

Creencias y prácticas de cuidado de la salud de ancianos*

Beliefs and Practices of Health Care for the Elderly

Crenças e práticas de cuidado da saúde de idosos

ESTELA MELGUIZO HERRERA**, MARTHA LUCÍA ALZATE POSADA***

Resumen

Introducción: las creencias y prácticas de cuidado de la salud son expresiones de la cultura del cuidado de los grupos sociales.

Objetivos:

- Analizar el contexto sociocultural de la Comuna 9 de Cartagena y su influencia en el cuidado de la salud de sus ancianos.
- Analizar las creencias y prácticas de cuidado de la salud de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza en la Comuna 9.

-Aproximarse a la comprensión de los conceptos de salud, vejez, discapacidad y pobreza de estos ancianos.

Metodología: estudio cualitativo, etnografía descriptiva; se utilizó observación participante y entrevista a profundidad. Participaron ocho personas de 60 años y más, en situación de discapacidad y pobreza, en la Comuna 9. Se tomó como referente la propuesta de Leininger para el análisis de datos cualitativos. Se cumplieron criterios de credibilidad, confirmabilidad, significado en el contexto y saturación. Se obtuvo el consentimiento informado.

Hallazgos: la relación entre el contexto sociocultural y el cuidado de la salud es dinámica y refleja la idiosincrasia cartagenera. Existen creencias sobre cosas que “sostienen la salud”, “cuidan la salud o causan enfermedad” y cosas que “enferman y matan”; y prácticas de cuidado que se mueven en un continuo entre hacer y no hacer nada para cuidar la salud.

* Este trabajo se realizó en el marco de los proyectos del grupo Cuidado Cultural de la Salud, Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, con apoyo financiero de la Universidad de Cartagena, la Dirección de Investigación, sede Bogotá (DIB) de la Universidad Nacional de Colombia, códigos 20201007520 y 20601003556, Colciencias y la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, código 11010416453.

** Enfermera, magíster, doctora en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, docente titular de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena, miembro del grupo de investigación Cuidado Cultural de la Salud de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, clasificación B en Colciencias, y del Grupo de Investigación Cuidado a las Personas, de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena. emelguizoh@unal.edu.co Cartagena, Colombia.

*** Enfermera, doctora en Salud Pública, Universidad de San Pablo, Brasil, profesora asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá. Miembro del grupo de investigación Cuidado Cultural de la Salud, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, clasificación B en Colciencias. mlalzatep@unal.edu.co Bogotá, Colombia.

Recibido: 14-06-10

Aprobado: 20-08-10

Conclusión: las creencias y prácticas de cuidado de la salud develan cómo la cultura permea todas las áreas de la vida de las personas y cambia con el desarrollo de las mismas.

Palabras clave: salud, atención de Enfermería, anciano, Enfermería (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Introduction: the beliefs and practices of health care are expressions of culture when caring for social groups.

Objectives:

- To analyze the social cultural context of the Cartagena “Comuna 9” quarter and its influence when caring for the health of the elderly.
- To analyze the beliefs and practices in health care for the elderly with disability and in poverty, in the Cartagena’s “Comuna 9” quarter.
- To come closer to understanding the concepts of health, age, disability and poverty of the elderly.

Methodology: a qualitative, descriptive ethnography was conducted; participant observation and in depth interviews were used. Participants were eight persons 60 years old and over, in conditions of disability and poverty in the Cartagena “Comuna 9” quarter. Leininger’s proposal for the analysis of qualitative data was taken as reference. Criteria for credibility, confirmation, meaning in the context and saturation were met. Informed consent was obtained.

Findings: the relationship between the social cultural context and health care is dynamic and it reflects the idiosyncrasies of Cartagena. There are beliefs about things which “support health”, “take care of health or cause disease” and things which “sicken and kill”; and care practices that move along a continuum between doing and not doing anything about health care.

Conclusion: beliefs and practices in health care reveal how culture permeates all areas of life of individuals and how it changes with their development.

Key words: health, nursing care, aged, nursing

Resumo

Introdução: as crenças e práticas de cuidado da saúde são expressões da cultura de cuidado dos grupos sociais.

Objetivos:

- Analisar o contexto sociocultural da Comuna 9 de Cartagena e sua influência no cuidado da saúde destes idosos.
- Analisar as crenças e práticas de cuidado da saúde dos idosos em situação de inabilidade e pobreza na Comuna 9.
- Aproximar-se à compreensão dos conceitos de saúde, velhice, inabilidade e pobreza dos idosos.

