aspecto encontrado en los estudios de López[581] y López, Álzate y Velásquez[582], quienes resaltan que las personas ancianas de las áreas urbano marginales de Bogotá identificaban como parte de la causación de su bienestar o malestar a Dios, a los espíritus malignos y a la magia negra. Sin embargo, en estos mismos estudios se identifican como elementos comunes las atribuciones causales de tipo socioeconómico, psicosocial y físico o natural.

De esta manera, en el inicio de la trayectoria de cuidado popular de estas personas, se observa un panorama complejo que muestra la vejez, la discapacidad y la pobreza como situaciones negativas, cargadas de significados relacionados con pérdidas en todos los niveles, ante las cuales poco se puede hacer. De igual forma, las atribuciones causales que otorgan a su situación describen una multicausalidad de explicaciones, muchas de las cuales están centradas en el individuo y hacen referencia al descuido y al desgaste del cuerpo. Esta construcción realizada para comprender su situación actual que termina

---

[579] LÓPEZ, Alba Lucero. O cuidar no contexto da adversidade; a história oral de idosos em uma comunidade colombiana. Op. cit., p. 143.

[580] LÓPEZ, Lucero; ÁLZATE, Marta y VELÁSQUEZ, Op. cit., p. 96.

[581] LÓPEZ, Alba Lucero. O cuidar no contexto da adversidade; a história oral de idosos em uma comunidade colombiana. Op. cit., p. 143- 146.

[582] LÓPEZ; ÁLZATE y VELÁSQUEZ, Op. cit., p. 96.

cuando la persona reconoce su estado y lo nomina, tendrá repercusiones en la toma de decisiones y en la ejecución del cuidado.

5.2 TOMAR DECISIONES: UN ENTRAMADO DE CIRCUNSTANCIAS

El segundo paso en el proceso de trayectoria de cuidado popular de estos ancianos es la toma de decisiones para el cuidado. Lograr la articulación de todos los elementos que se constituyen en el entramado para la toma de decisiones, fue uno de los momentos más complejos, el cual requirió desplegar un mayor esfuerzo en el análisis e interpretación de la información generada por los colaboradores de este estudio.

En el proceso investigativo resultó más sencillo identificar las prácticas que las personas realizan para cuidarse. Sin embargo, llegar a la comprensión de las motivaciones que subyacen y justifican la decisión para ejecutar la práctica, implicó efectuar una búsqueda exhaustiva en los significados y las motivaciones, lo que corresponde a reconocer los intangibles del cuidado. El proceso de toma de decisiones contiene muchos elementos valorativos y relacionados con el contexto ambiental que pueden variar el camino en la trayectoria de cuidado popular.

Me enfermé de un momento pa´ otro; pero como mi hija me vio tan malo, me dio unos remedios y no me sirvieron para nada, entonces les tocó a todos mis hijos reunirse y volar a llevarme al hospital. (Álvaro)

En la toma decisiones de cuidado se ponen en juego en la persona una serie de procesos mentales intangibles y dinámicos, los cuales se movilizan para generar una decisión y unas prácticas de cuidado. La comprensión de la situación actual se articula con otros elementos que ayudan a emitir juicios sobre qué hacer, cómo, dónde y con quiénes. La manera como la persona identifica, nomina, significa y establece atribuciones causales a su situación apoyará la estructuración de la toma de decisiones.

En el juicio para la toma de decisiones también se ponderan elementos tales como la valoración de la severidad, esto es, cuando las personas identifican una condición de gravedad en su situación derivada de la vejez o de la discapacidad y cuando perciben las influencias negativas de esa situación en el funcionamiento físico, como el aumento de la *debilidad* y de las limitaciones en el desarrollo de sus actividades cotidianas. Así también se consideran las influencias negativas de la situación en las relaciones interpersonales que limitan su participación, y se

tiene en cuenta la evaluación de otros sobre su condición. En este punto, es la familia quien toma parte activa en la toma de decisiones, identifica las situaciones de malestar y guía en lo que se debe hacer. Otros elementos de juicio son el género y el nivel de dependencia, los cuales aumentan o disminuyen la participación de la persona anciana en esa toma de decisiones.

Las personas acuden en la búsqueda de ayuda para la toma de decisiones, a actores derivados de las redes sociales cercanas y del sistema de salud u otras instancias gubernamentales y no gubernamentales como la Iglesia. Ellos acuden a esos actores dependiendo de su nivel de confianza, disponibilidad y severidad de la situación. La familia es el principal actor que apoya la toma de decisiones en la red más cercana; el personal de servicios de salud, en especial el médico, influye también en este proceso.

En este paso de la trayectoria de cuidado popular, los factores del contexto ambiental se expresan de manera más fuerte, ya que ellos determinarán los caminos que se deben seguir para realizar una práctica. Dependiendo de la forma que adquieran los factores como barreras o facilitadores, se construirán diversos caminos para la toma de decisiones y la ejecución del cuidado.

En este punto cabe hacer referencia a las formas como las personas buscan cuidar su salud. A este respecto, Helman[583] afirma que la manera en que las personas buscan la salud en una sociedad no está aislada de la misma sociedad, de su organización social, política y religiosa. La búsqueda de la salud está entrelazada con esos aspectos considerando los valores y la visión de mundo. Así mismo, el proceso de toma de decisiones está enmarcado en estas premisas.

Kleiman[584] elaboró una clasificación sobre los sectores de asistencia en salud que se pueden encontrar en una sociedad compleja: informal, popular y profesional. Cada uno de ellos tiene sus propias formas de explicar y de tratar la falta de salud. En esta investigación se hace evidente la existencia de esos sectores, los cuales se encuentran juntos y se articulan en la toma de decisiones y en la ejecución de las prácticas.

Igualmente, Spector[585] afirma que son innumerables los motivos por los que la gente elige un sector o una serie de actores para el cuidado de la salud. Una de

[583] HELMAN, Cecil. Cultura saúde & Doenca. Op. cit., p. 136-145.

[584] KLEIMAN, A Op. cit., p. 71 -118

[585] SPECTOR, Rachel. Cultural diversity in health and illness. Op. cit., p. 41.

estas razones incluye elementos culturales como las creencias y los valores. Otros tienen que ver con las condiciones del contexto ambiental, como la pobreza, las dificultades de acceso a los servicios, las barreras del lenguaje y la preferencia por los cuidados proporcionados por familiares. Las consideraciones de Helman[586] y Spector[587] dejan ver nuevamente la complejidad en el proceso de toma de decisiones.

Desarrollo el patrón de *Toma de decisiones: un entramado de circunstancias* a partir de las siguientes categorías: La primera se titula *Cuando nos sentimos graves, toca ir al médico*, en la cual se describe la valoración de la severidad de la situación, como primer elemento que moviliza la toma decisiones. En la segunda, *Me toca esperar a que otros decidan por mí*, se presenta la influencia de los niveles de autonomía física en el proceso de toma de decisiones y el papel de la familia. La categoría *A uno de viejo le toca tener más cuidado con la salud* muestra que conocer y evaluar la situación como un estado de debilidad lleva a las personas ancianas a movilizar su toma de decisiones y sus recursos para mantener y cuidar su salud. Y en la categoría C*uando los males no se curan con los remedios caseros, vamos al hospital*, se deja en evidencia cómo el uso de los recursos de la herencia cultural y la experiencia da paso al empleo de otros recursos como el hospital o los sistemas de salud.

5.2.1 Cuando nos sentimos graves, toca ir al médico.

Cuando me siento decaída, que casi me desmayo, que no tengo fuerzas y no me veo normal, o sea, que no hablo bien, que no tengo alientos, ahí sí le digo a mi hija que me lleve corriendo al médico. (Carmen Rosa)

Sentirse grave hace referencia a la valoración de la severidad. Este es uno de los elementos que priman a la hora de tomar las decisiones de cuidado. El grado de severidad se determina a partir de la condición de gravedad, la cual implica riesgos de complicación de la situación y riesgos para la vida. Las personas ancianas expresan que el sentirse muy mal las lleva a buscar cuidado en los servicios de salud. Cuando la valoración de la severidad no denota gravedad, se toman decisiones relacionadas con la utilización de remedios caseros, automedicación, seguir las recomendaciones de los servicios de salud o no hacer nada.

El tipo de situación determina las decisiones que se toman. Si la situación es aguda, la toma de decisiones debe ser inmediata pues las circunstancias lo

[586] HELMAN, Cecil. Cultura saúde & Doença. Op. cit., p. 136-145.

[587] SPECTOR, Rachel. Cultural diversity in health and illness. Op. cit., p. 41.

exigen. Una situación es aguda porque aparece intempestivamente e implica una condición de alarma. En contraste, ante las situaciones crónicas, la toma de decisiones puede ser postergada, ya que la persona tiene familiaridad con la situación y muchas veces no existe una valoración de riesgo potencial.

Para estos ancianos, la decisión de ir al médico, buscar ayuda y cuidado depende en muchas ocasiones de la disponibilidad de recursos. Estos incluyen en lo económico el dinero suficiente para pagar el transporte, comprar los medicamentos, costear las fotocopias que se generan de los trámites administrativos, así como la disponibilidad de un familiar o de un vecino para acompañarlos, asistirlos y apoyarlos en el cuidado que requieran. El factor económico se identifica como una barrera que debe ser superada para procurar el cuidado, pues condiciona en muchas ocasiones la asistencia a los servicios de salud, aumentando por ende el riesgo para la vida de las personas, pues llegan en condiciones críticas de salud.

Las decisiones están mediadas por el contexto ambiental en el que se encuentran estos ancianos, en el cual pueden confluir elementos que facilitan o que restringen el proceso, tales como la familia, la tecnología, los aspectos económicos, sociales y del ambiente físico, los cuales en algunos casos pueden actuar como facilitadores y en otros como barreras. Por tanto, el ambiente físico y los aspectos económicos ejercen amplia influencia en la decisión de no asistir a los servicios de salud y optar por otro tipo de ayudas más accesibles y viables.

El apoyo familiar, como uno de los factores del contexto ambiental que puede actuar como facilitador en el cuidado, se constituye algunas veces en un criterio que determina las decisiones en la búsqueda de prácticas de cuidado. Sin embargo, un elemento clave de este proceso es el grado de severidad, el cual determina si las acciones para el cuidado deben considerar los remedios caseros o se requiere la asistencia a los servicios de salud.

De esta manera, la severidad de la situación es el primer elemento que se considera en el proceso de toma de decisiones, el cual a su vez está alterado por el tipo de situación que se experimenta, la disponibilidad de recursos y las condiciones del contexto que actúan como barreras o facilitadoras.

Esta manera de establecer una decisión sobre los cuidados de salud que se van a realizar, se encuentra en concordancia con autores como Pertti J y Pelto[588] y con

[588] PELTO, Pertti J., PELTO, Gretel. Studyng knowledge cultura and behavior in applied medical anthropology, 1998. Op. cit., p. 147-163.

lo expresado por Garro[589,590] quienes establecen que las creencias son sólo un sector que influye la toma de decisiones de las personas, por tanto, es necesario considerar otros aspectos como los factores económicos y materiales.

En los estudios sobre este tema, Pertti y Pelto[591] sostienen que el grado de severidad es un atributo universal importante como predictor de comportamientos y tratamientos de salud, pero los signos y los síntomas que se ven como graves varían de un grupo cultural a otro. De la misma manera, Garro [592],[593] identificó una serie de elementos que se tienen en cuenta en la toma de decisiones: las estrategias utilizadas en ese proceso dependen de la situación; si ésta es considerada grave, las personas acuden a los servicios de salud con mayor rapidez sin importar los costos o las condiciones del contexto ambiental; pero si la situación es considerada como no seria, se sigue una ruta que empieza por buscar alternativas menos costosas hasta llegar a las más complejas en caso de ser necesario.

Adicionalmente, Nair y Costa[594] hacen una reflexión sobre los itinerarios terapéuticos y consideran que la percepción de gravedad es uno de los criterios que se tienen en cuenta en el proceso de toma de decisiones para tratar al enfermo en casa o ir al médico.

La severidad ha sido identificada como criterio clave para dicho proceso en muchas investigaciones, inclusive con diferentes poblaciones. En este sentido, en la toma de decisiones de los ancianos discapacitados prima la atención a la vida. La percepción del grado de vulnerabilidad, de riesgo y de peligro ejerce una fuerte influencia y actúa como detonador para buscar cuidado.[595],[596].

---

[589] GARRO, Linda. On the rationality of decision making studies: part I. Op. cit., p. 319.

[590] GARRO, Linda. On the rationality of decision making studies: part II: Op. cit., p. 341-355.

[591] PELTO, Pertti J., PELTO, Gretel. Studyng knowledge cultura and behavior in applied medical anthropology. Op. cit., p. 147-163.

[592] GARRO, Linda. On the rationality of decision making studies: part I. Op. cit., p. 319-340.

[593] GARRO, Linda. On the rationality of decision making studies: part II. Op. cit., p. 341.

[594] NAIR, Silvana e COSTA, Maria. Negociando fronteiras entre culturas doencas e tratamentos no cotidiano familiar. Em: Rev. Historia, ciencias, saúde-manguinhos. Rio de Janeiro. Jan – mar, 2006. vol. 13, no. No 1, p. 113-128.

[595] SPECTOR, Rachel. Cultural diversity in health and illness. Op. cit., p. 22.

[596] PERTTYI y PELTO, Op. cit., p. 147-163.

Yo me levanté y sentía que me caía, no podía ni dar un paso fuera de la pieza… me tuvieron que auxiliar los hijos y acostarme porque realmente estaba muy mal: las piernas se me hincharon y no podía respirar… Entonces la hija mayor dijo que me veía muy mal, que la cosa era grave, que tocaba llevarme de urgencias al hospital de Chapinero. (Álvaro)

5.2.2 Toca esperar a que otros decidan por mí.

*Mi mamá es una señora de edad y, si yo veo que hay posibilidades de llevarla a un especialista para que le receten unas gafas o un audífono, pues yo hago lo que puedo; los médicos son los que dicen si se puede hacer algo o no. ¿No ve que ella no me tiene sino a mí y yo a ella? Yo sé qué necesita. Cuando tengo que sa*lir, le dejo lista la comida y los remedios en una mesita. (Luisa, hija de Carmen Rosa)

Esta categoría describe el papel que juegan otros actores y la influencia de la discapacidad sobre la persona anciana para tomar o no decisiones.

Las limitaciones en las actividades y en la participación que generan las situaciones de vejez y discapacidad, tienen implicaciones en la toma de una decisión de cuidado, pues se generan sentimientos de impotencia y dificultad en los ancianos. Se reconoce que el nivel de limitación física conlleva consecuencias en la toma de decisiones, es decir, las personas ancianas con limitaciones físicas severas poseen menos posibilidades de ser quienes las toman para recibir cuidado y tratamiento de salud, mientras que las personas ancianas con limitaciones físicas moderadas mantienen cierto nivel de autonomía sobre sus decisiones de cuidado.

Otro elemento para considerar en este campo es la familia. En este grupo de ancianos, los parientes desempeñan un rol fundamental para definir qué determinaciones se toman, evaluarlas y precisar los pasos que se deben seguir. En el interior de la familia, son las mujeres las encargadas de tomar las decisiones de cuidado y de determinar si éste se ejecuta o no, y de qué manera.

El grupo familiar es partícipe de la identificación de la situación de salud y hace una evaluación de ésta en términos de severidad. Así mismo, la familia decide si el cuidado se realiza en casa o en otros lugares. Los familiares tienen influencia en los tratamientos propuestos por los profesionales de la salud, pues los evalúan frente a sus conocimientos y expectativas, y deciden si los promueven o no.

Se hace evidente en esta categoría el poder facilitador del factor social –familia– en la toma de decisiones para el cuidado. A pesar de las barreras que pueda ofrecer el contexto ambiental, los parientes logran intervenir y generar estrategias para mantener y recuperar la salud de los ancianos.

En este grupo de colaboradores, la toma de decisiones está en manos de la familia, pero específicamente de los hijos, cuando los hay, y del esposo o esposa. Es importante aquí no solo el grado de consanguinidad sino el género, pues en la mayoría de los casos las decisiones finales son tomadas por las hijas mujeres. Al respecto, Nair y Costa[597] afirman que, pese a que el grupo familiar es una unidad importante, muchas veces es representado en su cultura, sus hábitos y modos de vida por la mujer, quien tiene especial poder en las determinaciones que tengan que ver con las conductas de salud.

Respecto de los hallazgos contemplados en este patrón, mucho se ha escrito sobre la relación de la familia en la toma de decisiones. En primer lugar, Kleinman[598] afirma que la familia tiene una fuerte influencia y participación en las determinaciones y tratamientos en salud. Según él, esa influencia se hace mucho más evidente en grupos familiares de bajos recursos. Así mismo, este autor sostiene que existe una jerarquía de recursos que los individuos establecen para decidir sobre su salud, en la cual ese grupo es el segundo recurso, después de agotar los propios. La familia identifica los recursos y su jerarquía no solo para los niños sino también para los adultos, y es la encargada de establecer la severidad de la situación de salud para las personas ancianas y los niños.

En esta investigación, a pesar de que la familia posee un papel fundamental en las determinaciones, las personas ancianas en situación de discapacidad no cumplen un papel pasivo, pues tienen la potestad de aceptar o no las decisiones, pueden resistirse o movilizar a los parientes para que realicen las acciones y prácticas de cuidado necesarias.

Robles[599] describe la influencia de la familia en las decisiones para el cuidado de la salud en personas con enfermedades crónicas. Resalta la importancia de ella en la construcción de la experiencia del padecimiento del enfermo. En este

---

[597] NAIR e COSTA. Negociando fronteiras entre culturas doencas e tratamentos no cotidiano familiar. Op. cit., p. 113-128.

[598] KLEINMAN, Arthur. Patients and healers in the context of culture an exploration of the Borderland between Anthroplogy, Medicine, and psychiatry. 1980. Op. cit., p. 179.

[599] ROBLES, Leticia y VÁSQUEZ, Elba. El cuidado a los ancianos: las valoraciones en torno al cuidado familiar. En: Rev. Texto contexto Enferm. Florianapolis. Abr-jun, 2008. vol. 17, no. 2, p. 225-31.

sentido, los familiares cuidadores no solo se limitan a brindar el cuidado instrumental, sino que estructuran la trayectoria de padecimiento del enfermo. Al igual que en este estudio, el citado autor manifiesta que la familia es la que determina el tipo de tratamiento y cuándo se debe recibirlo. El grupo familiar desempeña un papel fundamental en todo el proceso de trayectoria de cuidado de la salud, haciendo parte del contexto ambiental e influyendo tanto en sentido positivo como negativo.

5.2.3 Cuando los males no se curan con los remedios caseros, vamos al hospital.

Hace unos días me cogió un dolor en la espalda que no me pasaba, tomé unas aguas de hierbas aromáticas, me friccionaron la espalda con pomada verde y me hicieron otras cosas pensando en que me mejorara, pero ya los hijos vieron que no mejoré y me llevaron al hospital para ver qué me decían. (Isabel)

El uso de remedios caseros es el primer recurso al cual acceden los ancianos de esta investigación y sus familias cuando la evaluación de la severidad no compromete la vida. Pero cuando estos recursos no solucionan la situación, la decisión que toman los colaboradores se orienta a preservar la vida; entonces es cuando optan por ir al hospital. De esta manera, los conocimientos y experiencias que los colaboradores posean respecto de una situación de salud, permiten construir los caminos en la trayectoria de cuidado popular.

Los ancianos participantes de este estudio poseen conocimientos, fruto de su herencia cultural, que les permiten manejar y tratar ciertas situaciones. Por tanto, la posibilidad de utilizar ese conocimiento o reconocer que no se tiene, permite optar por diferentes vías en el proceso de toma de decisiones en la búsqueda de cuidado.

En el caso de estas personas ancianas los conocimientos están relacionados con sus creencias, en las que se incluyen remedios caseros tales como el uso de las hierbas en aguas aromáticas, en infusiones, en maceración, así como el empleo de cremas y otros objetos, junto con la experiencia que han tenido en la utilización de ellos. La experiencia sobre la efectividad de los remedios influye en la determinación de volver a utilizarlos o no. El conocimiento sobre los medicamentos formulados con anterioridad en los servicios de salud, entra a formar parte del universo de conocimientos de estas personas, aplicándolos para la solución de otras situaciones de salud. Esto no quiere decir que la automedicación sea acertada, ya que los medicamentos que consumen no siempre corresponden con la situación o con el problema de salud.

En este aspecto, Gerthart[600], en su estudio de los itinerarios terapéuticos en situación de pobreza desarrollado con 334 familias de bajos ingresos en Brasil, encontró que muchos de esos grupos familiares buscan la automedicación como primera medida de solución a sus problemas de salud y, en el caso de que esta no funcionara, el segundo recurso utilizado es la asistencia a los servicios de salud.

Al igual que sucede en esta investigación y en lo reportado por otros estudios, el uso de remedios caseros como primer recurso establecido en la toma de decisiones ha sido observado en poblaciones con condiciones difíciles de pobreza, en los cuales las personas experimentan dificultades de acceso y de disponibilidad de recursos. Vale la pena pensar si los remedios caseros son utilizados por estas poblaciones en situaciones adversas o si esta predilección se encuentra en otros grupos independientemente de su condición.

Al respecto, se evidencia que la herencia cultural, considerada como uno de los factores del contexto ambiental, ejerce una poderosa influencia en la toma de decisiones, ya que las creencias y la herencia cultural de las personas determinan las formas de actuar. En este grupo de personas, los factores sociales –familiares– y la herencia cultural influyen en la preferencia y uso de las hierbas como primera opción antes de acudir a otras instancias.

También se tienen en cuenta en el acto de decidir las experiencias anteriores de las personas ancianas en su consulta a los servicios de salud. Esas experiencias tienen connotaciones negativas para este grupo, las cuales consisten en dificultades con los trámites administrativos, los costos de los medicamentos, el tipo y calidad de los tratamientos y la deficiente atención por parte de los proveedores de los servicios. La *mala atención* para las personas ancianas se refiere a la consideración de estigmatización de la que se sienten víctimas en los servicios de salud. En consecuencia, si la experiencia con los servicios de salud ha sido negativa, las personas se resisten a utilizarlos.

En relación con lo anterior, autores como Garro[601] afirman que existen criterios importantes para la elección de tratamientos: en primer lugar, el conocimiento de

---

[600] GERHARDT, Tatiana. Itenerarios terapéuticos em situaciones de pobreza: diversidade e pluralidade. Em: Cad. Saúde pública, Rio de Janeiro. Nov. 2006. vol. 22, no. 11, p. 2449-2463.

[601] GARRO, Linda. On the rationality of decision making studies: part II. Op. cit., p. 319-340.

[601] Ibid.

remedios caseros adecuados para la situación, y en segundo lugar, la fe y la confianza en la efectividad de los remedios caseros o formulados.

Kleinman[602] encontró en su estudio con familias taiwanesas, que las decisiones para buscar ayuda en salud se encuentran relacionadas con el costo de asistir a los servicios de salud y el costo de las medicinas. En consecuencia, las personas tienen que arreglárselas con hierbas no costosas y medicinas baratas, pero si continúan enfermas y no responden a los remedios caseros o a las medicinas compradas en la farmacia, asisten directamente a los servicios de salud.

5.2.4 A uno de viejo le toca tener más cuidado con la salud.

Cuando uno llega a viejo se vuelve más delicado, entonces cualquier problemita de salud se puede volver grave. A uno le toca no dejar avanzar los males. (Graciela)

Estar viejo implica adquirir mayor debilidad y estar mucho más susceptible a adquirir las enfermedades. Esta percepción tiene influencia en la toma de decisiones de cuidado, pues esta susceptibilidad percibida movilizará más rápidamente las alarmas en la persona anciana discapacitada y en la familia para buscar cuidado. Tal percepción es uno de los elementos que elaboran los caminos en la trayectoria de cuidado popular de la salud.

Las personas ancianas hacen una valoración de su situación de vejez y discapacidad, en la que consideran que cualquier evento adverso, enfermedades, carencias o accidentes pueden tornarse graves y potenciar la debilidad que se adquiere con la edad y la situación de discapacidad. En este sentido, consideran que esas situaciones requieren mayor atención y cuidado, por lo cual existe una disposición a dar mayor atención a las señales de alarma, a tomar decisiones rápidas y a buscar prácticas de cuidado tendientes al mantenimiento y la protección de la salud.

En otros momentos de la vida, las situaciones de salud eran vistas con ligereza por este grupo de ancianos y no se priorizaban. En el momento actual es cuando reconocen que son vulnerables, porque observan los efectos del trabajo, de los descuidos y de otros elementos que hacen parte de la comprensión de la situación de salud, y establecen acciones para su cuidado.

[602] KLEINMAN, Arthur. Patients and healers in the context of culture an exploration of the Borderland between Anthroplogy, Medicine, and psychiatry. 1980. Op. cit., p. 179.

Adicionalmente al reconocimiento de la edad y a la percepción de vulnerabilidad como un factor determinante para la toma de decisiones, este proceso para mantener y recuperar la salud es movilizado por la familia, pues ella cuenta con la aprobación o el permiso de la persona anciana para decidir y actuar cuando lo crean necesario.

Retomando lo mencionado por la Veeduría Distrital[603] en el primer capítulo, las estadísticas de uso de los servicios de salud, demuestran que las personas mayores –y en especial las mujeres– son los principales usuarios de esos servicios.

Borges y Yáñez[604] afirman que la naturaleza de los problemas de salud de la población anciana, así como el incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas, generan una alta demanda de servicios especializados y mayor uso de los servicios por parte de esta población.

Analizando lo descrito por la literatura y los hallazgos de este estudio, encuentro que coinciden, ya que las percepciones sobre la condición de salud alterada que tienen las personas ancianas en situación de discapacidad, se ven reflejadas en el mayor uso de los servicios de salud que se reporta en las estadísticas.

5.3 LA EJECUCIÓN DEL CUIDADO: EL VAIVÉN ENTRE LO POPULAR Y LO PROFESIONAL

Los ancianos de esta investigación hacen uso de sus prácticas heredadas culturalmente y de los conocimientos adquiridos a lo largo de la vida para cuidar su salud, entre los cuales se encuentran los provenientes del sector salud. El nombre de este patrón representa la unión de esos conocimientos. Lo popular y lo profesional se articulan, se usan juntos o separados de acuerdo con la compresión de la situación actual y las decisiones que las personas tomen para el cuidado de la salud. De esta manera, identifiqué el último paso de la trayectoria de cuidado popular de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza, denominado por López[605] la *Ejecución del cuidado*.

---

[603] VEEDURÍA DISTRITAL (Bogotá). Situación de la persona mayor en Bogotá. Op. cit., p. 89.

[604] BORGES YAÑEZ, A. y GÓMEZ DANTÉS, H. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. Op. cit., p. 1-11.

[605] LÓPEZ, Alba Lucero. O cuidar no contexto da adversidade; a história oral de idosos em uma comunidade colombiana. Op. cit., p. 147.

Estuve muy fregada de esta pierna… muy mala, porque me caí. Me hice los remedios que pude y la hija me sobó con pomada verde. Los hijos me daban lo que podían, me dejaron en la cama para que me quedara quieta, pero nada… Yo ya quería que me llevaran al médico. En últimas, ellos hicieron el empeño de acompañarme, porque como no puedo salir sola… (Emma)

En este patrón se recogen y conjugan la comprensión de la situación actual y la toma de decisiones, las cuales se hacen visibles en una serie de prácticas de cuidado que realizan los diferentes actores. En la ejecución del cuidado se visibilizan las construcciones culturales sobre las formas de mantener y recuperar la salud, es decir, las creencias y los significados que las personas tienen sobre la vejez, la discapacidad y el cuidado, así como la visión de mundo y la influencia del contexto ambiental.

Es en esta última parte de la trayectoria de cuidado popular donde se manifiesta la toma de decisiones, en las que se valora la situación, los recursos disponibles, la influencia en el funcionamiento físico y social, la valoración que efectúan otras personas, la edad y el nivel de dependencia. Todos estos elementos llevan a ejecutar un cuidado particular que se configura a partir de ellos.

En este grupo de ancianos, la ejecución del cuidado implica la realización de actividades, acciones y comportamientos intencionados que tienen el propósito de mantener y recuperar la salud, así como la intervención de distintos actores en el desarrollo de esos actos. La ejecución del cuidado varía de acuerdo con el género y el grado de severidad.

En el patrón *El vaivén entre lo popular y lo profesional*, se presentan los actores, las variaciones en el cuidado dependientes del género y del nivel de dependencia, y finalmente las prácticas de cuidado popular que realizan los ancianos las cuales van dirigidas a mantener y recuperar la salud. Estas prácticas también se enfocan a las diferentes dimensiones del ser –física, mental y espiritual– descritas en el segundo capítulo, numeral 2.3.5.

5.3.1 Los actores en la ejecución del cuidado. En la tabla No 3 se presentan los actores que aplican el cuidado, su tipo de intervención directa (d) o indirecta (i), y las prácticas que ejecutan o ayudan a ejecutar, ya sea que estén dirigidas a mantener o a recuperar la salud, y el nivel en que estén dispuestas: físico, mental o espiritual.

Tabla 3. Actores que ejecutan el cuidado para mantener y recuperar la salud de las personas ancianas en situación de discapacidad.

	FÍSICO	MENTAL	ESPIRITUAL
PRÁCTICAS PARA MANTENER LA SALUD	Persona anciana (d) Familia (d) Vecinos (d) OG (i) Colaboradores de la iglesia (d)	Persona anciana (d) Familia (d) Vecinos (d) OG (i) Colaboradores de la iglesia (d)	Persona anciana (d) Colaboradores de la iglesia (d)
PRÁCTICAS PARA RECUPERAR LA SALUD	Persona anciana (d) Familia (d) Vecinos (d) Profesionales de la salud (i) Personas de las droguerías (i) Sobandero Entidades de origen sobrenatural (i) Colaboradores de la iglesia (d)	Persona anciana (d) Familia (d) Vecinos (d) Colaboradores de la iglesia (d)	Persona anciana (d) Colaboradores de la iglesia (d)

La persona anciana en situación de discapacidad es el primer actor en la mayoría de ocasiones, pues es quien realiza actividades de cuidado de la salud. Los otros actores provienen de las redes cercanas a la persona como la familia, los vecinos, miembros de grupos religiosos y otras personas que poseen conocimientos sobre el cuidado, como lo son quienes atienden las droguerías, los sobanderos y las entidades de origen sobrenatural. Intervienen también actores pertenecientes al sistema de salud; los profesionales más visibles son el médico y la enfermera; finalmente las organizaciones gubernamentales –OG– como la Secretaría de Integración Social.

La familia tiene intervención directa en el cuidado de la salud de los ancianos, proporciona cuidado para mantener y recuperar su salud e influye en los niveles físico y mental únicamente.

Cada miembro de la familia desempeña actividades de cuidado de acuerdo con su rol. En este sentido, la mujer es la encargada principal del cuidado, dado que se mantiene la asunción cultural de que el cuidado es una responsabilidad femenina y adicionalmente es ella quien permanece por más tiempo en la vivienda. Sin

embargo, no hay una exclusión total del hombre en el cuidado: el hombre realiza actividades sencillas como calentar la comida, dar la pastilla y acompañar a la persona anciana.

Los niños también cumplen un papel en el cuidado de la persona anciana. Ellos participan como compañía y apoyan en acciones simples como ayudar a preparar el alimento y alcanzar las medicinas o los remedios caseros. En este caso se observa una relación de ayuda mutua, es decir, los niños apoyan el cuidado de los ancianos y éstos a su vez deben estar pendientes de la seguridad de los niños.

López[606] identificó, dentro de la ejecución del cuidado, los actores que posibilitan las prácticas de cuidado. Entre ellos se encuentran la persona anciana, la familia y, dentro de ella, las mujeres encargadas de realizar el cuidado directo y los hombres responsables de proporcionar la seguridad económica de la familia.

La familia es la primera instancia en la búsqueda de la salud, pues en su interior se agotan los recursos de cuidado[607] [608] [609]. Entre el 70 y el 90% de los tratamientos en salud ocurren dentro de la familia[610]. Las actividades realizadas dentro de ella comprenden las decisiones, la evaluación del estado de salud y los primeros cuidados, así como la definición del recurso que ha de ser movilizado[611].

Como se mencionó en el patrón de toma de decisiones, la familia ejerce poderosa influencia en el cuidado del anciano, pues forma parte de toda la trayectoria de cuidado de la salud. El grupo familiar comparte en muchas ocasiones la comprensión de la situación de salud, ostenta poder en la toma de decisiones de cuidado y es el actor principal en su ejecución. De la misma manera, como se describió en el capítulo anterior, la familia hace parte del contexto ambiental y puede tener efectos facilitadores o de barrera en el cuidado de la salud de los adultos mayores.

---

[606] Ibíd.

[607] KLEINMAN, Arthur. Patients and healers in the context of culture an exploration of the Borderland between Anthroplogy, Medicine, and psychiatry. 1980. Op. cit., p. 179.

[608] HELMAN, Cecil. Cultura saúde & Doença. Op. cit., p. 50.

[609] KLEINMAN, Arthur. Patients and healers in the context of culture an exploration of the Borderland between Anthroplogy, Medicine, and psychiatry. 1980. Op. cit., p. 179.

[610] NAIR e COSTA. Negociando fronteiras entre culturas doenças e tratamentos no cotidiano familiar. Op. cit., p. 117.

[611] GERHARDT, Tatiana Op. cit., p. 2450.

El otro día cuando me caí, cuando tuve el pie enyesado, mis dos hijos, Heriberto Y Arturo, corrieron y me llevaron al médico. Después llegó la hija y pagó todo. Ella fue la que sacó la plata para pagar el hospital y para todo. (Álvaro)

Los vecinos y las personas cercanas brindan un cuidado de la salud orientado al mantenimiento y la recuperación en los niveles físicos y mentales, esto es, ellos apoyan la ejecución de algunas prácticas relacionadas con la alimentación, la preparación de remedios caseros y la compañía en la vivienda y en los servicios de salud.

Quien atiende la droguería es un actor indirecto que es consultado frecuentemente, pues brinda asesoría y orientación, y proporciona los medicamentos y remedios para recuperar la salud, actuando especificadamente en el nivel físico. A pesar de las regulaciones legales que prohíben el expendio de medicamentos sin formula médica, en este contexto se mantiene la práctica de asistir a la droguería para consultar y ser formulado por las personas que allí atienden. Esto puede ser explicado de varias maneras. De una parte, existen en este grupo de ancianos creencias en que los encargados de las droguerías poseen conocimientos similares a los de los médicos, ya que integran algunos de sus conocimientos científicos sobre el uso de medicamentos con las creencias culturales. Además, el uso de este recurso no tiene barreras de acceso. Otra explicación puede estar relacionada con las similitudes en la visión de mundo y en el contexto ambiental que poseen en común los funcionarios de las droguerías con los colaboradores.

El sobandero es un actor de la red de cuidado familiar del anciano por ejercer una intervención directa. Actúa para recuperar la salud y aparece cuando hay una alteración en el nivel físico, esto es, cuando hay situaciones en las que se presentan lesiones o daños en el sistema osteoarticular. Sin embargo, su intervención es esporádica y acudir a él no se observa como una práctica frecuente en este grupo cultural.

Las entidades de origen sobrenatural son consultadas de manera intermitente por las personas ancianas de este estudio, quienes hacen referencia a santos como José Gregorio Hernández, quien les realiza procedimientos quirúrgicos y brinda tratamientos para recuperar la salud. Las acciones de los actores del orden de lo sobrenatural son reconocidas por las personas ancianas y sus familias, aunque el uso de este recurso no es referido específicamente por ellos para su situación.

A mi sobrina le cayó un mal muy raro: no comía, no dormía y tenía mal color. Entonces vino la mamá y la llevaron a donde san Gregorio para que la ayudara. La dejaron en un cuarto sola, con sábanas y todo blanco… Ella dice que cuando despertó le dolía mucho el estómago, como cuando está recién operado, y duró varios días en cama y sin poderse mover. ¡Ese santo la curó! Isabel

Los profesionales de la salud tienen un papel indirecto en el cuidado de la salud, pues ellos orientan las prácticas y brindan recomendaciones para el cuidado de la salud que están dirigidas, únicamente, al nivel físico.

En este grupo de actores, los hallazgos muestran que la figura más visible es la del médico, lo que cuestiona el papel y la trascendencia de las acciones de cuidado de otros profesionales de salud. La causa de esto puede radicar en que el primer escalón dentro de los servicios de salud es la consulta médica.

La figura del médico es reconocida por los ancianos, quienes la evalúan tanto en los aspectos positivos como en los negativos. Para estas personas, los médicos son quienes poseen la autoridad para definir cuál es el problema de salud y para decidir el medicamento que deben tomar y los procedimientos que hay que seguir. Aquí se puede identificar la apreciación y el respeto de la persona anciana por el médico, ya que se adapta a las reglas y a las normas sociales construidas por el sistema de salud para el manejo de las diversas situaciones de ese campo. Tal como lo señalan autores como Spector[612] y Helman[613], en el encuentro del anciano con el médico entra en juego una serie de relaciones de poder, en las cuales las personas asumen roles y jerarquías diferentes, esto es, el médico ordena y los pacientes obedecen. El rol de enfermo es asignado por el médico y sólo él posee la autoridad para cambiar tal situación.

A pesar de este reconocimiento, los ancianos y sus familias no siempre están de acuerdo con las prescripciones y los manejos sugeridos por el médico en los servicios de salud. Como mencioné en el proceso de toma de decisiones, ellos generan sus propias estrategias a partir de sus recursos y establecen formas de cuidado atendiendo a su propia lógica. Además, estos pacientes y sus familiares también se quejan por la manera como se realiza la interacción con los médicos: los perciben como autoritarios, intolerantes, indiferentes y poco comprensivos de su situación.

---

[612] SPECTOR, Rachel. Cultural diversity in health and illness. Op. cit., p. 64.

[613] HELMAN, Cecil. Cultura saúde & Doença. Op. cit., p. 109.

Por otra parte, las enfermeras profesionales no aparecen visibles en el discurso de los ancianos de este estudio. Las referencias que éstos tienen de la enfermería en general se han originado en el escenario hospitalario, es decir, la relación que señalan con enfermería se produce en los momentos en los cuales han estado hospitalizados. Se refieren a las enfermeras como las *señoritas*, las personas que les dan la comida, los bañan y les proporcionan los medicamentos. Parece que su referente son las auxiliares de enfermería, mas no las profesionales. Esto se puede explicar considerando diversos factores relacionados con el papel de la enfermera profesional en el sistema de salud vigente.

En la actualidad, la infraestructura del sistema de salud atiende un gran volumen de personas. Sin embargo, se ha centrado más en mostrar cifras de la cobertura en salud que en propiciar y valorar la atención desde la mirada del usuario como un ser humano. De esta manera, la gran demanda de servicios y la limitada oferta de recursos humanos generan altas cargas de trabajo que se reflejan en la calidad de la atención a las personas en general y a los ancianos en particular. Esta alta demanda y la organización de los servicios de salud han generado que las profesionales de enfermería deleguen actividades de cuidado y se centren en actividades de tipo administrativo.

Esta invisibilidad que reportan las personas ancianas puede estar asociada a que en las instituciones de salud no se encuentra suficiente recurso humano formado en las áreas de gerontología y geriatría para atender a esta población, afirmación que se refuerza con los hallazgos sobre las falencias en la formación del recurso humano en salud descritos en el capitulo dos.

Los actores de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales tienen una injerencia indirecta en la ejecución del cuidado, pues ellos orientan algunas acciones para el mantenimiento de la salud en los niveles físico y mental. Esos actores visitan a los ancianos y realizan actividades para el mantenimiento de habilidades mentales como la memoria y la atención, entre otros; proporcionan también asesoría en el manejo de apoyos técnicos como caminadores, muletas y sillas de ruedas, y brindan apoyo con recomendaciones a la familia mediante programas dirigidos a los cuidadores. A pesar de la ayuda que ofrecen, son valorados como insuficientes y en algunas oportunidades no son aceptados por los colaboradores de este estudio.

Las personas vinculadas con grupos religiosos proveen apoyo en los niveles físico, mental y espiritual, tanto para el mantenimiento como para la recuperación de la salud, ya que colaboran en cuidados como proveer la alimentación,

suministrar los medicamentos y ser compañía, al mismo tiempo que ayudan emocional y espiritualmente, pues comparten las mismas creencias religiosas.

Ese día encuentro a María Pureza en compañía de una vecina. Me cuenta que Merceditas (la vecina) viene de vez en cuando a acompañarla, le ayuda a calentar el almuerzo y por la tarde a rezar el Rosario. (Diario de campo, febrero 28 de 2007)

De esta manera, se puede concluir que el contexto ambiental junto con los factores sociales –familiares y de relación con los servicios de salud–, económicos y políticos, configuran los roles de los actores que ejecutan las prácticas de cuidado actuando de forma directa o indirecta, brindando apoyo o limitándolo.

5.3.2 La dependencia y el género en la ejecución del cuidado. En este grupo de colaboradores, el nivel de dependencia –es decir, la necesidad de apoyo de un familiar para las AVD– y el género diferencian las formas y las prácticas de cuidado. En primer lugar, se observa un rol más activo en el cuidado por parte de los ancianos con menor nivel de dependencia, esto es, aquellos que tienen la posibilidad de desarrollar algunas actividades como la higiene personal, desplazarse, proveerse el alimento, tomar sus medicamentos y preparar sus remedios caseros. Igual se observa en los que están en capacidad de cuidar a otros integrantes de la familia. Por el contrario, las personas con mayor grado de dependencia requieren el apoyo de otros actores como la familia y los vecinos para realizar las actividades de la cotidianidad, desde vestirse y tomar los alimentos hasta ser representadas ante la sociedad en la búsqueda de solución para sus necesidades. Este último grupo, aunque posee conocimientos sobre el cuidado de la salud heredados culturalmente, no puede realizarlo y depende de lo que los familiares deseen hacer. Por ejemplo, muchos de los colaboradores saben sobre el uso de las plantas medicinales pero, al no poder salir de casa, dependen de la voluntad o de la disponibilidad de tiempo de los familiares, o quien los cuida no comparte algunas de sus creencias al respecto.

En lo relacionado con el género en la ejecución del cuidado, las mujeres desempeñan un papel más activo y directo en tal ejecución, es decir, son quienes toman la iniciativa, buscan solución para las situaciones y las ponen en práctica, mientras que los hombres asumen un rol un poco más pasivo, o sea, se tornan receptores del cuidado. Esto se relaciona con la asunción cultural dominante en muchas culturas de que el cuidado corresponde al género femenino.

Esta delegación del género en el cuidado ha sido constatada en múltiples estudios con diferentes culturas, en los cuales se ha encontrado que las mujeres son las cuidadoras por excelencia y ese papel se ha mantenido durante siglos en esas culturas[614]. La feminización del cuidado ha sido estudiada por numerosos autores, quienes argumentan que la obligación filial y el género femenino están relacionados. El cuidado es valorado como una norma femenina y la gran mayoría de las personas que cuidan a los ancianos son mujeres[615]. López[616] también identifica un papel más activo de la mujer en el cuidado que se brinda a los ancianos pues culturalmente se ha establecido que el rol del cuidador es eminentemente femenino.

De esta manera, se observa que el cuidado casi siempre ha sido una tarea femenina y sigue siéndolo aún en la vejez y en la situación de discapacidad. En el grupo de personas ancianas es frecuente encontrar más marcada esta feminización del cuidado, porque está determinada por su historia de vida, la cual ha sido permeada por una clara división del trabajo en la que se consideran actividades femeninas y masculinas. Las mujeres son quienes deben cuidar de otros y afrontar las situaciones de vejez y discapacidad por más tiempo.

Los ancianos en situación de discapacidad y pobreza de sexo masculino siguen las recomendaciones médicas de manera más rigurosa y son receptores más que proveedores de cuidado. Se observa que no toman la iniciativa para utilizar remedios caseros tales como la preparación de aguas e infusiones, y la aplicación de cremas o masajes. Sin embargo, aceptan estas prácticas cuando se las proporcionan sus hijas o sus esposas.

Entre tanto, las mujeres son más inclinadas a buscar la solución a sus situaciones de salud en las prácticas populares, a hacer adaptaciones del cuidado profesional con el cuidado popular y a proveer el cuidado para sí mismas y para los otros. Retomando lo expuesto en el primer capítulo, la literatura afirma que las mujeres son más recursivas y las mayores usuarias de los servicios de salud[617].

En esta forma, se observa que en el grupo de colaboradores el género hace una distinción en el cuidado que realizan, notándose que los varones son menos

[614] COLLIERE, Francoise Marie. Promover la vida. Op. cit., p. 183.

[615] ROBLES y VÁSQUEZ. El cuidado de los ancianos la feminización de la obligación filial. Op. cit., p. 261.

[616] LÓPEZ, Alba Lucero. O cuidar no contexto da adversidade; a história oral de idosos em uma comunidade colombiana. Op. cit., p. 163.

[617] VEEDURÍA DISTRITAL (Bogotá). Situación de la persona mayor en Bogotá. Op. cit., p. 89.

recursivos que las mujeres, lo cual puede conllevar implicaciones en el cuidado de su salud.

Cuando mi marido se enferma, no hace nada por mejorarse… él no se toma un agua, no se hace un masajito, no se ayuda con nada. Me toca a mí paladearlo y ayudarlo para que no se deje morir. En últimas, cuando esta así, yo le digo: Pues mijo, saque el carnet del Sisbén y sóbeselo en la pierna para ver si así se mejora… (risas). (María Eucaris)

5.3.3 Las prácticas de cuidado popular en la ejecución del cuidado. En el vaivén que implica la ejecución del cuidado, se mezclan las prácticas populares con los conocimientos profesionales, las cuales son utilizadas respondiendo a la lógica establecida en la comprensión de la situación de salud y en la toma de decisiones. Esas prácticas son el siguiente momento en la ejecución del cuidado. En ellas se hacen evidentes las posibilidades o las barreras que ofrece el contexto ambiental al que deben adaptarse los ancianos y sus familias con el fin de mantener y recuperar la salud.

El grupo de colaboradores construye unas prácticas de cuidado de la salud a partir del entramado que se genera en el proceso de trayectoria de cuidado popular y su relación con el contexto ambiental. De esta manera, la compresión de la situación actual orienta las configuraciones de las prácticas de cuidado. Así, si los significados sobre la vejez y la discapacidad están centrados en el cuerpo y su relación con el entorno, de la misma manera las prácticas tienen mayor representación en el mantenimiento y la recuperación de los aspectos físicos del cuerpo.