Metodologia: estudo qualitativo, etnografia descritiva; utilizou-se observação participante e entrevista em profundi-

dade. Participaram oito pessoas de 60 anos e mais, em situação de inabilidade e pobreza, na Comuna 9. O referente do trabalho para a análise de dados qualitativos foi a proposta de Leininger. Observaram-se critérios de credibilidade, confirmabilidade, significado no contexto e saturação. Obteve-se o consentimento informado.

Achados: a relação entre o contexto sociocultural e o cuidado da saúde é dinâmica e reflete a cultura cartageneira. Existem crenças sobre coisas que “suportam a saúde”, “cuidam a saúde ou causam doença” e coisas que “enfermam e matam”; além de práticas de cuidado que vão entre fazer e não fazer nada para cuidarem da saúde.

Conclusão: as crenças e práticas de cuidado da saúde revelam como a cultura permeia todas as áreas da vida das pessoas e muda com o desenvolvimento delas.

Palavras chave: saúde, cuidados de enfermagem, idoso, enfermagem

INTRODUCCIÓN

Existe una forma de cuidado que rescata la cultura como elemento importante que influye en la salud de las personas: el *cuidado cultural*, definido por Leininger como “los valores, creencias y patrones de estilos de vida aprendidos y transmitidos profesional y popularmente y que se usan para asistir, facilitar o capacitar a individuos o grupos para mantener su bienestar o su salud o mejorar una condición humana o estilo de vida” (1, 2).

Por cultura se entiende un “modo de vida socialmente aprendido que se encuentra en las sociedades humanas y que abarca todos los aspectos de la vida social, incluidos el pensamiento y el comportamiento” (3). La cultura comprende “la trama de significados en función de la cual los seres humanos interpretan su existencia y experiencia, así mismo como conducen sus acciones” (4).

Por otra parte, las enfermeras a cargo del grupo de la “tercera edad” (grupo de ancianos), en la Comuna 9 de Cartagena, observaron ancianos cuya situación de discapacidad no les permitía salir de sus casas, con deterioro de su salud física y mental, poca aceptación de las prácticas de salud alopáticas y preferencias por prácticas de cuidado aprendidas en el hogar o en la comunidad.

Estas situaciones podrían hacer pensar que quizá no se esté respondiendo a las expectativas de los ancianos respecto al cuidado de su salud y que se podrían perder los esfuerzos y recursos logísticos y humanos para la atención de esta población.

La literatura consultada mostró que las poblaciones en situación de vejez, discapacidad o pobreza, en el mundo, en Colombia y en la Comuna 9, se caracterizan por su aumento progresivo (5-8), crecimiento acelerado y mayor concentración en países en vía de desarrollo y en áreas urbanas (7, 9-11), presencia del fenómeno de feminización (9) e imaginarios socioculturales negativos que generan exclusión y marginalización (12-14). Así mismo, se muestra a la cultura como una estrategia clave para hacer frente a estos fenómenos demográficos y epidemiológicos (7, 8, 11).

Se hace necesario investigar, desde una perspectiva cultural, sobre las creencias y prácticas de cuidado de la salud de esta población para contar con información pertinente que permita orientar cuidados de la salud culturalmente congruentes, más humanos y efectivos.

En congruencia con los planteamientos anteriores, se formuló la pregunta de investigación: ¿cuáles son las creencias y las prácticas de cuidado de la salud de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza en la Comuna 9 de Cartagena? Se propusieron los siguientes objetivos:

- Analizar el contexto sociocultural de la Comuna 9 y su influencia en el cuidado de la salud de los ancianos.
- Analizar las creencias y prácticas de cuidado de la salud de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza en esa comuna.
- Aproximarse a la comprensión de los conceptos de salud, vejez, discapacidad y pobreza de los ancianos. (Este objetivo emergió durante la ejecución del proyecto de investigación, dada la riqueza de descriptores culturales al respecto).

El concepto de *creencias* ha sido definido desde la enfermería transcultural (15), la psicología social (16) y la sociología (17); se evidencia que las creencias son representaciones sociales que pretenden integrar lo individual y lo social (18), que cumplen la función social de orientar la conducta de los individuos y guiar las relaciones y las comunicaciones sociales. Con frecuencia se considera que las creencias son supersticiones que, por ubicarse en el plano de lo mitológico, son menospreciadas (17).