Las atribuciones causales planteadas por este grupo dan forma a las prácticas de cuidado. Éstas, por lo tanto, atienden el cuidado con mayor énfasis en unos niveles que en otros –físico, mental o espiritual–, lo que quiere decir que en algunos casos es coherente con la atribución causal realizada. Por ejemplo, si las atribuciones causales están ubicadas en lo psicosocial –sufrimiento–, se buscarán estrategias para el cuidado de la salud en el nivel mental –tranquilidad–; en el caso de la ubicación natural, el exceso o falta de equilibrio entre el frío y el calor tienen como práctica subsecuente la atención en el nivel físico de la persona, buscando estrategias externas e internas para compensar la alteración como abrigarse y utilizar cremas o ungüentos calientes, entre otros.

Aun con el anterior análisis, es arriesgada una generalización sobre la relación lineal de las atribuciones causales y las prácticas, pues las situaciones de salud y

vida de las personas suceden en un entramado que se construye en la complejidad de las atribuciones causales y los significados, los cuales se constituyen en una amalgama modelada de manera diferente dependiendo de las condiciones del contexto ambiental, las diversas vías en el proceso de toma de decisiones y las capacidades de las personas para realizar las prácticas.

A continuación abordaré las prácticas de cuidado dirigidas a mantener y recuperar la salud, con su presentación en las siguientes diez categorías. Las que están dirigidas a mantener la salud en el nivel físico, son: *Ayudándome y dejándome ayudar*; *Protegiéndome del frío evito más males*; *A esta edad toca cuidarse muy bien en las comidas*; *Manteniendo limpio el cuerpo y el aire*; *Previniendo los males: entre la quietud y el movimiento*; *Buscando alivio con los remedios que conocemos*, y *Haciendo lo que manda el médico*. En el nivel mental, las categorías son: *Manteniendo la mente ocupada* y *Procurando la tranquilidad*. Y en el nivel espiritual, *Apoyándome en Dios.*

Las prácticas de cuidado para recuperar la salud son las que se realizan con mayor frecuencia y cantidad, y están dirigidas principalmente a la salud física, en coherencia con las atribuciones causales dadas a las afecciones situadas en el cuerpo. Las limitaciones físicas son las causas principales de la discapacidad y constituyen la principal preocupación y fuente de malestar de este grupo de ancianos. En este grupo de prácticas en el nivel físico, se identifican las categorías *Buscando alivio con los remedios que conocemos, Haciendo lo que manda el médico*, y en el nivel espiritual, *Apoyándome en Dios,* la cual describe las prácticas empleadas para mantener y para recuperar la salud.

Con el fin de orientar al lector, en el Anexo F se encuentran organizadas las categorías, los patrones y el tema cultural correspondiente a este capítulo. En el anexo G presento las sub categorías generadas sobre las prácticas de cuidado; al igual que las categorías, están organizadas considerando si se realizan para mantener y recuperar la salud en los niveles físico, mental y espiritual. El cuadro brinda información específica sobre las prácticas de cuidado; en él se hace evidente el vaivén entre el cuidado popular y el profesional, así como el peso que tienen las prácticas de cuidado popular en eL grupo de colaboradores. En ese cuadro se pueden observar las prácticas de cuidado para mantener y recuperar la salud, las cuales están orientadas fundamentalmente a atender el nivel físico.

5.3.3.1 Ayudándome y dejándome ayudar. Esta categoría describe las prácticas cotidianas realizadas por las personas ancianas y sus familias para mantener la salud física. Ayudarse desarrollando esas actividades posibilita a los ancianos mantenerse activos y cumplir un rol. Además, dejarse ayudar es una forma de

respuesta que la persona debe aceptar y que está relacionada con su nivel de dependencia. En esta categoría también se incluyen las ayudas que ellos utilizan para movilizarse dentro de la casa y mantenerse activos.

Es una briega para bañarme; el temblor me friega, pero hago el deber. Voy hasta el baño despacio y abro la llave, me enjabono bien enjabonado, me baño y me seco y la hija me lleva la ropita. Ella también me lleva el desayunito a la cama. Ya para el almuerzo la otra hija me lo trae, me deja almorzado y se va. (Francisco)

Uno puede estar viejo y fregado, pero tiene que seguir luchando para ayudar a la familia y ayudarse a uno mismo, así como dice el dicho: ayúdate que yo te ayudaré… (Emma)

Las actividades de la vida diaria tales como comer, bañarse y vestirse, hacen parte de la cotidianidad y se observa un interés de los ancianos en participar en estas actividades independientemente de sus limitaciones. Tales actividades son asumidas de manera diferente según el género pues, como se mencionó en el apartado 5.3.2, éste tiene influencia en la forma en que se proporciona el cuidado.

De otro lado, también dependen de la familia el tipo y la cantidad de actividades que realizan los colaboradores. Algunas familias brindan apoyos mínimos, ya que disponen de muy poco tiempo para ayudarles, por lo cual efectúan algunas tareas y dejan que la persona anciana las termine. Otras familias, en cambio, procuran proporcionarle todos los apoyos en la realización de las actividades, aunque tengan que pagar a terceros para que ayuden a su pariente anciano.

Los colaboradores de este estudio emplean ciertos tipos de tecnologías, ya que las condiciones de vejez y discapacidad hacen necesario el uso de algunas herramientas para movilizarse con el fin de llevar a cabo las actividades de la vida diaria y aumentar la autonomía.

Existe un gran espectro de dispositivos de ayuda para mejorar la independencia de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza. En este apartado solo menciono los más comunes para este grupo de personas, tales como ayudas para la movilidad –sillas, bastones y andadores–, para la protección personal –dispositivos anti escaras, asientos posturales–, para las tareas domésticas y muebles y adaptaciones para viviendas y otros edificios. Este tipo de dispositivos de ayuda no siempre está disponible ni está generalizado su uso para personas

ancianas con discapacidad dentro del sistema de salud y menos aun en sus hogares.

A pesar de todos los beneficios y desarrollos de las tecnologías de ayuda, los ancianos de este estudio han sabido salir adelante, enfrentar las necesidades de movilización y ser independientes aun si esos recursos no son los más apropiados. Ellos diseñan, adaptan y aprenden el uso de diversos dispositivos existentes en su entorno con el fin de normalizar sus vidas; de esta manera, crean bastones a partir de un palo de escoba o un tubo, utilizan cuerdas y lazos que colocan en el techo sobre la cama para poder movilizarse y usan la silla plástica en el baño para bañarse y como caminador (Figuras 19 y 20). Se observan aquí la fortaleza y la capacidad de adaptación y lucha que han desarrollado las personas ancianas con discapacidad. Esas adaptaciones también muestran cómo estas personas buscan controlar de alguna manera su entorno y mantenerse relacionados con el mundo exterior.

Otro aspecto importante para resaltar es el relacionado con la colaboración que proporciona la familia al anciano discapacitado, en el sentido de que se convierte en su apoyo principal para la movilidad y otras actividades de la vida diaria, función que bien podrían desempeñar ciertos accesorios tecnológicos que ayudan a vestirse, bañarse y realizar diversas tareas domésticas (Figura 21).

Figura 19. Tecnologías de ayuda utilizadas por las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza.

Tomado de: Archivo proyecto “comprendiendo el cuidado de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza”. 2008

Figura 20. Adaptaciones tecnológicas realizadas por las personas ancianas en situación de discapacidad

Figura 21. La familia y la tecnología como apoyo para las personas ancianas en situación de discapacidad

Tomado de: Archivo proyecto "comprendiendo el cuidado de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza". 2008

5.3.3.2 Protegiéndome del frío evito más males.

La hija me regaña porque me pongo muchos trapos y yo le digo que tengo que cuidarme del frío; es que entra y le penetra a uno los huesos y de ahí vienen muchos males, por eso me mantengo con mi gorro y mis sacos. (Carmen Rosa)

Las prácticas de los ancianos generadas a partir de la comprensión de la dualidad frío y calor, se reflejan en esta categoría. Una de las más utilizadas es la de evitar

los cambios de temperatura, es decir, pasar de calor a frio. Ellos prestan especial atención en evitar la exposición tanto al frío de los cambios climáticos como el frío en los alimentos que consumen. Además, ponen en práctica sus conocimientos sobre los tipos de plantas de acuerdo con las características frías o calientes que les atribuyen.

Esto concuerda con lo expuesto por Spector[618] en relación con la creencia en los problemas salud originados por el desequilibrio entre el frío y el calor. Al respecto, esta autora afirma que existen enfermedades frías y enfermedades calientes; de la misma manera, existen remedios fríos y remedios calientes. Así, para restablecer el equilibrio producido por las enfermedades frías se tratan con remedios calientes. Algunas enfermedades frías son la artritis, el resfriado y los dolores articulares; algunas enfermedades calientes son las úlceras y el estreñimiento.

Relacionado con la creencia en la dualidad frío y calor, Spector[619] afirma que los efectos de la alteración de esa dualidad no siempre se manifiestan de forma inmediata. De igual forma, estos ancianos afirman que sus males son consecuencia de la alteración del equilibrio que tuvieron tiempo atrás.

En este grupo de colaboradores existen cuidados especiales para protegerse del frío: utilizan prendas para cubrirse la cabeza y los pies, y varias prendas en el cuerpo, independientemente de la condición climática. Estas prácticas pueden ser causadas por las condiciones climáticas, por los cambios que se producen con la edad en la termorregulación del cuerpo o por la creencia en que es necesario protegerse de manera especial en la vejez.

Spector[620] menciona al respecto que el uso de ropa y calzado adecuados para defenderse del frio es una práctica difundida en muchas culturas. Muchos grupos étnicos y religiosos también aconsejan determinadas prendas o atuendos para la cabeza.

García y Glascoe[621] hacen referencia a las diferentes opiniones sobre el origen de esa costumbre. Algunos la atribuyen a las teorías humorales de origen hipocrático,

---

[618] SPECTOR, Rachel. Cultural diversity in health and illness. Op. cit., p. 128.

[619] Ibid, 2003.

[620] Ibid, 2003.

[621] GARCIA, Javier et al. La contribución de la antroplogia médica al estudio comparativo de la lea cultura en salud: el caso del sistema frio / calor en los pacientes con afecciones respiratorias. Op. cit., p. 57-66.

producto de la degeneración de la teoría de los cuatro humores en dos. Otros investigadores consideran que esta teoría es de origen indígena americano y va más allá de la dicotomía. De todas maneras, estos autores encontraron que la dualidad frío-calor tiene vigencia en la cultura de los estratos populares, independientemente de la edad, la escolaridad y la ubicación espacial, para comprender las situaciones de salud.

5.3.3.3 A esta edad toca cuidarse muy bien en las comidas.

Yo como lo que puedo; cuando me lleno, dejo lo que quede de la comida; no puedo comer más porque me cae mal. Además la hija sabe que por mi situación no puedo comer ni yuca, ni papas criollas, ni marrano, ni nada de eso. ¡A esta edad ya uno no puede comer de todo porque le hace daño! (Carmen Rosa)

La alimentación es una práctica para mantener la salud física en este grupo de personas ancianas. Aun cuando sus recursos económicos sean limitados para adquirir los alimentos que ellos consideran saludables, reconocen en la alimentación la esencia de la salud. En esta categoría se identifica la mezcla de saberes, pues la alimentación hace parte importante de la cultura y, de otro lado, la alimentación como parte de un estilo de vida saludable, es estimulada por los profesionales de la salud que ven en ella una práctica para mantenerse sano.

Comer los alimentos bajos en sal y en azúcar, tomar vitaminas recetadas o no y consumir suplementos como Ensure, calcio y suplementos vitamínicos del estilo de la kola granulada, son costumbres derivadas de la información que estos ancianos han recibido en los servicios de salud respecto de las enfermedades generadas por los excesos en el consumo de algún tipo de comida o condimento y de los nutrientes que requieren. Así mismo, consumen todo tipo de alimentos y en diversas preparaciones atendiendo a su herencia cultural, es decir, preferentemente consumen los platos típicos de sus lugares de origen.

La alimentación y su forma de preparación contribuyen a la salud de las personas y están determinadas por la cultura. Se pueden encontrar alimentos sagrados o profanos, buenos o malos, que funcionan como medicinas y viceversa[622].

Las dietas también son vistas como una forma de remedio para algunas enfermedades y ciertos estados psicológicos. Las vitaminas son empleadas para evitar el contagio de enfermedades virales o bacterianas; determinados alimentos

[622] HELMAN, Cecil. Cultura saúde & Doença. Op. cit., p. 50.

son utilizados para ayudar en los procesos fisiológicos; otros son evitados por considerarse fríos o calientes[623].
En general, las personas ancianas y las familias de este estudio piensan que deben atender a la alimentación para mantener la salud. De la misma manera, creen que existen alimentos que no se deben consumir porque generan alteración en los procesos fisiológicos del cuerpo. Sustancias como los suplementos alimenticios son vistas como alimentos y medicinas a la vez[624]; esto se observa en el citado grupo de ancianos, quienes consideran el Ensure, el acido fólico y el sulfato ferroso como alimentos que deben ser ingeridos para mantener la salud.

Romanelli[625] encontró en su estudio con población de bajos ingresos que los alimentos son clasificados entre los que son comida –como el arroz, el frijol y la carne, que son representados como alimentos fuertes, que nutren– y los que solo sirven para engañar o para distraer el hambre, como las verduras y las legumbres. Esta concepción de los alimentos no se encuentra relacionada con su valor nutritivo, sino con la sensación de llenura que puedan producir.

La dieta de la población pobre es repetida, no por falta de conocimiento, sino por el significado que los alimentos considerados fuertes ocupan en el sistema clasificatorio, así como por las condiciones socioeconómicas en que viven[626].

Los planteamientos de Romanelli[627] se encuentran en concordancia con lo expresado por los ancianos de este estudio, ya que, pese a considerar que hay alimentos que no deben consumirse porque les hacen daño, tienen su dieta cargada de carbohidratos y tubérculos. Con relación a los alimentos de origen animal, mantienen un consumo restringido relacionado con sus posibilidades económicas.

5.3.3.4 Manteniendo limpio el cuerpo y el aire.

---

[623] Ibid.

[624] ETKIN, N y ROSS, P. Food as medicine and medicine as food: an adaptive framework for the interprertation of plan utilization among the Hausa of Northern Nigeria, 1982. In: Soc. Sc Med. vol. 16, p. 1559-73. Citado por: HELMAN, 2006

[625] ROMANELLI, Geraldo. O significado da alimentação na família: Uma visão antropológica. Em: Medicina, Ribeirão. Em: Mecina, Riberao Preto. Jul/ set. 2006, vol. 39, no. 3, p. 33-9.

[626] Ibid.

[627] Ibid.

La hija hizo un desahumerio con eucalipto. Esa hierba es buena porque huele bien y ayuda a desinfectar el aire. Así la casa se llene de ese humero, toca hacerlo ahora que ha llovido tanto. (Isabel)

La relación del ser con su entorno se hace evidente en esta categoría.
Las *purgas* están relacionadas con la limpieza que se realiza al cuerpo para liberarlo de parásitos y grasas, y que se centra en algunos órganos como el hígado y el sistema digestivo. También se lleva a cabo con el fin de depurar y purificar el cuerpo, en los momentos en que se cuenta con buena salud.

Para la limpieza del aire, los ancianos y sus familiares realizan frecuentemente sahumerios con hierbas que poseen, según ellos, propiedades desinfectantes y refrescantes, como el eucalipto. Esta práctica se sustenta en creencias antiguas sobre los principios elementales del cosmos: agua, aire, tierra y fuego, los cuales, en armonía, constituyen el equilibrio y la salud, y su alteración produce cambios o enfermedades, concepto desarrollado más adelante en la teoría médica hipocrática. Esta creencia se mezcla posteriormente con el hallazgo científico sobre el origen bacteriano de la enfermedad. Estas maneras de comprender la salud y la enfermedad permanecen vigentes también en otras poblaciones latinoamericanas[628].

5.3.3.5 Previniendo los males: entre la quietud y el movimiento. En esta categoría se hace evidente la ambivalencia entre la quietud y el movimiento. Se identifica también aquí la mezcla de conocimientos populares y del sector profesional. Sin embargo, en esta práctica los dos conocimientos entran en fricción, por cuanto se tornan en ocasiones contradictorios. En la trayectoria de cuidado popular del grupo de colaboradores, se hace evidente el vaivén entre lo profesional y lo popular. Por ejemplo, “quedarse quieto” en la tradición popular es una práctica para prevenir caerse, golpearse, fracturarse; por el contrario, los conocimientos derivados de los servicios de salud aconsejan el movimiento, en especial la realización de ejercicios físicos para mantenerse activos y funcionales. Frente a estas recomendaciones, los ancianos de este estudio muestran poco interés por realizarlas, pero les genera ambivalencia.

Uno se cansa de estar quieto en la cama por más que tenga dos o tres colchones; duele el cuerpo… no se puede estar quieto todo el tiempo, ya la costumbre; uno se para y da aunque sea dos pasos porque el cuerpo lo pide. (Álvaro)

[628] VEGA FRANCO, Leopoldo. Ideas, creenciasy percepciones acerca de la salud. Reseña Histórica. En: Rev. Salud Pública de Mexico. mayo –junio de 2002, Vol 44, No. 3.

Hay que quedarse quieto para no buscar más dolores de cabeza porque, ¡ay, Dios mío!, no solamente sufre uno sino que sufren los hijos. A veces ya no sé ni qué hacer, pues si uno se queda en la cama es peor, porque ya después no se puede mover ni hacer nada. (Emma)

En este grupo cultural se observa la creencia en que la quietud y el reposo son adecuados para las personas ancianas, dada la debilidad del cuerpo y el riesgo de accidentes. Ellas permanecen la mayor parte del tiempo acostadas en sus camas o sentadas frente a las ventanas o puertas. Además, el ambiente físico, tanto el interno de las casas como el externo en los barrios, hace que se limite su movilidad.

Esta es una práctica que busca evitar complicaciones de la salud como la de lastimarse la cadera al caerse, complicación a la que frecuentemente hacen referencia. Se observa una ambivalencia en las prácticas: el estar quieto para evitar caerse o moverse para evitar la inmovilidad o *entumecerse.* En relación con la *quietud*, ellos refieren como práctica de cuidado quedarse en la cama, *hacer pereza* y hacer *siestas* durante el día.

De esta manera, quedarse quieto significa, para el anciano y su familia, protegerse para evitar empeorar su situación. Sin embargo, estarse quieto es inaceptable cuando se ha tenido una historia de trabajo y actividad permanente. Es por esto que, a pesar de ser de una práctica aceptada culturalmente, genera ambivalencia en el grupo de colaboradores de este estudio.

Respecto del movimiento, la Organización Mundial de la Salud[629] promueve desde hace varios años la actividad física para las personas ancianas, recomendándola como una forma importante para prevenir y tratar muchas enfermedades crónicas relacionadas con la edad y para alcanzar una vejez saludable. En el grupo de colaboradores, esta recomendación no es del todo aceptada; prevalece la quietud por el temor a las caídas.

En los estudios realizados por López, Álzate y Velásquez[630], se encontró que las personas ancianas y sus familias consideran la quietud como una práctica de cuidado para mantener la salud. Este hallazgo se encuentra en concordancia con

[629] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS. Medicina tradicional. Op. cit., p. 24.

[630] LÓPEZ, Lucero; ÁLZATE, Marta y VELÁSQUEZ, Op. cit., p. 96.

lo encontrado en este estudio, en donde observé poca o escasa movilidad de los ancianos.

5.3.3.6 Manteniendo la mente ocupada.

En este encierro, el televisor es la única compañía. Veo la santa misa y después de hacer los oficios escucho las noticias del medio día; ahí me mantengo entretenida porque aunque sea uno oye conversar. (Carmen Rosa)

Mantener la salud en el nivel mental, para los ancianos de este estudio, implica realizar actividades que ejerciten la *mente* y entretengan. Esta categoría describe las prácticas que realizan en ese nivel.

En el grupo de colaboradores, las prácticas para mantener la salud mental incluyen ver televisión y escuchar la radio. Existe gusto especial por escuchar en la radio noticias y música que hace reminiscencia. Para mantener la *mente* ocupada, realizan actividades relacionadas con las tareas sencillas del hogar, participan en actividades y establecen conversaciones con los miembros del grupo familiar.

En relación con esta práctica, se promueve en la literatura mantener la salud mental mediante la realización de tareas similares a las descritas por las personas mayores, pero se imprime un gran énfasis en actividades como leer, escribir, practicar actividades lúdicas y artísticas, así como aficiones o *hobbies*, que también contribuyen al mantenimiento mental porque ayudan a conservar activas las habilidades cognitivas y permiten establecer relaciones sociales que, a su vez, desempeñan un papel importante en el estado anímico y psicológico, tal como lo menciona Spector[631].

Algunas asociaciones internacionales, como la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología[632], proponen actividades para mantener la salud mental tales como leer, escribir, coser, conversar, manejar las nuevas tecnologías, participar en actividades culturales y mantener las relaciones sociales y la curiosidad.

[631] SPECTOR, Rachel. Cultural diversity in health and illness. Op. cit., p. 35.

[632] SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. Disponible en Internet: http://www.segg.es/

Sin embargo, en el grupo de colaboradores de este estudio, esas actividades no son consideradas, lo cual puede estar relacionado con el origen rural y el nivel de escolaridad de estas personas. En lo relacionado con el mantenimiento de relaciones y la realización de actividades culturales y sociales, para este grupo es difícil participar, dada la imposibilidad que los ancianos tienen para salir por sus propios medios de la casa.

5.3.3.7 Procurando la tranquilidad.

En mi situación hay que tener tranquilidad, no afanarse por nada, porque si uno se afana el corazón lo azota. Uno tiene que habituarse y acostumbrase a estar ahí sin tanta atención, sin tanta cosa, no pensar cosas que lo afanen a uno. Hay que llevar la vida con tranquilidad y contarles a los hijos lo que pasa y así mismo escucharlos y ver cómo la vida corre… (Francisco)

Para este grupo de personas ancianas, una práctica de cuidado de la salud mental es mantener un estado de ánimo equilibrado. El *mal genio,* la *rabia,* las contrariedades y las discusiones se deben evitar, ya que pueden tener efectos negativos sobre el nivel mental.

Estar tranquilo, en este grupo de ancianos, está relacionado con evitar personas o eventos que alteren el estado físico y anímico: eludir personas que promuevan problemas o con las cuales no existan buenas relaciones, así como tratar de no discutir o *contrariarse* ante eventos que no pueden manejar. Es innegable que estos ancianos también tienen angustias y sufrimientos, pero han generado la creencia en que deben manejar las situaciones y no dejarse alterar fácilmente porque esto tiene repercusiones en su salud y en su condición de vejez y discapacidad, lo cual puede traer graves consecuencias en su salud.

De otro lado, los profesionales de la salud recomiendan a los ancianos mantener la tranquilidad y evitar tanto los problemas con la familia como el cargar con preocupaciones de ella, pues se supone que ya no deben alterarse por su edad. En este estudio se hace evidente que las prácticas populares están en coherencia con tales recomendaciones de los servicios de salud.

5.3.3.8 Buscando alivio con los remedios que conocemos. Esta categoría comprende las prácticas de cuidado que las personas ancianas en situación de discapacidad realizan para recuperar la salud en el nivel físico. El uso de los remedios caseros, como ellos los llaman, es muy común en este grupo de colaboradores.

Yo les tengo una fe a las salmueritas… Cojo agua caliente con sal y me hago pañitos en el pecho cuando me da el ahogo. El eucalipto también sirve para el dolor de cabeza; se pone a hervir agua con hojas de eucalipto y se hacen baños en la cabeza con esa agua. Las agüitas también son muy buenas; por ejemplo, la albahaca sirve para los nervios y el limoncillo para la fiebre; se machacan las hojas, se hierve el agua y luego se le echa a las hierbas con unas gotas de limón, se tapa y se deja enfriar. (Eucaris)
En el patio tengo los remedios para algunos males. La sábila sirve para la bronquitis, se toma con miel de abejas; y para la erisipela se abre la hoja y se la unta en la parte afectada. Tengo otra que sirve para descargar el hígado. Eso las maticas son muy buenas. (Graciela)

Las prácticas para recuperar la salud de los ancianos implican la utilización de una variedad de recursos, conocimientos, experiencias, herencias culturales y la mezcla con los saberes profesionales. Es frecuente el uso de plantas preparadas en infusión o maceradas, las cuales se toman, se aplican o se inhalan de acuerdo con la propiedad que le atribuyen. Por ejemplo, la hierbabuena es utilizada para los dolores de estómago, el eucalipto para el dolor de cabeza, la albahaca y el toronjil para los *nervios* y el limoncillo para la fiebre. Las plantas maceradas son utilizadas en el tratamiento de problemas relacionados con la piel en los que haya infección, con el fin de mejorar el proceso de cicatrización.

El uso de plantas para el cuidado de la salud ha sido estudiado por Mejía, López y Velásquez[633], quienes encontraron que el uso de plantas medicinales para el cuidado de la salud era una práctica muy común en un grupo de ancianos en situación de discapacidad de zonas rurales y urbanas. El uso de plantas medicinales, según estas autoras, hace parte de los conocimientos heredados culturalmente, los cuales se transmiten de forma oral, y las mujeres son generalmente sus principales transmisoras y conservadoras.

Respecto de los remedios caseros, Urrea y Puerto[634], en estudio realizado con población del distrito de Aguablanca del Valle del Cauca, encontraron que la medicina casera es el principal recurso de salud que se utiliza frente a las enfermedades.

---

[633] MEJIA, Luz Dary et al. Hierbas Medicinales: Una visión más allá de las prácticas populares. En: IV libro grupo de cuidado. Santafé de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. En imprenta. 2009.

[634] URREA, Fernando. Itinerios terapéuticos y comunicación médica intercultural. En: Cultura y salud en la construcción de las Americas. Edición- compilación, Carlos E Pinzón; Rosa Suarez y Gloria Garay. Instituto Colombiano de Antropologia y cultura. Bogotá. SF

El uso de remedios caseros en los cuales se utilizan plantas, además de ser el resultado del mantenimiento de prácticas y herencias ancestrales, también se puede explicar por ser un recurso de fácil acceso y de bajo costo, tal como lo afirma la OMS[635], organismo que promueve el reconocimiento de estas prácticas en el mundo.
En este mismo sentido, en la investigación realizada por Ailinger *et al*,[636] en una población Nicaragüense, se describe el uso de plantas medicinales para el cuidado de la salud. Estos autores afirman que los remedios herbales son utilizados para tratar una gran cantidad de síntomas y que son empleados por poblaciones con escasos recursos; al igual que lo indican otros estudios, los remedios herbales allí son de fácil acceso, bajo costo y su uso y efectividad se encuentran arraigados en la cultura.

Como se mencionó en el Capitulo dos de este estudio, Colombia es una nación multicultural y pluriétnica en la cual se mezclan múltiples saberes ancestrales que se evidencian en las prácticas para el cuidado de la salud, como se puede observar en este grupo de ancianos en situación de discpacidad y pobreza.

Es frecuente el uso de aceites y pomadas calientes con el fin de contrarrestar los efectos del frío en el cuerpo, ayudar a mejorar el movimiento y aliviar el dolor. Estos elementos son aplicados en las partes afectadas. La manipulación física por medio de masajes o *sobijos* se realiza para disminuir el dolor, recuperarse de lesiones articulares y calentar el cuerpo. Los ancianos de este grupo efectúan así tratamientos para curar y aliviar las heridas, los *calambres* y los problemas respiratorios.

Es común el consumo de medicamentos en forma de *pastas,* es decir, pastillas, grajeas y comprimidos que han sido formulados previamente en los servicios de salud o por el farmaceuta o el sobandero, y frente a los cuales los ancianos asumen que poseen el conocimiento y la experiencia de su uso en situaciones anteriores, en las que han obtenido algún tipo de efectividad. Esos medicamentos se emplean para aliviar el dolor y manejar enfermedades infecciosas y afecciones crónicas, entre otras.

---

[635] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS. Medicina tradicional. Op. cit., p. 20.

[636] AILINGER, Rita L. Herbal Remedies in Nicaraguan Barrio. In: Journal Transcultural Nursing Vol. 15 No 4 October 2004. 278-282.

En este tipo de prácticas se ve claramente la *mixtura* entre las prácticas de cuidado heredadas culturalmente y el cuidado profesional, las cuales se configuran a partir de la historia, del contexto, de las relaciones establecidas con los actores y de la dinámica de la cultura.

Sin embargo, frente a la mezcla de diferentes prácticas de cuidado es necesario reconocer que, aunque en muchas ocasiones se produce alivio o mejoría de la situación de salud del anciano, la utilización y mixtura de esas prácticas conlleva riesgos potenciales por la interacción medicamentosa que puede derivarse de la mezcla de medicamentos y plantas medicinales. Esto es equivalente a los riesgos derivados de la automedicación con antibióticos, antiinflamatorios y analgésicos.

En este punto, coincido con la propuesta de Mejía, López y Velásquez[637] sobre la necesidad de conocer este tipo de prácticas y estar preparados para brindar cuidados competentes que promuevan la cultura y que a la vez ofrezcan seguridad a las personas que los reciben.

5.3.3.9 Haciendo lo que manda el médico. Seguir las prescripciones médicas es parte de las prácticas para recuperar la salud de las personas ancianas de este estudio. La toma de decisiones y los criterios en ella incluidos ejercen influencia para que ellas decidan asistir a los servicios de salud y atender sus recomendaciones.

El médico es el que da las recomendaciones de todo; me manda exámenes y lo que me formulen lo tomo fielmente. Si le dan a uno una droga, se la puede uno tomar con confianza. Ahorita no puedo meterme otra droga más de la que estoy tomando. (Francisco)

Los tratamientos y medicamentos que proponen los profesionales de la salud son seguidos *fielmente* por los ancianos en situación de discapacidad es decir, cumplen al pie de la letra las indicaciones y recomendaciones que les dan en la medida de sus posibilidades y de su comprensión.

El acto de acudir a la cita médica es, en sí mismo, una forma de cuidado. Para el caso de las personas ancianas, esta práctica se realiza solo para recuperar la salud en el nivel físico y se acude solamente en caso extremo, lo cual es

[637] MEJIA, Luz Dary et al. Hierbas Medicinales. Op. cit., p. 252.

coherente con la toma de decisiones, donde se considera la severidad como uno de los principales criterios de valoración para realizar una práctica de cuidado.

Esta práctica ha sido identificada por otros autores[638],[639] que afirman que la medicina científica ha promovido la asistencia a los servicios como un factor de protección de la salud, dado que esta medicina, mediante el desarrollo de los recursos tecnológicos de diagnóstico, ha logrado la identificación temprana de signos y síntomas de posibles enfermedades.

En el Capítulo anterior se mencionaron las dificultades que experimentan los ancianos con los servicios de salud en términos de la percepción que poseen del profesional de salud. Este aspecto del contexto ambiental genera barreras para el uso de los servicios y ejerce influencia en la toma de decisiones sobre asistir o no al hospital, o seguir las indicaciones que les dan. Sin embargo, en la trayectoria de cuidado popular, la toma de decisiones contiene otros elementos de mayor influencia, como la severidad y la disponibilidad de recursos. En este sentido, los ancianos utilizan en primera instancia los recursos con los que cuentan, como las prácticas populares, pero cuando este recurso se agota y no logra resolver la situación, acceden a los servicios de salud. Además, como se mencionó en el patrón de toma de decisiones, las personas atienden a la severidad de su situación como un criterio universal para buscar cuidado.

De esta manera, a pesar de las diferencias que se encuentren entre la comprensión de la situación actual de los colaboradores y la de los profesionales de la salud, los ancianos atienden a los otros elementos de la toma de decisiones y muestran interés por seguir las indicaciones médicas, pues creen que ese conocimiento puede ayudarlos a mantenerse saludables y vivos, dada la debilidad que perciben en sí mismos.

En contraste con estos hallazgos, Helman[640] afirma que los tratamientos prescritos por el médico son aceptados siempre y cuando tengan sentido y exista un consenso en relación con la forma y el propósito de ellos. En este estudio, considero que las personas ancianas en situación de discapacidad asisten al médico y ponen en práctica sus recomendaciones porque atienden al criterio de severidad y porque consideran que sus recursos se han agotado o no son lo suficientemente efectivos para manejar la situación actual. Entonces, las personas de este estudio, más que aceptar los tratamientos atendiendo a las condiciones

[638] SPECTOR, Rachel. Cultural diversity in health and illness. Op. cit., p. 132.

[639] HELMAN, Cecil. Cultura saúde & Doença. Op. cit., p. 136.
[640] HELMAN, Cecil. Cultura saúde &Doença. Op. cit., p. 75.

que Helman describe, tienen en cuenta el criterio de severidad, ya que se consideran más vulnerables y débiles dada su condición de vejez y discapacidad.

5.3.3.10 Apoyándome en Dios.

Toca pedirle mucho a mi Dios que me de salud, que pueda hacer mis oficios; pienso en mi vida y le pido a Dios. Yo rezo el rosario y le pido a mi papá para que me acompañe, también tengo a mi virgencita en el altar para que cuide a mi familia. (Isabel)

En esta categoría se hace evidente la importancia de las prácticas religiosas en la existencia de los colaboradores de este estudio. Mantener y recuperar la salud en el nivel espiritual son condiciones de la vida de estas personas ancianas y la religión se constituye en un apoyo para estar bien.

En este grupo, mantener y recuperar la salud en el nivel espiritual significa conservar y realizar actividades relacionadas con las creencias religiosas, en este caso de la religión católica. Estas actividades incluyen orar, rezar el rosario, ver el sacramento de la eucaristía por televisión, pedir protección a los santos o familiares fallecidos. Estas personas conservan en sus viviendas objetos religiosos, como imágenes de santos, de la virgen y del divino niño, y utilizan en sus cuerpos escapularios y rosarios que actúan para mantener y proteger la salud. A este respecto, autores como Idler y Stanislav[641] sostienen que los símbolos religiosos tienen su poder especial a través de una concentración de significados: ellos son más poderosos que las cosas que representan porque se pueden mantener más fácilmente en la mente, especialmente en los momentos en que los individuos se ven aislados de su grupo.

En el caso de los ancianos de este estudio, los objetos e imágenes religiosas son parte de las significaciones sobre Dios como ser supremo que los guía y los apoya, y a su vez, son considerados como la expresión de la presencia de Dios en sus hogares y en sus vidas.

Todas las actividades religiosas se realizan dentro de la vivienda de la persona y son practicadas de manera individual. Algunos ritos como la eucaristía, las celebraciones de semana santa y las procesiones, entre otros, no están al alcance

[641] IDLER, E. and KALS, S. Religion, disability, depression, and the timing of death. Op. cit., p. 1052.

de los ancianos de este estudio, ya que implican efectuar desplazamientos fuera de su vivienda, lo cual no siempre es posible dadas sus condiciones.

Las prácticas relacionadas con la religiosidad desempeñan un papel central en el cuidado de la salud, pues los impulsan a aceptar la situación, les infunden energía y le dan sentido a la vida, ayudándoles a seguir adelante pese a las dificultades. A este respecto, Ocampo *et al*.,[642] afirman que las personas con creencias y comportamientos religiosos afrontan con mejores recursos las situaciones de estrés que lleva consigo el envejecimiento.

En la misma forma, Castanheira[643] enfatiza la importancia de reconocer la religión y la espiritualidad como fuentes de fortalecimiento para enfrentar la enfermedad, lo cual debe ser considerado en el cuidado de la salud. Este planteamiento se hace efectivo para las personas ancianas, quienes encuentran en la religión una fortaleza interna para cuidar su salud.

Como se mencionó en el capítulo de contexto, las creencias en Dios como ser supremo dan fortaleza y resignación. Así mismo, para estos ancianos, Dios es una fuente que ayuda a resolver las situaciones de la salud y las prácticas religiosas se constituyen en la forma de acercarse a Él. En tal sentido, López[644] afirma que Dios es quien tiene el poder de decidir y actuar sobre sus problemas incluyendo la salud y la enfermedad.

Finalmente, Cárdenas[645], en su estudio sobre la resiliencia en los ancianos discapacitados, encontró que la religión permite que esas personas logren comprender su rol en el universo y el propósito de su vida, desarrollando el coraje necesario para soportar el sufrimiento.

---

[642] OCAMPO, Jose et al. Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores. Cali Colombia 2001. Op. cit., p. 26-30.

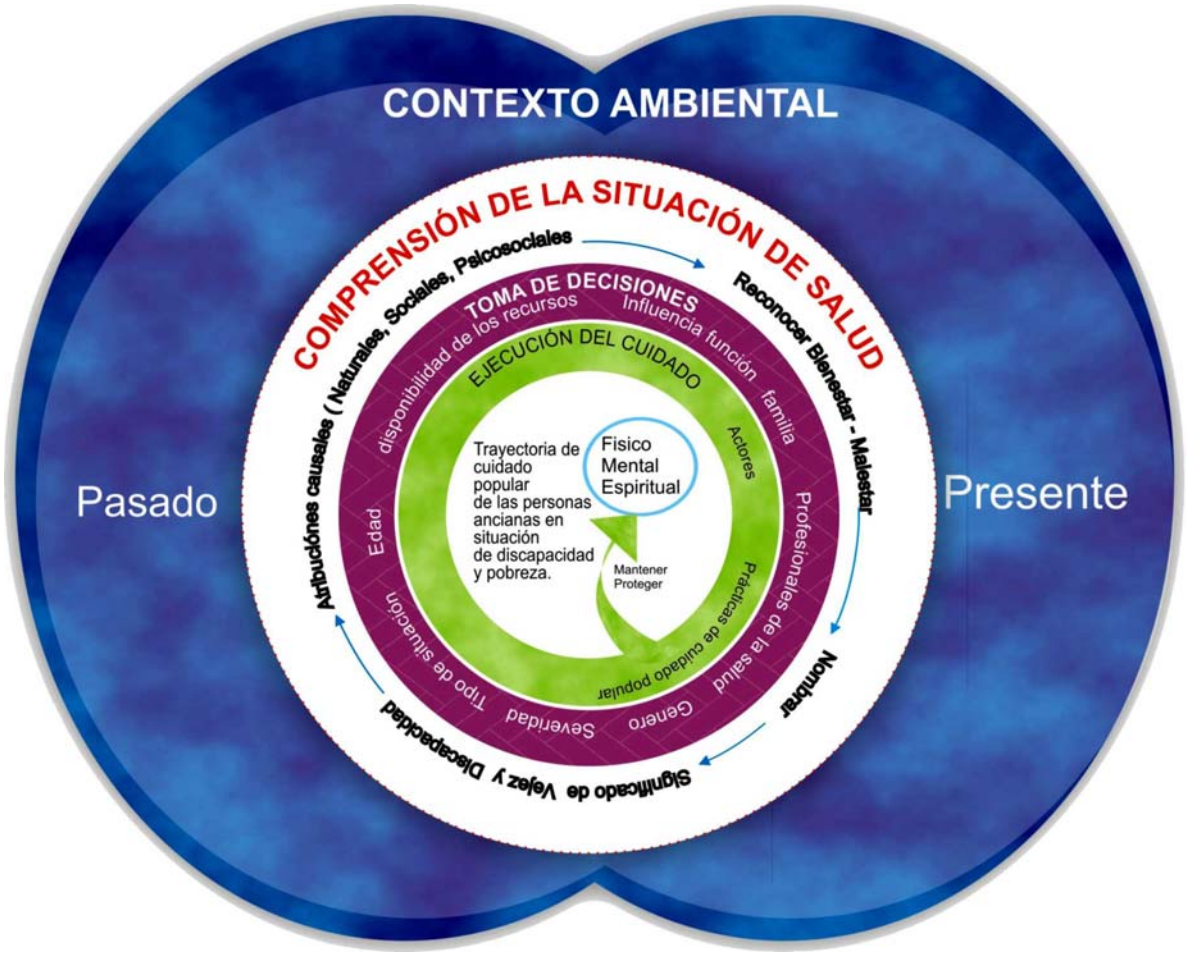
[643] CASTANHEIRA NASCIMENTO, Rocha. Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com insuficiência Renal Crônica. En: Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília. Jan-fev, vol. 62, no. 1, p. 100-6.

[644] LÓPEZ, Alba Lucero. O cuidar no contexto da adversidade; a história oral de idosos em uma comunidade colombiana. Op. cit., p. 162.

[645] CÁRDENAS y LÓPEZ. Op. cit., p. 71.

5.5 COMPRENDIENDO EL CUIDADO DE LAS PERSONAS ANCIANAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD: ARMANDO EL ROMPECABEZAS DE LA TRAYECTORIA DE CUIDADO POPULAR

Figura 22. Esquema explicativo de la trayectoria de cuidado popular de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza.



La figura 22 corresponde al esquema explicativo de la comprensión del cuidado que realizan las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza de este estudio, la cual se representa en la trayectoria de cuidado popular. Esta trayectoria está inserta en el centro de dos círculos que simbolizan el pasado y el presente del contexto ambiental, y las líneas puntedas del siguiente círculo significan la influencia de ese contexto en la trayectoria de cuidado popular.

El contexto ambiental puede facilitar o actuar como una barrera en la procura del cuidado. Considerar el contexto ambiental en el que se desarrolla la vida de las personas ancianas se hace relevante cuando intentamos comprender las formas como ellas se cuidan. Aunque se da por hecho la influencia que tiene el contexto ambiental en el cuidado, la aproximación que considero se debe hacer tiene que ser amplia e integradora, es decir, hay que considerar todos los elementos del contexto ambiental no como accesorios al cuidado, sino como componentes de él.

Como el lector pudo identificar en el capítulo precedente, el contexto ambiental de las personas ancianas en situación de discapacidad hace parte de la esencia de su vida. La existencia se enmarca en el contexto ambiental y este genera una trayectoria de cuidado que sólo se modifica con las posibilidades que él ofrece.

De acuerdo con Gerhardt[646], a partir del contexto las prácticas de las personas toman forma, pues cada contexto posee características y especificidades propias. Es en ese contexto donde acontecen los eventos cotidianos –sociales, económicos y culturales– que organizan la vida colectiva, que encuadran la vida biológica, y es dentro de él como los individuos evolucionan, al mismo tiempo que su cuerpo, sus pensamientos y sus acciones son "formateados" por ese espacio social.

El siguiente círculo de color blanco en la gráfica muestra el inicio de la trayectoria de cuidado popular. Este círculo con líneas interrumpidas enmarca la comprensión de la situación actual, la cual a su vez se compone de una serie de elementos que le dan sentido a la situación; estos elementos son el reconocimiento del bienestar o malestar. Nominar la situación, identificar los significados de vejez y discapacidad, y realizar atribuciones causales son presentados dentro del círculo entre flechas que significan el proceso que cumplen las personas ancianas. La comprensión de su situación actual plasmada en esta gráfica deja en evidencia que los ancianos en situación de discapacidad y pobreza poseen un lenguaje diferente y significan su situación en coherencia con sus construcciones y percepciones acerca de ser viejos y estar inválidos.

La comprensión de la situación actual es una estructura generada a partir de la comprensión del universo cultural de las personas ancianas en situación de discapacidad, el cual incluye los símbolos, los significados y los valores sobre la salud, el cuidado y la vida. De esta manera, pude identificar los patrones o pautas

[646] GERHARDT, Tatiana. Itenerarios terapéuticos em situaciones de pobreza: diversidade e pluralidade. Op. cit. p. 2451.

de comportamiento que estas personas utilizan en un primer paso de la trayectoria de cuidado.

Así, en la trayectoria de cuidado popular, se hacen evidentes elementos similares a los de la trayectoria de cuidado propuesta en el MCCA: en la causación, López[647] identifica el bienestar o malestar y se atribuye un significado a las causas que producen la situación –físico-ambientales, socioeconómicas, psicológicas y sobrenaturales–. Sin embargo, en esta investigación, la comprensión de la situación generada identificó otro elemento clave que ayuda a entender y a enriquecer la trayectoria de cuidado popular: los significados de la vejez y la discapacidad, los cuales se reconocen como una construcción derivada de la cultura. Estos significados son particulares para este grupo de colaboradores, pues no en todas las culturas el significado de la vejez y la discapacidad es el mismo.

La compresión de la situación debería despertar la sensibilidad frente a las percepciones e interpretaciones múltiples y complejas de las personas ancianas en situación de discapacidad. La forma como estas personas comprenden su situación muchas veces puede diferir de la manera como los profesionales de salud explicamos las situaciones de las personas, pues en la mayoría de las oportunidades nuestra explicación se basa en las valoraciones biológicas y en las explicaciones que atienden a aspectos de la fisiopatología de las enfermedades.

La diferencia entre las formas de comprender la situaciónes por parte de los profesionales y de las personas corrientes, genera choques con quienes acuden a los servicios. Observamos, como consecuencia, que esto interfiere en la búsqueda de cuidado e influye en la poca aceptación de las terapéuticas y las recomendaciones dadas por los profesionales de salud. Como señala Helman[648], la diferencia entre estos profesionales y las personas que acuden a los servicios se deriva de las disímiles cosmovisiones y las maneras de explicar las situaciones. Respecto de las diferencias en la aproximación al cuidado de la salud, Spector[649] afirma que los sistemas médicos modernos están centrados en la comprensión de la enfermedad y no en la comprensión de la salud de las personas.

---

[647] LÓPEZ, Alba Lucero, et al. Desarrollo de un modelo de cuidado cultural de la salud para personas ancianas con discapacidad en situación de pobreza en zonas urbano-marginales y rurales de Bogotá y Cáqueza/Cundinamarca) Op. cit., p. 142.

[648] HELMAN, Cecil. Cultura saúde & Doença. Op. cit., p. 71-94.

[649] SPECTOR, Rachel. Cultural diversity in health and illness. Op. cit., p. 42.

En la actualidad, los sistemas de salud se enfocan en la identificación de elementos microscópicos y genéticos que componen las enfermedades, y tratan desde allí de develar sus orígenes. Estos avances científicos y tecnológicos han traído grandes beneficios en el tratamiento de la enfermedad. Sin embargo, propician un distanciamiento desde el punto de vista de la comprensión de la salud atendiendo a diferentes perspectivas y buscando la integralidad del ser. En tal sentido, los aspectos culturales tienden a ser subvalorados en el cuidado de las personas.

Así mismo, descubrir la diversidad en la comprensión de la situación actual deja ver la necesidad de analizar profundamente el uso de protocolos de cuidado, los cuales hacen evidente la tendencia a homogeneizar. Los profesionales generamos dichos protocolos dando prioridad muchas veces a categorías fiscas y biológicas en donde no caben las experiencias y los significados sobre la situación de salud de estas personas.