Con respecto al concepto de *prácticas de cuidado de la salud*, en la literatura se encontró que estas también se llaman comportamientos (19, 20) o actividades (21); se

les atribuye la característica de ser un hecho deliberativo, con intervención del entendimiento y del apetito y buscando el bien no solo para el sujeto, sino también para la sociedad (22). Según Purnell, se clasifican en prácticas prescriptivas, restrictivas o tabú (15).

Por otra parte, son varias las teóricas de enfermería que afirman que el *cuidado* es el foco central de la enfermería (22). Según Leininger, el *cuidado* está presente en todas las culturas pero tiene características diferentes en cada una de ellas (1).

El *cuidado cultural* incluye el “cuidado genérico” (referido al conocimiento aprendido y transmitido, tradicional y popularmente, perspectiva *emic*, usado hábilmente por la cultura) y el “cuidado profesional” (hace referencia al conocimiento *etic* aprendido cognitiva y formalmente y practicado hábilmente) (1). Entonces, el concepto de “cuidado genérico” permite abordar la perspectiva *emic* del cuidado.

El *contexto* en que se desarrolla la cultura se define como una palabra compuesta de dos partes: “*con*: significa junto a; y *texto*: que significa paño y/o entramado, trama, tejido” (23); y *contexto* como el “entorno físico o de situación, ya sea político, histórico, social, cultural o de cualquier otra índole que rodea a las personas en su cotidianidad” (24). En este estudio, *contexto* es “la fuente de donde surge la cultura”, “la arena activa donde los individuos construyen su comprensión del mundo y que está formada tanto por los contenidos culturales tradicionales, como por las necesidades y expectativas individuales y colectivas que surgen del contacto con la sociedad amplia” (24).

Dado que la literatura evidencia el concepto de *vejez* como una construcción histórica, desarrollada por la sociedad, es de esperarse que dicha categoría se asuma de diferente forma en las distintas culturas (10). En la sociedad occidental la edad cronológica marca las fronteras entre los estadios de la vida, por lo que se considera en este estudio que anciano es la persona con 60 años y más (7).

En este estudio, el concepto de *discapacidad* se asumió de acuerdo con la Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (25, 26), que engloba las deficiencias de funciones, estructuras corporales, limitaciones en las actividades físicas y limitaciones en la participación social.

De igual forma, el concepto de pobreza tomó como referente los planteamientos de Amartya Sen, premio Nobel de Economía en 1998, para quien la pobreza se produce cuando la persona está limitada por la miseria económica, por la exclusión política o por la exclusión social, ya que esto impide su desarrollo y no deja que las personas amplíen sus capacidades. Entendiendo por capacidades todo aquello que la persona puede ser capaz de ser o hacer (27).

De manera similar, la literatura revisada mostró el concepto de *salud* como “un proceso de movimiento y cambio” (28), “un fenómeno complejo interrelacionado” (29) o “un estado de bienestar que es definido y constituido culturalmente” (1).

Por lo tanto, las creencias y prácticas de cuidado de la salud de los ancianos pueden verse influenciadas por el contexto sociocultural y deben considerarse en el marco de los conceptos de vejez, discapacidad, salud y pobreza que las personas tienen.

DISEÑO METODOLÓGICO

- Tipo de estudio: diseño cualitativo, etnografía descriptiva, la cual “se centra en la descripción de culturas o grupos” (30). En este estudio se trató de descripciones analíticas de las creencias y prácticas de cuidado de la salud de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza de la Comuna 9 de Cartagena.

- Participantes del estudio: 8 personas de 60 años y más, residentes en la Comuna 9, con limitación física o visual que les impedía salir de su casa. Se realizó un muestreo estratégico (31) en el que el criterio utilizado fue la “riqueza de contenido y de significado” que debían poseer los testimonios o narrativas de los participantes, sobre las creencias y prácticas del cuidado de la salud. Los participantes fueron localizados mediante la técnica de *bola de nieve* (32).

- Criterios de exclusión: condiciones físicas y mentales que impidieran al anciano compartir sus creencias y prácticas de cuidado de la salud o no querer participar del estudio. No se incluyeron ancianos institucionalizados.

- Recolección de la información: la inserción al campo se realizó entre febrero-abril de 2006, contactando a las autoridades y líderes comunitarios que trabajan con la población anciana y con la población en situación de

discapacidad, a quienes se formalizó, por escrito, sobre el proyecto y su objetivo.