La trayectoria de cuidado continúa y el segundo paso es la toma de decisiones. En la gráfica se observa un círculo color morado que articula diversos aspectos intervinientes en la toma de decisiones de estas personas. Como se mencionó en el patrón correspondiente, el contexto ambiental se hace mucho más palpable, pues direcciona las opciones que tienen las personas para tomar determinaciones sobre el cuidado. El entramado del círculo actúa en consonancia con la comprensión de la situación actual y los otros elementos que la componen. El primer elemento de la toma de decisiones es la valoración de la severidad de la situación; luego se encuentran el tipo de situación, la edad, la disponibilidad de recursos, la influencia en el funcionamiento, la influencia de la familia y las experiencias con los profesionales de salud.

Aproximarme a la comprensión del proceso de toma de decisiones requirió de un fuerte trabajo interpretativo para articular la complejidad que ella implica y el papel central que tiene en la trayectoria de cuidado popular. Lograr abstraer el complejo de relaciones que se entretejen en la toma de decisiones, hace de este el componente central del engranaje y el más novedoso de la interpretación de dicha trayectoria.

La toma de decisiones también es un producto de la interpretación de la cultura y el contexto ambiental. La cultura permitió identificar patrones de comportamiento que se generan a partir de la relación de los valores, las creencias y las experiencias sobre la situación de salud. Así como el patrón de la compresión de la situación, el patrón de la toma de decisiones es el componente más abstracto e intangible de la trayectoria de cuidado popular.

En el MCCA, la toma de decisiones es percibida como una síntesis de los significados y las representaciones de la fase anterior. Sin embargo, en este modelo quedan por revelar los aspectos que la generan. La toma de decisiones es un concepto también abordado desde la antropología. Al respecto, Garro [650] realizó investigaciones acerca de la toma de decisiones en países como Canadá y México, logrando identificar elementos similares a los encontrados en esta investigación. Algunos de esos elementos hacen referencia al grado de severidad y la disponibilidad de recursos. Al parecer, estos elementos se vislumbran como patrones universales en la toma de decisiones en salud. Otros autores, como Kleinman[651] y Spector[652], identificaron la influencia de la familia como un elemento fundamental en esa toma de decisiones. Helman[653], por su parte, identificó otros elementos como la interferencia en el funcionamiento físico y la relación con los servicios de salud. En este aspecto, pude identificar que los elementos que entran en juego en la toma de decisiones se encuentran fragmentados en la literatura y son pocos los estudios al respecto.

En la toma de decisiones se articula la comprensión de la situación actual con otros factores que interactúan y generan una decisión, la cual se constituye en uno de los posibles caminos para la ejecución del cuidado. Las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza movilizan los recursos que tienen el fin de preservar la vida. En la toma de decisiones se pone en juego la capacidad de movilizar recursos de sus redes de apoyo. Así mismo, el género y el grado de discapacidad influyen de manera importante en este proceso pues, como he venido planteando, los patrones culturales otorgados a la mujer por la sociedad le atribuyen en mayor medida la responsabilidad del cuidado, mientras que el hombre se torna receptor del cuidado.

A pesar del entramado de circunstancias que forman parte de la toma de decisiones, el grado de severidad prevalece en este grupo como el criterio para tomar las determinaciones que tienen que ver con la búsqueda de cuidado y la asistencia a los servicios de salud. Es bien conocido que la severidad es considerada un criterio universal para la búsqueda de ayuda[654].

---

[650] GARRO, Linda. On the rationality of decision making studies: part I. Op. cit., p. 319-340.

[651] KLEIMMAN, A. Op. Cit., p.179.

[652] SPECTOR, Rachel. Cultural diversity in health and illness. Op. cit., p. 197-199.

[653] HELMAN, Cecil. Cultura saúde & Doença. Op. cit., p. 132.

[654] GARRO, Linda. On the rationality of decision making studies: part I. Op. cit., p. 319-340.

Comprender que tal criterio es relevante en este grupo de personas se constituye en una alerta para los profesionales de salud que actúan en la clínica, pues deben estar preparados para atender personas ancianas en situación de discapacidad que van a llegar con situaciones de salud complejas y menos reversibles. Así mismo, implica un trabajo fuerte de los profesionales de salud en prevención y promoción sobre la utilización de los servicios de salud que apunten a la reestructuración de la manera como las personas ancianas y sus familias toman tales determinaciones

Sin embargo, se debe reconocer que los sistemas de salud se constituyen en ocasiones en barreras para acceder al cuidado, lo cual puede influir de manera negativa en la toma de decisiones. Tal como afirma Salgado[655], los servicios o los sistemas de salud que parecen no ser suficientemente sensibles a las necesidades de los grupos más vulnerables, se convierten en barreras que deben enfrentar las personas ancianas que viven en pobreza y que, por esta razón, hacen mayor uso de los sistemas informales de cuidado de la salud.

En esta investigación se confirma que las personas ancianas en situación de discapacidad acuden a redes cercanas a las cuales acceden en primera instancia para buscar cuidado de su salud. En este sentido, la familia se constituye en la primera red de apoyo y es la posibilitadora del cuidado. El grupo familiar tiene un peso muy grande en las decisiones y prácticas de cuidado de la persona anciana, en tanto que sobre él recaen todas las responsabilidades. Este hallazgo se constituye en un llamado para tener en cuenta a la familia y aumentar las estrategias de apoyo. El cuidado familiar a los ancianos en situación de discapacidady pobreza nos lleva a evaluar las implicaciones éticas y las consideraciones sobre el futuro de la sociedad y el nuestro. Recogiendo algunas observaciones de Debert[656], pienso que no se debe dejar toda la responsabilidad a la familia en el cuidado; el Estado y la sociedad están obligados a generar respuestas viables que puedan ser aplicadas para las generaciones futuras.

El último paso en la trayectoria de cuidado popular es la ejecución del cuidado. En el gráfico está representada como una flecha que emerge de los círculos anteriores, pues esos círculos entrecortados tienen influencia en los elementos que se encuentran en su interior. Esta flecha verde contiene la ejecución del cuidado, en la cual se visibilizan los actores y las prácticas de cuidado popular.

---

[655] SALGADO DE SNYDER, V. and WONG, Rebeca. Op. cit., p. 515-521.

[656] DEBERT, Guita Grin.A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. Op. cit., p. 195.

Esas prácticas se generan con el objetivo de mantener y recuperar la salud, por lo cual están al final de la flecha y dirigen su trayectoria a cuidar los niveles físico, mental y espiritual, los cuales están representados en un círculo de borde color azul.

La ejecución del cuidado es el componente más tangible dentro de la trayectoria de cuidado popular. Se hace evidente en él la síntesis de los componentes anteriores que, en tanto que simbólicos, contribuyen a generar los componentes tangibles de la cultura, los comportamientos, los hábitos y las acciones que, para este caso, hacen referencia a las prácticas de cuidado popular. A partir de la mirada de la cultura, logré estructurar la trayectoria de cuidado popular que realizan las personas en situación de discapacidad y pobreza. Al igual que la cultura, debo decir que la trayectoria es una estructura dinámica que ordena el entorno humano[657]

El MCCA identifica en la ejecución del cuidado los actores y las prácticas para la preservación de la vida. Según López[658], las prácticas de cuidado de estas personas contienen una acción, una emoción y una actitud; en la forma de actuar, están las costumbres culturales del lugar o de las familias.

En la ejecución del cuidado generada en esta investigación, se identifican los actores y las prácticas de cuidado populares, las cuales se interpretan desde la óptica de la cultura. Los actores son principalmente la familia y las personas de las redes cercanas, lo cual coincide con lo descrito en el MCCA. Sin embargo, en este estudio, los actores del cuidado se dividen en actores directos, como los mencionados, y los actores indirectos, como los profesionales de salud, pues ellos ejercen influencia en la ejecución del cuidado así no realicen acciones directas y constantes en el cuidado de estos ancianos.

De igual manera, las prácticas son comprendidas como una integración y un vaivén de los saberes heredados culturalmente y los saberes profesionales. Por esta razón, acuñé el nombre de prácticas de cuidado popular para hablar del cuidado que realizan los colaboradores de este estudio. Como el lector recordará, en el Capítulo dos se hizo referencia a este concepto. Esas prácticas de cuidado popular se dirigen a mantener y recuperar la salud y están orientadas al cuidado de los niveles físico, mental y espiritual.

---

[657] BAWMAN, Ziygmunt. La cultura como praxis. Op. cit., p. 177.

[658] LÓPEZ, Alba Lucero. O cuidar no contexto da adversidade. Op. cit., p. 44.

La investigación permitió adentrarse en la comprensión de esas prácticas desde la perspectiva de la persona, pues las prácticas de cuidado popular son el resultado de un proceso que integra las creencias, los significados, los valores, las experiencias y el contexto ambiental. Las personas ejecutan unas prácticas de cuidado popular visibilizando al ser humano de forma integral, el cual necesita cuidado en todas sus dimensiones.

En la ejecución del cuidado de los ancianos, se articulan la comprensión de la situación actual y la toma de decisiones. Es aquí en donde se reflejan las creencias, los valores y las posibilidades del contexto ambiental. Como en la toma de decisiones, la familia es un actor que permite la ejecución de las prácticas, así como los amigos y los vecinos. Otros actores influyen de manera indirecta en el cuidado, como los encargados de las droguerías y los profesionales de la salud.

Las prácticas de cuidado popular se dirigen a mantener y a recuperar la salud. Buscan responder al cuidado del ser humano en su integralidad abordando los niveles físicos, mentales y espirituales. Ellas reflejan la necesidad de la persona anciana en situación de discapacidad de permanecer activa y visible en la sociedad.

Dichas prácticas se configuran como una mezcla de los saberes heredados culturalmente con los conocimientos científicos. En ellos se refleja la pluralidad de conocimientos sobre el cuidado que poseen los ancianos y sus familias. Las prácticas populares de cuidado proporcionan alternativas a las personas ancianas y sus familias. Como precisa Gerhard[659], cada una posee ventajas y desventajas y son escogidas en función de la disponibilidad, las circunstancias y las explicaciones culturalmente aceptadas por el grupo.

La ejecución y las prácticas de cuidado popular le permiten ver a los profesionales las distintas dimensiones en las cuales las personas cuidan su salud. En primer lugar, es importante reconocer que en este grupo subsisten prácticas de cuidado heredadas culturalmente junto con las prácticas de cuidado profesionales. En este sentido, se hace necesario repensar el cuidado y los saberes profesionales, los cuales no son los únicos que imperan en el cuidado que las personas realizan.

El cuidado que brindan los ancianos en situación de discapacidad y pobreza, está dirigido a mantener y recuperar la salud. En ellos no se identifican prácticas de

[659] GERHARDT, Tatiana Op. cit., p. 2449-24-63.

cuidado dirigidas a proteger la salud, lo cual deja en evidencia un vacío. En contraste, autores como Spector[660] en sus investigaciones identifican prácticas dirigidas a proteger la salud desde la integralidad del ser, las cuales buscan mantener la calidad de vida. Esta falencia en los colaboradores de este estudio es una alarma, ante la cual los profesionales de salud deben buscar soluciones que se adapten a la cultura y al contexto ambiental de estas personas.

Finalmente, se puede observar que esas prácticas están dirigidas con preeminencia al cuidado físico, y los profesionales de salud solo tenemos injerencia en ese nivel. Aquí podemos identificar falencias en el cuidado que proporcionamos, pues los niveles mental y espiritual no son contemplados a pesar de que los discursos sobre el cuidado enfatizan que se debe mirar al ser humano desde su integralidad.

En definitiva, esta trayectoria de cuidado popular permite a los profesionales de la salud identificar una realidad compleja que nos invita a ser más sensibles frente a la diversidad cultural. En palabras de Osorio-Merchán y López[661], a ser más competentes culturalmente.

[660] SPECTOR, Rachel. Cultural diversity in health and illness. Op. cit., p. 35.

[661] OSORIO MERCHÁN y LÓPEZ DIAZ. Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. Op. cit., p. 269

6. CONSIDERACIONES FINALES SOBRE EL CUIDADO POPULAR DE LAS PERSONAS ANCIANAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD Y POBREZA

Como investigadora, este trabajo me permitió conocer una realidad del cuidado diferente a la que hasta ahora había manejado a causa de mi formación profesional. Intentar en este apartado resumir o cerrar con “broche de oro” es un reto que muchos investigadores como yo deben sortear al dar el último paso en la redacción del informe final de la investigación. No pretendo sintetizar en dos o tres páginas todo el estudio etnográfico: es imposible, además de arriesgado. Solo pretendo destacar algunos aspectos importantes de este trabajo que deseo permanezcan en la mente de los lectores.

Los investigadores provenientes de las ciencias humanas advierten a los investigadores novatos sobre la escritura de este apartado y las sutilezas que se deben contemplar al formular recomendaciones o conclusiones que puedan exceder el alcance del estudio o al plantear proposiciones con proyección más futura que presente. De otro lado, como investigadora de las ciencias de la salud, encuentro que es una necesidad y una demanda que los estudios, ya sean cualitativos o cuantitativos, intenten dar respuestas a los fenómenos que le ocupan con el fin de hacer un aporte significativo a la sociedad, a la academia y a los propios actores relacionados en la investigación. Estas son las dos realidades a las que me enfrento y que trataré de tener muy en cuenta para las consideraciones que presentaré a continuación.

Lo primero que debo decir es que los resultados de esta investigación estuvieron permeados por la interpretación y la síntesis en cada uno de los capítulos; espero que ese esfuerzo ayude al lector a sacar sus propias conclusiones, reflexiones y utilidad. Esto es, que a través de las descripciones e interpretaciones realizadas en este estudio, se haya podido comprender la manera como las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza realizan su cuidado, para de esta manera generar una práctica más reflexiva que reconozca la cultura como eje transversal en el cuidado que se brinda a las personas. Así mismo, espero que este trabajo ayude a reconocer que el contexto ambiental ejerce influencias que deben ser consideradas cuando se brinda cuidado a las personas ancianas. De esta manera, la cultura, el contexto y su influencia en el cuidado pueden identificarse en otros grupos de adultos mayores e incluso en otras poblaciones, ya que son elementos que se revelaron como claves para la comprensión holística del fenómeno del cuidado.

En tal sentido, este estudio buscó sentar bases para la comprensión del cuidado popular que realizan los ancianos en situación de discapacidad y pobreza, con el apoyo del método cualitativo, específicamente en su enfoque etnográfico. Este enfoque me permitió acercarme, vivenciar y comprender cómo las personas

realizan el cuidado a partir del seguimiento de una trayectoria de cuidado popular, la cual recibe la influencia de su contexto ambiental.

Comprender el contexto ambiental de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza que habitan en cinco barrios de los cerros nororientales de Bogotá D.C. fue el primer objetivo que norteó mi investigación. Encontré que el contexto ambiental es un complejo en el cual se identifican elementos que interaccionan, enmarcan e influyen en el cuidado que estas personas realizan.

Los factores del contexto ambiental actúan sobre el cuidado y lo modelan, constituyéndose en barreras o en facilitadores. El factor físico-geográfico presenta una serie de dificultades para la movilización y el desplazamiento. El factor económico, entendido como pobreza, se constituye en una limitante para el desarrollo de las potencialidades y capacidades del grupo colaborador de este estudio. El acceso y la atención a los servicios de salud y la relación con los profesionales de salud establecen una relación compleja y negativa con las personas.

Estos factores se constituyen en barreras para el cuidado de los ancianos en situación de discapacidad , ya que cada uno de ellos por separado implica unos desafíos frente al cuidado que se deben superar. Cuando estos factores actúan en conjunto, potencializan las dificultades para la procura del cuidado.

La religiosidad es un factor poderoso que ayuda en la tarea del cuidado, brindando fuerza, valor y energía a las personas para seguir adelante y luchar por la vida. La herencia cultural brinda herramientas para el cuidado, ya que el arraigo por la tierra de donde se proviene, las prácticas de cuidado heredadas y mantenidas; y la experiencia de lucha se convierten en facilitadores para el cuidado. Estos dos factores son herramientas poderosas que facilitan el cuidado de las personas ancianas en situación de discapacidad.

Por otra parte la ayuda gubernamental representa un factor del contexto ambiental que contiene tanto barreras como facilitadores. Por un lado, esa ayuda es insuficiente, sin embargo, ella representa la posibilidad de sobrevivir, pues es una ayuda para enfrentar su situación. La familia también contiene elementos de barrera y facilitadores, representa las relaciones y el apoyo principal de las personas ancianas, sin embargo las tensiones que se construyen alrededor de las relaciones con las personas ancianas en ocasiones se convierten en barreras para el cuidado. Poseer elementos tecnológicos facilita la vida de las personas, sin embargo, carecer de habilidades para manejarlos o para acceder a ellos se convierte en una barrera en la búsqueda de cuidado.

Estos hallazgos se constituyen para mí en elementos valiosos para acercarse a la comprensión del cuidado de los colaboradores del estudio. Identificar como el contexto ambiental se constituye en una barrera o facilitador del cuidado de las personas ancianas es una novedad que permite planear y ejecutar el cuidado teniendo en cuenta los potenciales efectos del contexto ambiental en el cuidado.

De esta manera tal como lo afirma Gerhartdt (2006)[662] en el contexto en que se desarrolla la vida de estas personas existen unas posibilidades, un margen donde los individuos, siendo actores de sus propias vidas, desarrollan estrategias de enfrentamiento a las situaciones y problemáticas que vivencian y de esta forma construyen sus propias situaciones de vida. Para el caso de los colaboradores de esta investigación, las formas de cuidado que realizan se caracterizan por la intersección de las situaciones de vejez, discapacidad y pobreza, las cuales se encuentran dentro de un contexto ambiental y están mediadas por la cultura.

Conocer los factores que operan como facilitadores o como barreras del cuidado permitirá reorientar las políticas y los programas de salud de manera que se consideren los valores y creencias culturales en la prestación de los servicios como elementos fundamentales en el cuidado, así como el reconocimiento y potenciación de los factores que actúan como facilitadores, en este caso, la familia, la religión y algunos aspectos de la herencia cultural. Así mismo, permitirá identificar estrategias para ayudar a superar las barreras que se presentan en la prestación de los servicios de salud, en lo relacionado con la geografía y la tecnología.

Desde esta perspectiva, las políticas y programas de salud deberían considerar la historia y la cultura del grupo al que se dirigen, pues esta es una manera de hacerlo partícipe de las respuestas sociales frente a sus necesidades.

El segundo objetivo que se constituyó en el centro de mi investigación fue comprender la trayectoria de cuidado popular de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza que habitan en cinco barrios de los cerros nororientales de Bogotá D.C. Con este norte, logré descubrir el proceso mediante el cual estas personas se procuran cuidado. A esto lo denominé trayectoria de cuidado popular, la cual hace referencia al proceso que siguen los ancianos discapacitados en situación de pobreza para establecer el cuidado que realizan en respuesta a diversas situaciones. Esta trayectoria posee tres componentes que se articulan secuencialmente entre sí: la comprensión de la situación actual, la toma de decisiones y la ejecución del cuidado.

[662] Gerhardt 2006 op cit 2451

La trayectoria de cuidado popular es un proceso no siempre consciente que se da dentro de la vida cotidiana; es dinámica y sufre transformaciones dependientes del contexto ambiental y del individuo. Además, no se trata de una estructura fija que pueda ser generalizada para todas las personas.

El primer paso en la trayectoria de cuidado popular es la comprensión de la situación actual. Las personas identifican su situación de malestar como causada por la vejez y la discapacidad; estas, a la vez, aportan al significado de su situación dándole una connotación negativa que las convierte en dependientes; de esta manera, se definen como personas inválidas, viejas y llenas de males. Sumado a lo anterior, ellas atribuyen su situación a elementos de origen psicosocial como el sufrimiento, que ha sido una constante en sus vidas, a las causas de tipo socioeconómico relacionadas con el trabajo duro y a las naturales como la exposición al calor o al frío. Finalmente, las personas emiten un juicio en donde se declaran viejas y llenas de males, ante lo cual toman decisiones y establecen formas para cuidarse.

El siguiente paso es la toma de decisiones. En ella se encuentran diversos elementos que se constituyen en un entramado de circunstancias y condicionan los caminos para buscar el cuidado. Los elementos que marcan de manera más fuerte la toma de decisiones en estas personas son la severidad de la situación y la evaluación de la situación por parte de la familia, aunque no se desconoce la influencia de otros factores.

Cuando se ha generado una decisión, se procede a la ejecución del cuidado. Allí entran en juego los actores y las prácticas de cuidado, en cuya ejecución se observa el vaivén entre el cuidado popular y el cuidado profesional. Las personas ancianas buscan en su familia el apoyo para el cuidado, atienden a las recomendaciones de los profesionales de salud a pesar de las dificultades y realizan prácticas de cuidado popular teniendo en cuenta los factores facilitadores y de barrera del contexto ambiental. Las prácticas de cuidado popular están dirigidas a mantener y recuperar la salud en los niveles físico, mental y espiritual, pero se observa especial atención al cuidado del nivel físico.

Esta trayectoria de cuidado popular evidencia algunos aspectos universales y particulares que son mediados y construidos por la cultura. De esta manera, en la compresión de la situación actual, el bienestar o el malestar no solo tienen relación con la salud; también tienen que ver con la construcción de significados sobre la vejez, la discapacidad y la pobreza. En ella se hacen visibles la cosmovisión, las experiencias y las creencias de los colaboradores.

En la toma de decisiones se revelan algunos aspectos invisibles del cuidado como la valoración del nivel de severidad, la influencia de la familia, los asuntos

económicos, el género y el grado de dependencia, los cuales se pueden considerar universales y particulares en la elección de una forma de cuidado.

Por último, en la ejecución del cuidado se articulan los dos pasos anteriores para hacer visibles las formas de cuidado de los colaboradores de este estudio, mostrando que en el grupo hay una mezcla de cuidado entre lo popular y lo profesional.

La comprensión aquí presentada muestra la creatividad y la historia de lucha y sufrimiento de estas personas, las cuales construyen formas de cuidado para mantener y proteger la vida de acuerdo con su cosmovisión, con los facilitadores y con las barreras de su contexto ambiental.

La trayectoria de cuidado popular aquí identificada permite vislumbrar que existen elementos desconocidos hasta ahora para nosotros sobre la manera como las personas cuidan de su salud y su vida. A partir de esta trayectoria, podría afirmar que existen formas de ver y comprender la salud y la vida distintas para las personas ancianas y para los profesionales que brindan ese cuidado estando poco preparados para identificar las diferencias culturales de esas personas. La formación profesional de muchos de los prestadores de servicios de salud adolece de vacíos relacionados con la identificación de otros elementos que conforman al ser humano, como la cultura y los aspectos del contexto ambiental.De la misma manera, la educación para el cuidado de las personas está centrado en el cuidado de la enfermedad (Spector 2004)[663]

En este lugar conviene presentar una nueva lectura de los presupuestos de la teoría de la *Universalidad y diversidad del cuidado* Cuidado (Leininger, 2002)[664] generados a partir de la interpretación realizada. Recuerdo al lector que estos presupuestos fueron descritos en el segundo capítulo.

- ✓ Para las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza el cuidado significa un acto de sobrevivencia que ellos construyen y significan a partir del contexto ambiental y de la cultura, el cual les ayuda a mantener y recuperar la salud. Como se mencionó anteriormente, algunos elementos de la cultura permanecen y permean el cuidado que estas personas se brindan, y el contexto ambiental moldea las maneras de procurárselo.

- ✓ El contexto ambiental posee factores que actúan como barreras o facilitadores e influyen en la trayectoria de cuidado popular.Tal contexto no es un elemento aislado del fenómeno del cuidado, sino que construye y modula tanto las vidas

[663] SPECTOR, Rachel. Cultural diversity in health and illness. Op. cit., p. 18-30.

[664] LEININGER and Mac FARLAND. Op. cit., p. 61-62.

de los ancianos discapacitados como la trayectoria de cuidado popular. Las personas tienen que enfrentar una serie de barreras en la búsqueda de cuidado, al tiempo que deben aprovechar los elementos facilitadores. En este sentido, el cuidado será en parte el producto de dicha interrelación con los elementos de barrera y los facilitadores.

- ✓ Los significados sobre vejez y discapacidad construidos culturalmente hacen parte de la comprensión de la situación actual dentro de la trayectoria de cuidado y son dependientes del contexto ambiental. Las maneras como se comprenden las situaciones de vejez y de discapacidad se construyen a partir de la experiencia de las personas y están relacionadas a su vez con las limitantes o potencialidades que ofrezca el contexto ambiental en el cual se desarrollan. El significado de la vejez y la discapacidad para los colaboradores de este estudio permea la comprensión de la situación actual, constituyéndose en parte de las atribuciones causales que determinan las decisiones y la ejecución del cuidado.

- ✓ En el vaivén entre lo popular y lo profesional se hace evidente la mezcla de conocimientos y prácticas generadas culturalmente y conocimientos prácticas de cuidado provenientes del sector profesional de la salud. El cuidado en este grupo de adultos mayores es el producto de la interacción dinámica con los elementos de la herencia cultural, las posibilidades del contexto ambiental y los conocimientos y prácticas adquiridos en la relación con los servicios y los profesionales de salud. Estos conocimientos son utilizados teniendo en cuenta múltiples factores que se identifican en la toma de decisiones de las personas, las cuales en su conjunto buscan mantener y recuperar la salud utilizando los recursos disponibles coherentes con la trayectoria de cuidado popular desde la comprensión de la situación actual y la toma de decisiones hasta la ejecución del cuidado.

6.1 ALGUNAS DIFICULTADES DEL ESTUDIO.

A pesar de la comprensión lograda y de la luz encontrada al final del camino, debo reconocer, como parte de la rigurosidad que implica un estudio de este tipo, que existieron algunas dificultades:

En primer lugar, la búsqueda de personas en situación de discapacidad que cumplieran con los requisitos para participar en el estudio fue difícil, pues en este grupo etario es frecuente encontrar que existen otros problemas de salud como disminución de la agudeza auditiva, dificultad para comunicarse y enfermedades mentales como la demencia senil, lo cual limita las posibilidades de comunicación con el investigador y la participación autónoma en el estudio. Adicionalmente,

algunos colaboradores fallecieron durante el transcurso del estudio debido a distintas condiciones de salud.

Por otra parte, no encontré información actualizada sobre los ancianos discapacitados de la localidad en la que realicé el estudio. De tal forma, tuve que buscar a través de diferentes fuentes las personas que cumplieran con los criterios de inclusión propuestos en la investigación. El barrio El Paraíso fue el primer lugar ubicado; sin embargo, el número de personas ancianas en situación de discapacidad es muy bajo, lo cual me llevó a ampliar el número de barrios para cumplir con los requisitos del estudio.

Otra limitación de tipo metodológico que debo mencionar es la dificultad inicial que se presentó en la recolección y análisis de la información, derivada de la falta de experiencia y de conocimiento de las opciones de análisis, la cual generó un retraso en el cronograma propuesto para el trabajo. Sin embargo, esas dificultades se convirtieron en oportunidades que me permitieron descubrir otras formas de investigar y de aproximarme al conocimiento de las realidades sociales del contexto colombiano. Ir y venir en el análisis de la información fue también una oportunidad para identificar la diversidad de cuidados que realizan los colaboradores y reflexionar sobre el cuidado que proponemos desde los servicios de salud.

6.2 VISLUMBRANDO LAS IMPLICACIONES DEL ESTUDIO

A partir de algunos de los principios de Leininger (2002), es posible esbozar ciertas implicaciones de este estudio para el cuidado:

El conocimiento de la trayectoria de cuidado popular de las personas ancianas en situación de discapacidad contribuirá a mejorar la comprensión de las formas como las personas cuidan su salud. Esta trayectoria, a su vez, contribuirá a la elaboración de herramientas o procesos que faciliten la prestación de los servicios de salud y a que estos sean aceptados por las personas que los reciben. Así mismo, contribuirá a la preservación del cuidado en el caso de que las creencias y prácticas sean adecuadas para la conservación de la vida y la salud, a la negociación del cuidado cuando las creencias y prácticas puedan ser nocivas, y a la reestructuración del cuidado cuando definitivamente la creencia o la práctica sean potencialmente nocivas.

Los conocimientos sobre la trayectoria de cuidado popular de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza, deberán ser una guía que permita a los profesionales de salud considerar la cultura de las personas a quienes cuidan, respetar su saber y romper con las barreras de la homogenización y la impersonalidad del cuidado.

En este sentido tal como lo expresa Hammerschmidt, et al (2007)[665] el abordaje del cuidado desde la cultura permitirá brindar un cuidado de enfermería a la población de ancianos en situación de discapacidad y pobreza considerándolos de manera única y creativa, observando y respetando su diversidad.

De esta manera, la investigación que permita el reconocimiento de un grupo de personas desde las perspectivas físico-geográfica, económica, política, social y cultural, es un aporte para la construcción de un sistema público de salud que atienda de manera integral las reales demandas de la población. En este sentido, destaco la necesidad de considerar los valores, las creencias y las prácticas de cuidado popular y la interpretación que de ellas hacen las personas, para poder establecer intervenciones validadas y aceptadas por quienes reciben nuestro cuidado.

Desde el campo académico, considero que este estudio propicia la discusión sobre las formas de comprender el cuidado y podría llevar al análisis de los currículos de las carreras de enfermería y de otras profesiones del área de la salud, para la formación de un recurso humano culturalmente competente en el cuidado de las personas ancianas atendiendo a su cultura.

A este respecto coincido con la propuesta de Vásquez (2006)[666] sobre la necesidad de construir "una plataforma de acciones orientada a la docencia, la práctica y la investigación, que incorpore el componente del cuidado de la vida y la salud desde la óptica de la cultura de los individuos".

Se hace necesario, entonces, continuar con el desarrollo de trabajos investigativos en donde se reconozca la diversidad cultural de las personas ancianas en Colombia pues, como se expresó en el primer capítulo, los adultos mayores en nuestro país poseen diferentes herencias culturales que han evolucionado y que repercuten en la manera como ejecutan su cuidado.

---

[665] HAMMERSCHMIDT, ZAGONEL and LENARDT. Op. cit., p. 363.

[666] VÁSQUEZ, Marta Lucia. Aproximaciones a la creación de competencias culturales para el cuidado de la vida. Op. Cit., p. 136.

Este estudio hace evidente la necesidad y el desafío que supone para los profesionales el establecimiento de intervenciones que reconozcan el contexto de las personas a quienes van dirigidas y se centren más en la perspectiva de la salud y no en la de la enfermedad.

Finalmente, debo decir que los resultados de este estudio muestran la pluralidad de condiciones que influyen en el cuidado de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza. De tal forma, es preciso que los profesionales de la salud consideremos que el cuidado de las personas está inserto en una cultura y obedece a un sinnúmero de condiciones y circunstancias, de manera que no se pueden establecer formas de cuidado homogenizando los grupos y las situaciones. Igualmente, se requiere la realización de estudios que profundicen los significados y las formas de cuidado que son aceptadas y reconocidas en cada contexto para poder brindar un cuidado culturalmente congruente.

6.3 FUTURAS INVESTIGACIONES.

Los resultados de este estudio hacen parte del trabajo conjunto realizado en el grupo de investigación de cuidado cultural de la salud en la Universidad Nacional de Colombia, en el que se propone un abordaje amplio del cuidado de las personas ancianas desde la perspectiva cultural. Sin embargo, esta investigación posee elementos conceptuales y metodológicos que abren la puerta a nuevas propuestas investigativas en las que se exploren otros grupos culturales para establecer las universalidades y diversidades del cuidado que realizan las personas.

En la misma vía, puedo señalar que indudablemente esta es una investigación que continúa abriendo caminos para abordar el cuidado desde una perspectiva cultural y desde una mirada latinoamericana. Este trabajo brinda orientaciones y herramientas conceptuales para desarrollar investigaciones sobre el cuidado desde la perspectiva cultural con personas ancianas con o sin discapacidades, pues la trayectoria de cuidado popular es en sí una herramienta que puede ser utilizada como guía para comprender el cuidado popular de este grupo poblacional.

Es necesario fortalecer con otras investigaciones la trayectoria de cuidado popular con personas ancianas y el papel que ejerce el contexto ambiental en otros grupos y en otros contextos ambientales. El contexto ambiental debe ser analizado

considerando sus potenciales implicaciones en el cuidado de las personas. Estos son retos que deben asumir los profesionales que brindan cuidado de salud.

Para brindar un cuidado de calidad, es necesario continuar investigando y fortaleciendo el cuidado desde una perspectiva cultural que incluya poner a prueba los efectos potenciales de la competencia cultural de los profesionales de la salud en el cuidado de los ancianos. La competencia cultural implica poseer una serie de habilidades para brindar cuidado a las personas, ser sensibles culturalmente, poseer conocimientos, deseos, habilidades y conciencia y cultural (Osorio – Merchán, López, 2008). [667]

Contribuir al bienestar de mis colaboradores y expresar su sentir fue mi obligación ética durante el desarrollo de esta investigación, para lo cual plasmo nuevamente sus voces conjugadas con la mía como colorario de este estudio:

> *Tengo 72 años. Nací en Salamina, Caldas. Mis padres trabajaron la tierra y yo con mis once hermanos debíamos ayudar en las labores del campo y en la preparación de la comida para los trabajadores de la finca. Por fortuna, la comida nunca hizo falta; en el campo no se sufre de hambre. Pero el recuerdo triste que tengo es que mi familia nunca tuvo un terreno propio; siempre íbamos de un lado a otro buscando fincas para cuidar y trabajar, pues así nos tocaba vivir. Y así pasó mi vida hasta que conocí al padre de mis hijos. Con él buscamos la comidita viajando de un lado a otro, buscando trabajo y siempre con la ilusión de tener un ranchito propio y con la idea estar con mis hijos y mi marido juntos. Tuve cuatro hijos que llegaron en donde la vida me llevaba. Unos nacieron en Caldas, otros en el Valle. Después de mucho andar, llegamos a Bogotá donde una cuñada a vivir en una pieza, con la ilusión de conseguir un mejor trabajo y una casa propia para todos.*
>
> *En los años 40 llegamos a Bogotá, una ciudad grande, con mucha gente venida de todas partes del país, como nosotros. En esa época se estaban creando fábricas e industrias que le daban trabajo a mucha gente. Eso sí, todos éramos pobres y nos tocaba vivir arrumados en cuartos porque no había dónde meter a tantas personas, en unas condiciones que ni se imagina; eso de los servicios públicos no existía.*
>
> *Mi marido consiguió trabajo como obrero en las construcciones y vendía dulces en un puesto en la calle. A mí me tocó trabajar en lo que podía; mi*

[667] OSORIO MERCHÁN y LÓPEZ DIAZ. Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. Op. cit., p. 268.

cuñada me ayudó y entonces lavaba ropa y trabajaba en casas de familia. Mis hijos hombres siguieron los pasos del papá y además consiguieron familia. La hija mujer consiguió marido y tuvo un hijo, pero, como el marido no conseguía empleo, tomaba trago y la golpeaba, ella decidió venirse a vivir con nosotros. El hijo mayor consiguió un terreno en el barrio Villa Anita; como pudo y con la ayuda de otros hermanos, se dieron a la tarea de construir una casa. Allá fuimos a parar con mi esposo y el hijo mayor. Poco a poco la familia se fue ubicando cerca de la casa donde vivíamos. Así, toda la familia fue quedando cerca.

Pero con el paso del tiempo, por el sufrimiento de la vida dura, el frio y las necesidades, un día de esos me empezaron a dar los males y el cuerpo no me sirvió igual que antes. Entonces empezamos con mi familia a buscar formas para cuidarme y mantenerme. Hicimos muchas cosas; mi familia me ayudó a pensar qué hacer; pero cuando ya no aguantaba más, tocaba ir al hospital; a veces ayudaban, a veces no mucho… En la casa me hacía sobijos, agüitas y otros remienditos para mejorarme; también me tomaba las pastas que me recetaban. Afortunadamente cuento con mi familia que me cuida y le pido a Dios que me sane. Él es el que decide hasta cuándo uno está en este mundo… ***(María Eucaris. A su memoria)***

María Eucaris
A su memoria

BIBLIOGRAFÍA

AGUILE, Thame. Elder rehabilitation core learning objectives for physiotheraphy student during clinical placements. In: Journal physiotheraphy. March 2002. vol. 88, no 3, p. 158-166.

AILINGER, Rita L. Herbal Remedies in Nicaraguan Barrio. In: Journal Transcultural Nursing Vol. 15 No 4 October 2004 278-282.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ DC, Secretaria de Hacienda. Departamento Administrativo de planeación. Recoorriendo Chapinero. Diagnostico Fisico y socioeconómico de las localidades de Bogotá. 2004.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. Política publica de discapacidad para el distrito capital. Decreto No 470 del 12 de octubre de 2007 [en línea]. Disponible en Internet:http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=27092

_____. Proyecto 7217 "Atención para el bienestar de la persona mayor en pobreza en Bogotá D.C."; 2007

ALCANTUD, Francisco. Y SOTOS, Carlos. Discapacidad, envejecimiento y dependencia: el papel de las tecnologías [en línea]. Universidad de Valencia. 2007. 158 p. Disponible en Internet: http://acceso.uv.es/massde/Documentacion/Alcantud/LIBRO_V_2.pdf

ALLEN, Kyle R, et al. developing a stroke unit using the acute care for elder's intervention and model care. 2003.

AMEZCUA, Manuel. El trabajo de campo etnografico en salud. Una aproximación a la observación participante. En: Index de enfermeria otoño. 2000. Año IX, no. 30.

_____. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. En: Rev. Esp Salud Pública. 2002, vol. 76, no. 5.

ARGOTE, Luz Ángela y VÁSQUEZ, Marta Lucía. Ante la desesperanza del desplazamiento: un hijo sano, el mayor anhelo de la mujer gestante. En: Colombia Médica. Octubre-Diciembre, 2007. Vol. 38, no. 4 (Supl 2).

BARBOSA, Leilane y TEIXEIRA, Maria. Pesquisa etnográfica: contribuição para enfermagem. Em: Rev. Enfermagem. Março. Vol. 12, no. 1, p. 150-5.

BARNES, Colin and MERCER, Geof. Disability. Key Concepts Editorial Polity press- USA, 2003.

BAUMAN, Zygmunt. Trabajo, consumismo y nuevos pobres. Barcelona, España: Gedisa editorial, 2008.

_____. La cultura como praxis. Barcelona Buenos aires México: Editorial paidós. 2002. p. 177.

BERMÚDEZ, A. y GARCÉS, N. Concepto de cuidadores de adultos mayores en situación de discapacidad: el punto de partida. En: Revista ocupación Humana. 2005, vol. 11, no. 1, 2. p. 29-36.

BERNAL, María Carmen et al. La pérdida y el abandono en gestantes desplazadas-Bogotá. En: Avances en enfermería. dic. 2007. Vol. 25 no. 2 p. 22-35.

BEZERRA, Maria Gorette Andrade; CARDOSO, Maria Vera Lucia MOREIRA Leitao. Fatores interferentes no comportamento das parturientes: enfoque na etnoenfermagem. En: Rev. Bras. Enferm. Nov.-dez. 2005. vol. 58, no. 6, p. 698-702.

BlACHER, Jan; NEECE, Camerón L. and PACZKOWSKI, Emilie. Families and intellectual disability. In: Current opinion in psychiatry. 2005. vol. 18, p. 507-51.

BOEHS, Astrid Eggert. Que poder a enfermeira utiliza na abordagem cultural do cuidado à família? Em: Rev. Enferm. UERJ. Jan.-jun. 1999. Vol. 7, no. 1, p. 61-67.

BORGES YAÑEZ, A. y GÓMEZ DANTÉS, H. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. En: Salud Pública de México. 1998, vol. 40, no. 1, p. 1-11.

BOYLE, Joyceen and ANDREWS, Margaret. Transcultural conceps in Nursing care. Third edition Philadelphia NewYork: Paperback. 1999.

_____. Estilos de Etnografía. En: Morse, Janice. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Editorial Universidad de Antioquía. Traducción: Eva ZIMMERMAN. 2003.

BRAGA, Cristiane Giffoni. Enfermagem transcultural e as crenças, valores, e práticas do povo cigano. Em: Rev. Esc. Enferm. USP. Dez. 1997, vol. 31, no. 3, p. 498-516

BRIGUEIRO, Mauro. Cuerpo, cultura y discapacidad: aproximaciones analíticas desde la teoría social. En: Discapacidad e inclusión social. Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Editoras Clemencia Cuervo, Alicia Trujillo y cols. 2005.

BRORSONN, Annika Brorson; LINDBLADH. Eva and RASTAM, Lennart. Fears of disease and disability in elderly primary health care patients. In: Patient education and counseling. 1998. vol. 34, p. 75-81.

CALLHAM, Daniel. Dolor y sufrimiento en el mundo: realidad y perspectivas. En: Dolor y sufrimiento en la práctica clínica. BAYES, Ramón y CALLAHAM, Daniel. Barcelona: Fundación medicina y humanidades médicas. Serie Monografías Humanitas 2. c2004.

CAMPINHA BACOTE, Josepha. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Health Care Services: A Model of Care. In: Journal of transcultural nursing. 2002, vol. 13, no. 3, p. 181-184.

CANALES, A I. La población en la era de la información de la transición demográfica al proceso de envejecimiento. En: Rev estudios urbanos y demográficos. 2001. vol. 16, no. 3, p. 485-518

CÁRDENAS, Andrea y LÓPEZ, Alba Lucero. Resiliencia y calidad de vida en la vejez, Algunas consideraciones [CD_ROM]. En: encuentro de avances en psicología: gerontología y Neurociencias. Universidad Pontificicia Bolivariana, julio 28 -29, 2007.

_____¿Es posible hablar de resiliencia en la vejez? Una revisión critica de la literatura [CD_ROM]. En: VI congreso Colombiano de Psicología en salud. Universidad Sur Colombiana, Neiva, abril 26, 2007.

CARDONA, Doris; ESTRADA, Alejandro. Y AGUDELO, Hector. Envejecer nos "toca" a todos: Carácterización de algunos componentes de la calidad de vida y de la condición de salud de la población adulta mayor [en línea]. Medellin: Universidad de Antioquia. Citado por: Min protección social. Diagnostico preliminar sobre personas mayores dependencia y servicios sociales en Colombia, p. 7. Disponible en Internet: http://www.universia.net.co/tesis-de-grado/view-document/documento-350.html

CARVALHO, Viviana e PEREIRA, Evani. Educação e qualidade de vida aposentadas sob a óptica da enfermagem transcultural. Em: Rev. Texto & contexto enfermagem. 1999, vol. 8, no. 3, vol. 111-127.

_____. Educação e qualidade de vida das pessoas aposentadas sob a ótica da enfermagem transcultural / Education and quality of life of retired persons as seen through transcultural nursing. Em: Texto & contexto enferm. Set.-dez. vol. 8, no. 3, p. 111-127.

CASTANHEIRA NASCIMENTO, Rocha. Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com insuficiência Renal Crônica. En: Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília. Jan-fev, vol. 62, No.1, p. 100-6.

CASTELLANOS, Fabiola y LÓPEZ DÍAZ, Alba Lucero. Contexto de cuidado de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza de un área urbana Marginal de Bogotá [CD_ROM]. En: segundo seminario internacional de cuidado cultural de la salud. Desarrollos investigativos y políticas públicas, nov. 19-20 de 2007.

_____. Discapacidad y cultura: desafío emergente en investigación. En: Revista avances en enfermería. Julio de 2008 en prensa.

CASTELLANOS, Fabiola y LÓPEZ DÍAZ, Alba Lucero. Significados de la discapacidad de los ancianos en un contexto de pobreza [CD_ROM]. En: Congreso iberoamericano de investigación cualitativa en salud. (3: Puerto Rico: mayo 6-9 de 2008) Escuela graduada de salud Pública. Recinto de ciencias médicas. Universidad de Puerto rico. Libro de resúmenes. Mayo 6-9 de 2008.

CATAÑO, Nora; LÓPEZ, Alba; VELÁSQUEZ, Vilma y ÁLZATE, Martha Lucia. Propuesta de un modelo de cuidado de la salud para las familias afro colombianas con personas ancianas en el area urbana del municipio de Guapi Cauca. 2008. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de enfermería.

CENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO DE DEMOGRAFÍA (CELADE) - División de Población Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Los adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Datos e Indicadores. Boletín Informativo. 2002.

CHAPARRO, J; MENDOZA, D. y PULIDO, B. Un siglo habitando los cerros, vidas y milagros de vecinos en el cerro del cable. Alcaldía Local y Junta Administrativa Local de Chapinero. Corporación Comunitaria “Raíces”, Instituto Distrital de Cultura y Turismo. Editorial Auros Copias LTDA. 1997. p. 2, 7.

Chen Chi Y, Yang Chuang K, Chon Wu S, Cherh Huanh K, Long Wu. The assessment of a hospital – Based Care managent model for long -term 2004. In: J. Nursing research. 2004 vol. 12 no. 4.

COFFIN, Amanda y ATKINSON, Paul. Encontrar sentido a los datos cualitativos. Editorial Universidad de Antioquia. Traducción: Eva ZIMMERMAN. 2003. p. 2.

COLLIERE, Francoise Marie. *Promover la vida*. Madrid: Interamericana, 1993. p. 264.

COLOMBIA. Departamento Nacional de Estadística DANE. Dirección de censos y demografía. Colombia una nación multicultural: su diversidad étnica. Mayo 2007.

_____. Censo General 2005. República de Colombia. Población adulta mayor. 2007.

COLOMBIA. DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Conpes 80 Politica publica Nacional de discapacidad [en línea]. Bogotá, julio 26 de 2004. 36 p. Disponible en Internet: www.dnp.gov.co/PortalWeb/.../0/.../Conpes%20Sociales/080.pdf

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 569 del 26 de febrero de 2004. Por el cual se reglamenta la administración y el funcionamiento del Fondo de Solidaridad Pensional.

_____ Diagnóstico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en colombia, 2004 [en línea]. Disponible en Internet:http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo16412DocumentNo4751.PDF

_____. Fundación Saldarriga Concha. Diagnóstico de los adultos mayores en Colombia. Bogotá mimeo, 2007.

_____. Política Nacional de envejecimiento 2007-2009 [en línea]. Disponible en Internet:http://www.minproteccionsocial.gov.co/ vbecontent/NewsDetail.asp?ID=17617&IDCompany=3

COLOMBIA. Vicepresidencia de la República. Marco legal de la discapacidad. 2007.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). División de demografía de la CEPAL. Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. 2006.

CORBIN, Juliet and STRAUSS, Anselm. Managing chronic illness at home: three lines of work. In: Qualitative sociology. 1985. vol. 8, no. 3, p. 224-247.

COSTA, Lucineide Henrique. Amo meu filho usuário de drogas: estudo etnográfico. Tese Mestre. Universidade Federal do Ceará. Departamento de Enfermagem. 1998

CUERVO, Clemencia y TRUJILLO, Alicia. Evolución de la visión conceptual en la maestría en discapacidad e inclusión social. En: Discapacidad e inclusión social.

Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Editoras Clemencia Cuervo, Alicia Trujillo y cols., 2005.

DANE. Censo general 2005: discapacidad personas con limitaciones permanentes. Bogotá, 2006.

DANSECO, Evangeline R. Parental beliefs on childhood disability: insights on culture, child development and intervention. In: International journal of disability. March 1997. vol. 44, p. 41-52.

DEBERT, Guita Grin. Organizador. Antropologia e Velhice. Campinas: IFCH/UNICAMP; 1994. (Textos didáticos 13), 1993.

DEBERT, Guita Grin. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Edusp, 1999. p. 66-67

Del CASTANHEL, Márcia Sueli y BOEHS, Astrid Eggert. Cuidando de uma família na comunidade: uma experiência utilizando um referencial teórico. Em: Texto & contexto enferm. Jul.-dez. 1993. Vol. 2, no. 2, p. 87-98.

DENZIN, Norman. Handbook of qualitative research. Sage, 1997.

DEVLIEGER, Patrick J.; ALBRECHT. Gary L. and HERTZ, Miram. The production of disability culture among young African- American men. In: Social Science and Medicine. 2007. vol. 64, p. 1948-1959.

DIKEN, Ibrahim. An overview of parenteral perceptions in cross-cultural groups on disability. In: Childhood education. 2006. vol. 82, no 4, p. 23.

DUQUE, María et al. El Paraíso: Historias de Trabajo Comunitario. p. 18. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.2001

DURÁN DE VILLALOBOS Maria M. Enfermería Desarrollo teorico e investigativo. Santafé de Bogotá: Unibiblos, Universidad Nacional de Colombia. 2001.

DYNIEWICZ, Ana Maria. Educando-nos em grupo por ações reflexivas em saúde: uma ênfase na prática assistencial do enfermeiro Curitiba. Tese Mestre. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. 1995.

ELLEN R. F. Etnographic Research. A guide of general conduct. Londres: Academic Press. 1984. Cited by: GUBER, Op. cit., p. 99.

ENCUENTRO COLOMBIANO de Experiencias de Rehabilitación Basada en la Comunidad, "Construyendo la diferencia por el futuro". Secretaría distrital de salud de Bogotá. Dirección de salud Pública. (4o: Bogotá: febrero 16 de 2007).

ETKIN, N y ROSS, P. Food as medicine and medicine as food: an adaptive framework for the interpretation of plan utilization among the Hausa of Northern Nigeria, 1982. In: Soc. Sc Med. vol. 16, p. 1559-73. Citado por: HELMAN, 2006

FAIN, James. Reading Understanding and appliying nursing research. In: A text and Workbook .F.A. Davids Company Philadelphia. 1999.

FEATHERSTONE, M. O curso da vida: o corpo, cultura e o imaginário no processo de envelhecimento. Em: Guita Grin GG, organizador. Antropologia e Velhice. Campinas: IFCH/UNICAMP; 1994. (Textos didáticos 13), 1993.

FERREIRA, TAKASE y De Oliveira. O cuidar / cuidado do idoso doente fragilizado com o seu familiar cuidador fundamentando na teoria de Madeleine Leininger Em: Texto Contexto Enferm. Florianópolis. 2000, vol. 9, no. 2, p. 178-185

FREEDMAN, Jean and ANDERSON, Elizabeth. Sanders Andrea. How do Nurse Managers care nolder women with breast cáncer? In: Onclogy Nursing fórum. 2005. vol. 32, no. 3.

GALLIMORE, Decree. Multiculturalism and students with visual impairments in New South Wales, Australia. In: Journal of visual impairment and blindness. Jun 2005. vol. 99, no. 6, p. 345.

GAMMON, Elizabeth. Examining the needs of culturally diverse rural caregivers who have adults with severe developmental disabilities living with them. In: Families in Society. 2000. vol. 81 Is 2, p. 174.

GANNOTTI, Mary, et al. Sociocultural Influences on Disability Status in Puerto Rican Children. In: Physical Therapy. Sept 2001. Vol. 81, no. 9, p. 1512.

GARCIA, Javier et al. La contribución de la antroplogia médica al estudio comparativo de la lea cultura en salud: el caso del sistema frio / calor en los pacientes con afecciones respiratorias. En: Rev. Biomedica. Vol 15 No 1 enero-marzo, 2004. Vol. 15, no. 1, p. 57 – 68.

GARCIA, Juan y QUINTERO, Carmen. Barreras geográficas y económicas para el acceso a los servicios oncológicos del Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá. En: Rev. De salud Pública. 2008, vol. 10, no. 4, p. 583-592.

GARCÍA, Luz Marina. Comparación de las prácticas de cuidado en dos grupos de gestantes en la ciudad de Sincelejo, 2008. Tesis maestría en enfermería. Cartagena: convenio Universidad de Cartagena – Universidad Nacional de Colombia, facultad de enfermería.

GARDNER, J. Emmett, et al. Panamanian grandmothers' family relationships and adjustment to having a grandchild with a disability. In: Aging and human development. 2004. vol. 59, no. 4, p. 305-320.

GARRO, Linda. On the rationality of decision making studies: part I, decision models of treatment choice. In: Medical anthrology anthroplogy quarterly. 1988. vol. 12, no. 3, p. 319-340.

GEERTZ, Clifford. La interpretación de las culturas. Gedisa editores 1988. 387 p.

GERHARDT, Tatiana. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. Em: Cad. Saúde pública, Rio de Janeiro. Nov. 2006. Vol. 22, no. 11, p. 2449-2463

GIGER, J. y Davidhizar, R. The Giger and Davidhizar transcultural assessment model. In: Rev journal transcultural nursing, July 2002. vol. 13, no. 3, p. 185-188.

GIRALDO, Dora. Significados del cuidado en el preparto. En: rev avances en enfermería. 2007, vol. XXV, no. 1, p. 115-121.

GUALDA, Dulce Maria. Assistência ao parto hospitalar sob a perspectiva da mulher / Women's perception of their childbirth experience. Em: Rev. Paul. Enferm. Jan.-dez 1994. Vol. 13 no. 1, p. 24-7.

GUBER, Rossana. El salvaje metroplolitano. Reconstrucción del conocimiento social del trabajo de campo. Buenos Aires: Editorial Paidos. 2005.

_____. La etnografía. Método, campo y reflexividad. Bogotá, Buenos Aires, caracas: Editorial Norma. 2007.

GUCCIONE, Nelson et al. The effects of specific medical conditions on the funtional limitations of elders in the Framinghan Study. In: Am public health. 1994, vol. 84, no. 3, p. 351-8.

GUTIÉRREZ DE PINEDA, Virginia. Medicina tradicional de Colombia. El triple legado. Vol. 1. Editorial Presencia. 1985.

HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira de Almeida; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson and LENARDT, Maria Helena. A critical analysis of gerontological nursing practice guided by Leininger's theory of culture care diversity and universaity. In: Acta Paul. Enferm. Jul.-set 2007. vol. 20, no. 3, p. 362-367.

HAMON, R. and BLIESZNER, R. Filial Responsibility Expectations among Adult Child- Olders Parent Pairs. In: Journal of Gerontology. 1990. Vol. 45, no. 3, p. 110 -112.

HANH, giselda y KIRCHHOF, ana Lucia. Prática asistencial-educativa da enfarmagem com o agente comunitário de saúde numa perspectiva transcultural. En: Rev. Cogitare enferm. Jan –jun. 1999, vol. 4, no. 1, p. 53-63,

HARRIS, Marvin. Teorías sobre la cultura en la era posmoderna. 1a. ed. Barcelona: editorial Crítica. 2004. 224 p.

HARRISON, Tracie and KHAN, David. Disability Rites. The cultural shif following impairment. In: Rev. Family and community health. Jan-mar 27, 2004. vol. 1, p. 86.

HELMAN, Cecil. Cultura saúde & Doenca. 4a. ed. Editora Artmerd. 2006 Traducción al idioma portugues Garcés.Cláudia Buchweitz, Pedro M.

HELP AGE INTERNACIONAL. Acción global sobre el envejecimiento. El informe sobre envejecimiento y el desarrollo: un resumen: pobreza, independencia y las personas mayores en el mundo. 2007

_____. Help Age Igualdad de trato, igualdad de derechos. Diez acciones para poner fin a la discriminación de edad. Diciembre de 2001, p. 1.

HERNÁNDEZ J., Janeth y HERNÁNDEZ U., Ivan. Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia [en línea]. En: Revista de Salud Pública. Bogotá. 2005; vol. 7, no. 2, p. 130 - 144. Disponible en Internet: http://latinamerica.dpi.org/documents/CostosdeDiscapacidadenColombia.pdf

HERNÁNDEZ, Luz Mery. Prácticas culturales de los adolescentes para prevenir el embarazo no deseado. En: rev avances en enfermería. 2007. vol. XXV, no. 1, p. 92-100

HOLROYD, Eleanor. Chinese cultural influences on parental caregiving obligations toward children with disabilities. Qualitative Health Research. January 2003. vol. 13, no. 1, p. 4-19.

HUNTER, Jennifer. Emelda's Story: Applying etnography insights to cultural assement. In: Journal transcultural Nursing. 2005 Vol 16, no. 4.

IDLER, E. and KALS, S. Religion, disability, depression, and the timing of death. In: The American Journal of Sociology. 1992, Vol. 97, no. 4, p. 1052-79.

KEARNEY, PM and PRYOR, J. The International Classification of Functioning. Disability and Health (ICF) and nursing. In: Journal of Advanced Nursing, 2003. Vol 46, no.2, p. 162-70.

KLEINMAN, Arthur. Patients and healers in the context of culture an exploration of the Borderland between Anthroplogy, Medicine, and psychiatry. In: Berkerly/Los Angeles: University of California Press, 1980. p.119.

KREUTZ, Erdtmann e LORENZINI, Alacoque. Modelo do sol nascente e razão sensível na enfermagem. Em: Rev. Bras. Enfermagem set. Out 2003. Vol. 56, no. 5, p. 523-527.

KREUTZ, Irene; APARECIDA, Miriam y GUALDA, Dulce Maria. A medicina popular no contexto das práticas de saúde. Em: Enfermagem, cultura e processo saúde - doença. Editora Icone Brasil, 2004.

LAZA VASQUEZ, Celmira. Irene Galeano: El saber de una partera tradicional del Magdalena medio/ Irene Galeano: the knowledge of a traditional midwife in the Magdalena zone [en línea]. En: Index Enferm. 2008 Dec. Vol. 17, no. 4, p. 284-287. Disponible en Internet: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400014&lang=pt

Le BRETON, David. Antroplogia del dolor. Barcelona: Seix Barral, 1999. 287 p.

LEACH, Edmund. Social Anthropology. Glasgow: Fontana paperbacks, 1982. pp. 38-39. Citado por: HELMAN, Cecil. Cultura saúde & Doenca. 4a. ed. Editora Artmerd. 2006 Traducción al idioma portugues Cláudia Buchweitz, Pedro M. Garcés.

LEININGER, Madeleine. Trancultural Nursing. Concepts, theories, Research and practices. 2a. ed. NewYork, San Francisco, Aukland: McGraw –Hill Inc. College Custon Series. 1995.

LEININGER, Madeleine and MacFARLAND, Marilyn. Transcultural Nursing: Concepts, Theories, research and Practice. 3a. ed. New York: McGraw Hill. 2002. p. 71-98

LEININGER, Madeleine. Criterios de evaluación y crítica de los estudios de investigación cualitativa. En: MORSE, Janice. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Editorial Universidad de Antioquía. Traducción Eva ZIMMERMAN. 2003.

LILLO, Manuel, et al. Investigación cualitatia en enfermería y competencia cultural. En: Index Enfermeria. 2004, vol. 44, no. 45, p. 47-50.

LINCON, Yvonna and GUBA Egon. Naturalistic inquiry. Beverly Hills, CA. 1985.

LIPSON, Julienne. Cultura y cuidados de enfermería. En: Index de enfermería Primavera-verano 2000, año IX, no. 28-29.

_____. Temas culturales en el cuidado de enfermería. En: Rev Investigación y educación en Enfermería. Marzo, 2002. Vol. XX, no. 1.

LITON S. Clalming disability: Knowledge identy. NewYork: NewYork press 1998. Cited by: Harrison Tracie, Khan David. Disability Rites. In: Rev. Family & community health, January/ March 2004

LITWIN, Howard. The path to well- being among elderly Arab Israelis. In: J cross cult gerontol. 2006. vol. 21, p. 25-40.

LONDOÑO BLAIR, Alicia. El cuerpo limpio higiene corporal en Medellín, 1880-1950. 1a. ed. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2008.

LÓPEZ DÍAZ, Alba et al. Prácticas de cuidado realizadas por personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza en zona rural y urbana en Colombia. En: Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería (10: 2006: Buenos Aires) Memorias. Bogotá.

LÓPEZ DÍAZ, Alba, Cianciarullo Tamara Compreendendo o significado de qualidade de vida na velhice. Em: Texto Contexto Enferm. 1999, vol. 8, no.3, p. 233- 49.

LÓPEZ, Alba Lucero, et al. Desarrollo de un modelo de cuidado cultural de la salud para personas ancianas con discapacidad en situación de pobreza en zonas urbano-marginales y rurales de Bogotá y Cáqueza/Cundinamarca, 2005- 2008. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de enfermería.

LÓPEZ, Alba Lucero. Comparando e interpretando a longa caminhada: maneira do idoso qualificar a vida. [Dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1999.

_____. O cuidar no contexto da adversidade: a história oral de idosos em uma comunidade colombiana. Tese, doutorado em enfermagem. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP. 2003.

LÓPEZ, Lucero; ÁLZATE, Marta y VELÁSQUEZ, Vilma. Desarrollo de un modelo de cuidado cultural de la salud para personas ancianas con discapacidad en situación de pobreza de las localidades de San Cristobal y Kennedy de Bogotá y la zona rural de Caqueza Cundinamarca. 2008.

LUTZ, Barbara y BOWERS, Barbara. Understanding how disability is definined and conceptualized in the literature. In: Reahabilitation Nursing. May / junio, 2003. vol. 28, no. 3, p. 74.

MANDELL, David and NOVAK, Maytali. The role of culture in families' treatment decisions for children with autism spectrum disorders. Mental retardation and developmental disabilities. In: Research reviews. 2005. vol. 11, p. 110-115.

MÁRQUEZ, Margarita. Desprotección social en adultos mayores viviendo en la pobreza urbana. En: Salud Pública de México. Edición especial 2007, vol. 49, p. 346-348.

MARTÍNEZ, Miguel. Ciencia y arte en la medologia cualitativa. Mexico: editorial trillas. 2004.

MARULANDA, M. Perfil del viejo. En: pobladores urbanos en búsqueda de identidad. Bogotá: Editorial Tercer Mundo editores. 1994.

Mc CALLION, Philip; MATTHEW. Janicki and GRANT GRIFFIN, Lucinda. Exploring the impact of culture and acculturation on older family's care giving for

persons with developmental disabilities. In: Family Relations. 1997. vol. 46, no .4, p. 347-357.

Mc CREARY, Jody and COELING, Harriet. The Culture of Deaf. In: Journal of transcultural Nursing. October 1999. Vol. 10, no. 4, p. 350-357.

MEIHY, José carlos. Manual de historia Oral. 5a ed. Sao Paulo: Ediciones Loyola, 2005.

MEJIA, Luz Dary et al. Hierbas Medicinales: Una viisón más allá de las prácticas populares. En: IV libro grupo de cuidado. Santafé de Bogotá: universidad Nacional de Colombia. En imprenta. 2009.

MELGUIZO, Estela y ÁLZATE Marta L. Creencias y prácticas del cuidado de la salud. En: Rev. Avances en Enfermería. Enero - junio 2008, vol. 26, no. 1.

MELGUIZO, Estella. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. En: revista avances en enfermería. 2008, vol. 26, no. 1, p. 112-123.

MERCADO, francisco y LÓPEZ, teresa. Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica. Mexico: Editorial Plaza Valdes. 2000.

MINAYO, María Cecilia. O Desafio Do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em saúde. 4 a. ed. São Paulo Brasil: Editora HUCITEC- ABRASCO. 1996.

_____. Saúde – doença: una concepção popular da etiologia. Em: Cad Saúde pública, 1988, vol. 4, no. 4, p. 363-81.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, Consorcio Prosperar Hoy, 2005 [en línea]. Disponible en Internet: http://www.minproteccionsocial.gov.co/vBeContent/library/documents/DocNewsNo 14841Docum entNo1495.PDF

MONTES DE OCCA, Doris; BRAVO, ana Julia y DÍAZ, Clara. Influencia del círculo de abuelos en la evolución de las enfermedades articulares. En: Revista cubana de enfermería. 2004. vol. 20, p. 39.

MONTI, Elizabeth and TINGEN, Martha. Multiple paradigms of Nursing Science. In: Rev. Advances in Nursing Science. 1999. vol. 21 no. 49, p. 64-80.

MONTICELLY, Marisa; CRUZ, Juana y VILLARREAL, María de los Angeles. Etnografía: Bases teórico-filosoficas y metodológicas y sus aplicaciones. En: Investigación Cualitativa en enfermería: Contexto y bases contextuales. Organización Panamericana de la salud. Universidad federal de Santa Catarina Washington 2008. p. 132.

MORSE, Janice. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Editorial Universidad de Antioquía. Traducción Eva Zimmerman. 2003.

MORSE, Janice et al. Comparative analysis of conceptualitations and theories of caring. In: Image J Nurs Sch. 1991, vol. 23, no. 2, p. 119-26.

MOURA, María, Aparecida Vasconcelos; CHAMILCO Isla e ALVES, Rosilda. A teoria transcultural e sua aplicação em pesquisas de enfermagem: uma reflexão. Esc. Anna Nery. Em: Rev Enfermagem. Dez 2005, vol. 9, No 3, p. 434- 440.

MUECKE, Marjorie. Sobre evaluación de las etnografías. En: MORSE, Janice. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Editorial Universidad de Antioquia. Traducción Eva ZIMMERMAN. 2003.

MUÑOZ De RODRÍGUEZ Lucy y VÁSQUEZ, Marta Lucía. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. En: Colombia Médica. Octubre-Diciembre, 2007. Vol. 38, no. 4 (Supl 2).

NAIR, Silvana e COSTA, Maria. Negociando fronteiras entre culturas doenças e tratamentos no cotidiano familiar. Em: Rev. Historia ciências, saúde-manguinhos. Rio de Janeiro. Jan – mar, 2006. Vol. 13, no. No1, p. 113-128

NGOKWEY, N. pluralistic etiological systems in their social context: a Brazilian case study. In: Soc Sci med. 1988. Vol. 26, No. 8, p. 793-.802.

NIR, Z; ZOLOTOGORSKY, Z and SUGARMAN, H. Structured nursing intervention versus routine rehabilitation after stroke 2004. In: Am J Phys Med Rehabil. *2004. vol.* 83, p. 522-529

NÓBREGA, Maria de Magdala, et al. O ser enfermeiro num contexto transcultural / the nurse-being in a transcultural context. Em: Rev. Bras. Enferm. Jul.-set. 1996. Vol. 49 no. 3, p. 399-408.

OCAMPO, Jose et al. Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores. Cali Colombia 2001. En: Rev. Colombia medica. Abril – junio, 2006. Vol. 37, no. 2, supl 1, p. 20.

OLIVER, Mike. Una sociología de la discpacidad o una sociología discpacitada? En: discapacidad y sociedad. Madrid: edicones Morata, 1998.

OLNEY, Marjorie, et al. Do you have a disability? A population-based test of acceptance, denial and adjustment among adults with disabilities in the U.S. In: Journal of rehabilitation. Jan-mar 2004. Vol. 70, no. 1, p. 4.

OREM, Dorotea. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Ediciones científicas y técnicas S.A Masson, 1993. 423 p.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Declaración política de la II asamblea Mundial sobre el envejecimiento. En: Rev. Esp Geriatria gerontolia. 2002, vol. 37, no. 2, p. 3-6.

_____. Estudio económico y social mundial el envejecimiento de la población mundial es inevitable. Hoja informativa [en línea]. Disponible en Internet: http://www.un.org/esa/policy/wess/. 2007.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS. Medicina tradicional [en línea]. 2004. Disponible en Internet: http://www.who.int/topics/traditional_medicine/es/

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS. Prevención de las Enfermedades Crónicas: una inversión vital. http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/

ORIÁ, Mônica; XIMENES, Lorena and PAGLIUCA, Lorita. L. Sunrise model: análise a partir da perspectiva de Afaf Meleis. In: Rev. Enferm. UERJ. Jan.-mar. 2007. Vol. 15, no. 1, p. 130-135.

OROZCO MARES, Imelda. Imágenes de la vejez. En: Miradas sobre la vejez. México: editorial plaz y Valdés, 2006. p. 221.

OSORIO MERCHÁN, May Bibiana y LÓPEZ DIAZ Alba Lucero. Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. En: INDEX de enfermería / cuarto trimestre 2008, vol. 17, no. 4.

PAGLIUCA, Lorita; ARAGAO, Eliana y ALMEIDA, Cesar. Acessibilidade e deficiência física: Identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral Ceará. Em: Rev. Esc Enferm USP. 2007, vol. 41, no. 4, p. 581-8.

PAJA L, Donnelly. Korean American family experiences of caregiving for their mentally III adult children: An interpretive inquiry. In: Journal Of. Transcultural Nursing. October. 2001. vol. 12, no.4, p. 292 – 301.

PAPADOPOULOS, Irena. Transcultural Health and Social Care. Development of culturally competent practitioners. Editorial Elservier. 2006. p. 7-24.

PARSONS, T. y CLARK, K. The Negro American. Boston: Beacon Press 1965. Citado por: SPECTOR, 2003.

PEDERSEN, Duncan. La construcción cultural de la salud y la enfermedad en America Latina. En: Cultura y salud en la construcción de las Américas. Reflexiones sobre el sujeto social. Instituto colombiano de antropologia COLCULTURA. Edición-compilación Pizón C, Suarez R, Garay g. 1993.

PEINADO Javier. Habitat y discapacidad. En: Discapacidad e inclusión social. Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá Colombia: Clemencia Cuervo y Alicia Trujillo editoras. 2005.

PELCHAT, Diane; LEFEBVRE. Helene and PERREAULT, Michel. Differences and similarities between mother's and fathers' experiences of parenting a child with a disability. In: Journal of child health care. 2003. vol. 7, no. 4, p. 231-247.

PELTO, Pertti J., PELTO, Gretel. Studyng knowledge cultura and behavior in applied medical anthroplogy. In: Medical anthrology anthroplogy quarterly. 1997. *v*ol. 11, no. 2, p. 147-163.

PEREIRA, Evani. A dimensão transcultural de o cuidado domiciliar ao longevo: a questão do valor cultural e as interfaces do sistema cuidado popular e profissional. Rio de Janeiro. S.n; dez 2003 140 p.

PEZO SILVA, María Concepción. A trajetória percorrida com a depressão: estudo transcultural das vivências de famílias do Brasil e do Peru. São Paulo. Tese Doutor. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, 2003. 263 p.

PICHETE, Eugene, et al. Effects of cultural identification and disability status on perceived community rehabilitation needs of American Indians. In: Journal of rehabilitation. Oct/Nov/Dec 1997. vol. 63, no. 4, p. 38.

PIRKKO, R. and SERJA, Annne. Geriatric rehabilitation Nursing. In: International journal of nursing practice. 2004. vol. 10, p. 207-215.

PRIESTLEY, Mark. SWAIN, John; FRENCH, Sally and CAMERON, Colin (Eds.). Controversial Issues in a Disabling Society. In: Journal of Social Policy, Buckingham: Open University Press. p. 639-640.

PURNELL, Larry y PAULANKA, Betty.Transcultural health care. 2a. ed. Philadelphia: Fa Davis. 2003.

PURNELL, Larry. A description of the purnell model for cultural competence. In: Journal of Transcultural Nursing. January 2000. vol. 11, no. 1, p. 40-46.

_____. Guatemalan´s practices for health promotion and meaning of respect afforded them by health care providers. In: Journal transcultural nursing. January 2001. Vol. 12, no 1, p. 40-47.

PURNELL, Larry. Panamanian's practices for health promotion and meaning of respect afforded them by health care providers. In: Journal transcultural nursing. October 1999. Vol. 10, no. 4, p. 331- 339.

QUEIROZ, Maria e PAGLIUCA, Lorita. Conceito de enfermagem transcultural: análise de seu desenvolvimento em uma dissertação de mestrado / The concept of transcultural nursing. Em: Rev. Bras. Enferm. Out.-dez. 2001. Vol. 54, no. 4, p. 630-637.

RAUGH, Raghavan and NEIL, Small. Cultural diversity and intellectual disability. In: Current opinion in Psychiatry. 2004. vol. 17, p.371-375.

RAY, 1989; GRIFFIN, 1980; ROACH, 1987. Citados por: MORSE, JM. et al. Comaparative analysis of conceptualitations and theories of caring. In: Image J Nurs Sch. 1991, vol. 23, No.2, p. 119-26.

RESTREPO, Jairo et al. Balance del régimen subsidiado de la salud de Antioquia. En: Revista Gerencia y políticas de salud. Junio 2003, vol. 2, no. 4.

REYES-ORTIZ, Carlos A, et al. Cross-national comparison of disability in Latin American and Caribbean persons aged 75 and older. In: Arch Gerontol Geriatr. 2006, vol. 42, p. 21–33.

ROBLES, Leticia y VÁSQUEZ, Elba. El cuidado a los ancianos: las valoraciones en torno al cuidado familiar. En: Rev. Texto contexto Enferm. Florianapolis. Abr-jun, 2008. Vol. 17, no. 2, p. 225-31.

ROBLES, Leticia. El cuidado de los ancianos la feminización de la obligación filial. En: Miradas sobre la vejez. México: editorial plaz y Valdés. 2006.

_____. La red social del anciano durante la enfermedad: Un acercamiento cualitativo. Ponencia presentada en el simposio de viejos y viejas participación, ciudadanía e inclusión social. Congreso internacional de Americanistas. (51: 14 al 18 julio, 2003: Santiago de Chile). Disponible en Internet: http;/www.eclac.org/celade/noticias/paginas/9/12939/EPS9 robles leticoa2.pdf.

RODRÍGUEZ TORRES, Estela y MUELAS TOMBE, Maria Fernanda. Cabildo Indígena de Guambia, Universidad Santiago de Cali. Seminario Internacional de cuidado cultural de la salud. Desarrollos Investigativos y políticas públicas. (2: 2007: Bogotá)

ROHRBACH. Cecilia. En búsqueda de un cuidado universal y cultural. En: Rev. Investigación y educación en Enfermería. Septiembre, 2007. vol. XXV, no. 2, p. 116 - 121

ROLDÁN, Maria C., MUÑOZ de RODRIGUEZ, Lucy y RUIZ de CÁRDENAS, Carmen H. Significado del cuidado de si y de su hijo por nacer en gestantes desplazadas. En: Revista Aquichan, abril 2008. Año 8, vol. 8, no. 1. C H I A, COLOMBIA, p. 97-115.

ROMANELLI, Geraldo. O significado da alimentação na família: Uma visão antropológica. Em: Medicina, Ribeirão Preto. Jul/ set. 2006, vol. 39, no. 3, p. 33-9.

ROY, Tanuka and CHOPRA, Suhita. The experiences of adolescents with talasemia in West Bengal, India. Qualitative health research. January 2007. vol. 17, no. 1, p. 85-93.

RUEDA, Robert, et al. Cultural models of transition: Latina mothers of young adults with developmental disabilities. In: Exceptional Children. 2004. vol. 71, no.4, p. 104-414.

SALGADO DE SNYDER, V. Nelly and WONG, Rebeca. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez [en linea]. Salud pública Méx 2007, vol.49, suppl. 4, p. 515-521. Disponible en Internet: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000011&lng=en&nrm=iso.
ISSN 0036-3634.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, Bogotá. Respuesta social desde el sector salud. Grupo funcional persona mayor presentación abril 2006. Citado por: Veeduría Distrital. Situación de la persona mayor en Bogotá. En: Vivir en Bogotá. No. 4. Editorial Litoperla impresos limitada 2007.

SEN, Amartya. Desarrollo y libertad. Traducción de: Esther rabasco y Luis Thoaria. 9a. Ed. Editorial planeta. Colombia 2009. p.115.

SHEER, Jessica et al. Acces Barriers for persons with Disabilities. In: Journal od disability policy studies. 2003, vol. 13, No. 4.

SILVA JUNIOR, Fernando Jose et al. Assistência de enfermagem ao portador de Hanseníase: abordagem transcultural / Asistencia de enfermería al portador de Lepra: abordaje transcultural. Em: Rev. Bras. Enferm. Nov. 2008. vol. 61, (spe), p. 713-717.

SILVA, Deise Marinho da y MOCELIN, Katia Reis. O cuidado de enfermagem ao cliente portador de feridas sob a ótica do cuidado transcultural. Em: Nursing (São Paulo). Fev. 2007. Vol. 9, no. 105, p. 81-88.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. Disponible en Internet: http://www.segg.es/

SORENSEN, Elaine, et al. This is an espiritual experience: perspectives of Latter-day Saint families living with a child with disabilities. In: Qualitative health research. January 2003. vol. 13, no. 1, p. 57-76.

SPECTOR, Rachel. Cultural diversity in health and illness. In: Journal transcultural Nursing. July 2002, vol. 13, no. 3, p. 197-199.

SPRADLEY, James. The ethnography interview. Harcourt Brace Jovanovich college publishers. Fort Worth Philadelhia. 1979.

STRAUSS, Anselm y CORBIN, Juliet. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Bogotá. 2a. ed. Colombia, Universidad de Antioquia: CONTUS-Editorial.

STREUBERT, Helen y CARPENTER, Dona. Qualitative Research in nursing advancing the humanistic imperative. 2th. ed. Philadelphia, Newyork, Baltimore: Lippincott. 1999.

TOVAR Pinzón H. Emigración y éxodo en la historia de Colombia [En línea]. En: Amérique Latine Histoire et Mémoire. Les Cahiers ALHIM, 3, 2001. Consultado el 27 febrero de 2009. Disponible en Internet: http://alhim.revues.org/index522.html.

TRANSCULTURAL NURSING SOCIETY [TCNS], 2009. Disponible en Internet: http://www.tcns.org

URREA, Fernando. Itinerios terapéuticos y comunicación médica intercultural. En: Cultura y salud en la construcción de las Americas. Edición- compilación, Carlos E Pinzón; Rosa Suarez y Gloria Garay. Instituto Colombiano de Antropologia y cultura. Bogotá.

VALERI, V. relativisme culturel. En: BONTE, P. Izard. Dictionnaire dem léthnologie et de anthroplogie. Paris. Citado por: ROHRBACH, 2007.

VANDENBRINK Carolien. Self repoted disability and association whith performance-based limitation in elderly men: a comparison of three European countrys. In: J Am Geriatr Soc. 2003, vol. 51, no. 6, p. 782-788.

VARELA LONDOÑO, Luz Estella. Trayectorias de vida: experiencias de un grupo urbano de adultos mayores [en línea]. En: Rev. Investigación y educación en Enfermería. Medellin. Marzo de 2008. Vol. 26, no. 1, p. 48 – 58. Disponible en Internet: http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v26n1/v26n1a04.pdf

VASQUEZ PALACIOS, Felipe. Construcciones sociales de la vejez rural, /Urbana a partir de la experiencia religiosa. p. 183. En: Miradas sobrfe la vejez un enfoque antrológico. Colegio de la frontera Norte PyV editores 2006.

_____. La espiritualidad como estilo de vida y bienestar en el último tramo de la vida. En: Revista Estudios demográficos y Urbanos. México, 2001. No. 048, p. 615-634.

VÁSQUEZ, Marta Lucía y LORENZINI, Alacoque. Cuidado cultural e fecundidade na adolescência: abordagem etnográfica numa comunidade urbana marginal 1999. Em: Cogitare enferm. Jan. - jun. 1999. Vol. 4, no. 1, p. 97-106.

VÁSQUEZ, Marta Lucía. Aproximaciones a la creación de competencias culturales para el cuidado de la vida. En: Rev. Investigación y educación en Enfermería. Septiembre 2006. vol. XXIV, no. 2, p. 136 – 142.

_____. El cuidado de Enfermería desde la perspectiva transcultural: Una necesidad en un mundo cambiante. En: Rev. Investigación y educación en enfermería. Marzo de 2001. Vol. 9, no. 1.

VEEDURÍA DISTRITAL (Bogotá). Situación de la persona mayor en Bogotá. En: Vivir en Bogotá. no. 4. Editorial Litoperla impresos limitada 2007. p. 20 -30.

VEGA FRANCO, leopoldo. Ideas, creenciasy percepciones acerca de la salud. Reseña Histórica. En: Rev. Salud pública de Mexico. Mayo –junio de 2002, vol 44, no. 3.

VESGA, A. Cartografía Social de la Partería en el Pacifico Colombiano: Una Experiencia en el Municipio de Buenaventura, 2007. Seminario Internacional de cuidado cultural de la salud. Desarrollos Investigativos y políticas públicas. Bogotá. Memorias 2007 (2: 2007: Bogotá).

VILLAR, Rafael et al. Supervivencia de métodos de curación populares en un sistema de cuidados moderno. En: Rev. Cultura de los cuidados. 1 semestre 2007, año XI, no. 21.

VILLAR, Rafael, et al. Supervivencia de métodos de curación populares en un sistema de cuidados moderno. En: Rev. Cultura de los cuidados. 1 semestre 2007, año XI, no. 21.

WEISSHEIMER, Anne Marie. O parto na cultura teuto-gaúcha Porto Alegre. Tese Mestrado. Programas de Pós-graduação da CAPES. 125 p. 2002.
WOLCOTT, Harry. En búsqueda dela esencia de la etnografía. En: Revista investigación y educación. Septiembre de 2003. Vol. 21, No. 2.

_____. Ethnography: way of seeing. Walnut Creek: Alta Mira Press 1999. Citado por: MONTICELLY, Marisa; CRUZ, Juana y VILLARREAL, María de los Angeles. Etnografía: Bases teórico-filosoficas y metodológicas y sus aplicaciones. En: Investigación Cualitativa en enfermería: Contexto y bases contextuales. Oraganización Panamericana de la salud. Universidad federal de Santa Catarina Washington 2008.

_____. Mejorar la escritura de la investigación cualitativa. Editorial Universidad de Antioquia 2001.

WORLD HEALTH ORGANITATION. Towards age-friendly primary health care. Geneva 2004. Available from Internet: http://www.whqlibdoc.who.int/publications /2004

YOUSAFZAI, Aisha K., et al. Beliefs about feeding practices and nutrition for children with disabilities among families in Dharavi, Mumbai. In: International Journal of rehabilitation research. 2003. vol. 26, no. 1.

ZHANG, Dalun. Parent practices in facilitating self-determination Skills: The influences of culture, socioeconomic status, and children's special education status. In: Research and Practice for persons with severe disabilities. 2005. vol. 30, no. 3, p. 154 -162.

ANEXOS

Anexo A. Caracteristicas de los colaboradores claves. Proyecto Comprendiendo el cuidado de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza.

Identifica-ción	Edad	Genero	Barrio	Tiempo de vivir en el barrio	Lugar de origen	Tipo de deficiencia	Tiempo de discapacidad	Nivel de dependencia	Personas con las que vive	Religión	Escolaridad	Servicio de salud
AA	72 años	M	paraíso	45 años	Cerros Nororientales de Bogotá	Física	10 años	Medianamente dependiente	Hija , tres nietos y un bisnieto	católico	Primaria incompleta	SISBEN
FB	78 años	M	San Martín	50 años	Boyacá	Física	5 años	Altamente dependiente	Hijo, nuera	Católico	Primaria incompleta	SISBEN
EF	70 años	F	paraíso	45 años	Cerros de Bogotá	Física	2 años	Medianamente dependiente	Hija, nietos y bisnieto	católica	Primaria incompleta	SISBEN
GY	65 años	F	San Martín	7 años	Valle	Física	10 años	Medianamente dependiente	Hermana y sobrino	Católica	Primaria incompleta	SISBEN
IP	70 años	F	San Martín	50 años	Bogotá	Física	6 años	Medianamente dependiente	Esposo, hija y nietas	Católica	Primaria incompleta	Seguro social
EC	64 años	F	Villa Anita	10 años	Tolima	Física	6 años	Medianamente dependiente	Esposo, 1 hijo, hija, nietas y sobrina	Católica	Primaria incompleta	SISBEN
CR	78 años	F	Paraíso	50 años	Bogotá	Física / sensorial	5 años	Altamente dependiente	Hija	Católica	Primaria incompleta	Seguro social

Anexo B. Consentimiento informado presentado a los colaboradores del proyecto Comprendiendo el cuidado de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza

COMPRENDIENDO EL CUIDADO D ELOS ANCIANOS EN SITUACION DE DISCAPACIDAD Y POBREZA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA EL COLABORADOR ADULTO MAYOR

Yo _____ con C.C Nº _____ de _____, doy mi autorización para que me entreviste la Enfermera Fabiola Castellanos Soriano Estudiante del programa de doctorado de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, quien desarrolla la investigación Comprendiendo el cuidado de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza".

Entiendo que fui seleccionado (a) para participar en el estudio porque tengo dificultad para salir de la casa sin ayuda, soy mayor de 60 años y tengo voluntad para dar información. Se me ha explicado que la información obtenida será utilizada en el proyecto mencionado y que mi nombre no aparecerá escrito si así lo decido y de ser necesario usaré el apodo o seudónimo que yo seleccione.

Entiendo que estas entrevistas serán realizadas y grabadas en mi casa y en los horarios que me convengan. Se me harán algunas preguntas sobre lo que pienso acerca de lo que esta pasando con mi vida y podrá estar presente un familiar si lo deseo. Durante las entrevistas se mantendrá respeto frente al manejo de la información y por mi vida privada.

Las entrevistas duran aproximadamente 3 horas y autorizo para que en otros momentos puedan visitarme, realizar observaciones y entrevistarme. Durante la entrevista autorizo tomar fotos o videos míos y del lugar en el que me encuentro para completar los datos de la entrevista.

Tendré el derecho a tomar la decisión de no continuar la entrevista o no permitir tomar fotos o hacer videos, observaciones y retirarme del estudio si así lo deseo. Por esta razón no se verá afectada mi familia, ni mi integridad física, social o la prestación de los diferentes servicios que recibimos.

Entiendo que con este estudio me beneficio al poder compartir mi experiencia de vida y entender mejor lo que me pasa., Reconozco que mis aportes van a servir para comprender a otras personas que tienen una situación como la mía. Acepto participar sin recibir apoyo económico o de otra naturaleza.

También he sido informado que puedo obtener información de los resultados del estudio a través de la Enfermera Fabiola Castellanos en el teléfono 3208320 Ext. 2655

Fecha……..

Firma del entrevistado ---------- ó huella ----------

Firma del testigo o familiar ----------

Firma del investigador responsable----------

Adaptación Consentimiento Grupo de Cuidado Cultural de la Salud. Autorizado profesora Lucero López.

Anexo C. Matriz generada por la investigadora para el análisis de los datos en la fase 2.

FECHA: Marzo 13 de 2007 **Entrevista: EC**			
Identificación	**Descriptores**	**Categorías**	**Observaciones**
EC1	a mi me llamaban a lavar ropas yo me iba a lavar ropas donde fuera donde me llamaran me iba yo trabajaba y un vez me fui a lavar la ropa por allá por la primera, me fui a lavar una ropa y llegue cansada y la espalda raída un dolor de espalda que yo no lo soportaba y ello me dijeron mama deje esa lavadera que usted no necesita no trabaje mas, pero necesitan uno la platica también que llegan los aguinaldos y estos niños sin comprarles un aguinaldito ni nada, no eso ya no puede comprarles usted, seguí con el dolor de espalda y entonces me llevaron al medico me dijo que si yo fumaba y seguí enferma y enferma me dieron tratamiento y mejore un poquito, aquí cuando ya vivía acá volví me enferme acá pero horrible me cayo la neumonía y me llevaron al San Carlos y entonces allá ya me descubrieron que tenia un EPOC, me tomaron un TAC y tenia un EPOC en los pulmones y que tenia taquicardia, no mejor dicho me dieron tantas enfermedades, ahí quede pagando las consecuencias”	**Después de toda una vida de trabajo ahora pago las consecuencias**	
EC2	**siempre en las fincas o lavando ropas)** “en las fincas cuando estaba soltera, mi mama era modista y ella se sentaba, se levantaba y se sentaba en la maquina trabajaba y todo, y yo me sentaba era por las noches como se dice, porque yo llegaba a medio día yo despachaba	**La rutina de mi vida ha sido trabajar y no mas que trabajar**	

	almuerzo y ya tenia la comida echa y me iba con una rabona a desyerbar cebolla, a desyerbar repollo, arracacha o a sembrar a lo que fuera con mi papa, y llegaba por la tarde a despachar comida arreglaba la cocina y a pegarme del lavadero, me case y también la misma rutina, claro que material no me ha tocado trabajar después de que me case pero entonces... **(como eso de material que no le ha tocado trabajar?)** "trabajar pues así desyerbando o cogiendo café a mi me ha gustado coger café, entonces con los trabajadores yo cogía un cocao de café y me lo pasaban por contrato y (tose) esa ha sido la rutina mía toda la vida... trabajar que mas tra		

Anexo D. Matriz generada por la investigadora para el análisis de los datos en la fase 3.

Análisis de entrevistas y diario de campo **Fecha:**				
Identificación	**Descriptor**	**Categoría**	**Patrón**	**Comentarios analíticos**

Anexo E. Cuadro de categorías, patrones y temas culturales del contexto ambiental de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza.

Categorías	Patrones	Tema cultural
- Toda la vida hemos vivido de un lado a otro … hay que aprender a vivir con eso - Unos tenemos más dificultades que otros…pero ahí seguimos en la lucha! - Uno es de donde nace y trata de conservar sus costumbres - Viejo, sin plata y sin salud: ¡ eso es pobreza ¡	Predestinados a la pobreza entre la resignación y la lucha	**Viviendo en un valle de lagrimas: entre la resignación y la lucha de vivir en la vejez, la discapacidad y la pobreza**
- Viviendo en esta loma se sufre para ir de un lado a otro - ¡ El hospital es un viacrucis ¡ solo es gasto y papeleos - Para los médicos los viejos no merecemos atención	¡Ir al hospital, salir de casa toda una carrera de obstáculos ¡	
- Necesitamos más apoyo del gobierno - Cuando uno está viejo ya no le importa a nadie, lo único que recibe son limosnas	El apoyo gubernamental: una limosna insuficiente	
- El radio y la nevera me facilitan la vida - A veces la tecnología no ayuda, me da miedo y no sé como usarla	Acomodándose al mundo moderno: del radio transistor al uso del teléfono celular	
- Yo cuento con el apoyo de mi familia, ellos ponen la cara por mi - Yo cuide los hijos ahora ellos no me descuidan - Mi familia me quiere y me respeta, pero … uno deja de sentirse un estorbo	La familia: obligación, amor o retribución	
- Toca llevar las cosas con fe y que sea la voluntad de Dios - ¡Con la ayuda de Dios, la familia y los vecinos salimos adelante!	A Dios rogando y la vida enfrentando	

Anexo F. Cuadro de categorías, patrones y temas culturales de la trayectoria de cuidado popular de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza

Categorías	Patrones	Tema
Uno se da cuenta de sus males porque el cuerpo no le sirve como antes La vejez: muchas enfermedades pocas capacidades Invalidez… dejando la vida en manos de otros Los males… frutos de la vida de descuido, trabajo y sufrimiento	Ahora de viejo pago las consecuencias de la vida que me tocó llevar	**Descubriendo los caminos del cuidado popular de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza**
Cuando nos sentimos graves toca ir al médico Toca esperar a que otros decidan por mi Cuando los males no se curan con los remedios caseros vamos al hospital A uno de viejo le toca tener más cuidado con la salud	Tomar decisiones: un entramado de circunstancias	
Ayudándome y dejándome ayudar Protegiéndome del frio evito más males A esta edad toca cuidarse muy bien en las comidas Manteniendo limpio el cuerpo y el aire Previniendo los males: entre la quietud y el movimiento Manteniendo la mente ocupada Procurando la tranquilidad Apoyándome en Dios Buscando alivio con los remedios que conocemos Haciendo lo que manda el médico	La ejecución del cuidado:El vaivén entre lo popular ylo profesional	

Anexo G. Prácticas de cuidado para mantener y recuperar la salud realizadas por las personas ancianas en situación de discapacidad.

	FISICO	MENTAL	ESPIRITUAL
PRÁCTICAS PARA MANTENER LA SALUD	• Me baño cada tercer día cuando la hija pueda auxiliarme • Duermo durante el día y me estoy quieto • A mi me toca mover las piernas y bullirme • Como bajito de sal • Tomo vitaminas y nutrientes • La sábila, la hierbabuena y la ortiga sirven para las purgas del cuerpo • Hacemos deshaumerio con eucalipto para desinfectar el aire	• A uno a esta edad ya le toca quedarse tranquilo • Me siento por ahí y charlo con la familia • La radio y la televisión me entretienen	• Oigo la misa en televisión • Rezo y le pido protección a Dios y a la virgen • El escapulario me lo regaló el hijo pa´ que me protegiera

PRÁCTICAS PARA RECUPERAR LA SALUD	• Me tomo fielmente las pastas que me da el médico • Con estoy males lo único es ir al médico • Me hago masajitos con aceites y plantas para el dolor • Me amarro la lanita roja para curar mis males • Las salmueritas ayudan a estar mejor y calman el dolor • La creolina la usamos para sanar las heridas • Cuando me enfermo me tomo las pastas y la agüita de toronjil • Tomo agua de eucalipto para el dolor de cabeza, albahaca pa´ los nervios y limoncillo para la fiebre • Me pongo cataplasmas para la erisipela		• Rezo y le pido protección a Dios y a la virgen

Adaptado de Spector R. Cultural Diversity in Health and Illness (2004).