La información se recolectó mediante observación participante y entrevistas a profundidad, que fueron consignadas en el diario de campo y en grabaciones magnéticas. Se realizó un total de 124 visitas, 108:35 horas de observación participante; 14 entrevistas a profundidad, 12:05 horas de grabación y 114 horas de transcripción.

- Análisis de la información: se tomó como referente la propuesta de Leininger (1) para el análisis de datos cualitativos, la cual incluye cuatro fases: a) recolección y documentación de datos, b) identificación y categorización de descriptores y componentes culturales, c) patrones y análisis contextual y d) propuesta de temas culturales, formulaciones teóricas y recomendaciones.

Como en la literatura disponible no se encontraron las definiciones de los conceptos incluidos en las distintas fases del análisis de datos cualitativos propuesta por Leininger, fue necesario realizar una revisión bibliográfica sobre las estrategias de análisis cualitativo, mirar los informes de investigaciones presentados por Leininger en sus libros, comparar estas denominaciones con las propuestas por otros autores y, con la experiencia del análisis de los datos de esta investigación, se propusieron las siguientes definiciones:

Descriptor cultural: son frases o palabras claves identificadas en los datos crudos, es la expresión *emic* o *etic* que detalla, narra, define o explica atributos de las creencias y prácticas del cuidado de la salud de los ancianos en situación de discapacidad en contexto de pobreza o de los aspectos de la cultura en que estaban inmersos esos cuidados.

Los *datos crudos* son aquellos que permanecen tal como fueron tomados del campo de estudio; no han sido sometidos a análisis o procesos de abstracción. Como *categoría* se entiende la abstracción inductiva a partir de una agrupación de descriptores culturales similares y diferentes de un mismo aspecto de las creencias y prácticas del cuidado de la salud de los ancianos o del contexto sociocultural.

Un *patrón cultural* es el modelo o la estructura lógica que explica un conjunto de fenómenos que guardan entre sí ciertas relaciones; es la abstracción inductiva a partir de una agrupación de categorías. Y la abstracción conceptual a partir de los patrones permitió llegar a

plantear los *temas culturales*, que es la expresión que sintetiza las características de las creencias y prácticas de cuidado de la salud.

Con base en la propuesta de análisis del *contexto sociocultural*, planteada por las investigadoras, y siguiendo los lineamientos de Leininger (1), para el análisis de datos cualitativos se identificaron descriptores culturales (*emic* y *etic*) que permitieron describir y analizar los distintos factores del *microcontexto sociocultural* y su relación con el cuidado de la salud.

Se empleó una tabla de cinco columnas que permitió centralizar, analizar y abstraer descriptores culturales, categorías, patrones y temas culturales de las creencias y prácticas del cuidado de la salud y de los conceptos de vejez, salud, pobreza y discapacidad.

- Aspectos éticos: se diligenció un consentimiento informado para la participación en el estudio, y otro para la toma y publicación de fotos. Según la Resolución 8430 de 1993, del Ministerio de Salud de Colombia (33), esta investigación no generó riesgos para los participantes. Se citó a cada participante con un nombre ficticio para proteger su identidad. Se cumplieron criterios de credibilidad, auditabilidad (34), confirmabilidad, significado en el contexto y saturación (1), para garantizar la calidad de los hallazgos.

- Limitantes del estudio: la inseguridad social, el frágil estado de salud de algunos participantes y la ubicación en zonas geográficas distantes entre sí, fueron las limitantes de este estudio.

HALLAZGOS Y DISCUSIÓN

- Caracterización de los participantes: dos hombres y seis mujeres, “nacidos y criados en Cartagena”, Colombia, con promedio de edad de 81 años, 4 se autorreconocieron como “afrodescendientes”, tres como “mulatos” y uno “no sabe”. Su presentación personal estuvo acorde con el clima y los escasos recursos económicos. La falta de dientes fue una característica común, así como fumar, consumir licor ocasionalmente, presentar más de una patología diagnosticada, contar con afiliación al sistema de seguridad social y consumir más de un medicamento.

Siete participantes presentaron limitación sensitiva y motora y uno limitación sensitiva. El tiempo promedio

en situación de discapacidad fue de 9 años; esta fue diagnosticada por el médico en todos los casos. Todos los participantes tenían alteración de la función corporal, cinco presentaban alteración de la estructura corporal y solo dos manifestaron haber recibido tratamiento de rehabilitación.

La visión del mundo de los participantes se evidenció como algo dinámico, producto de vivencias personales y relaciones sociales, se mueve entre lo humano y lo divino, buscando a través de la fe conservar o recuperar la salud, y podría ser un recurso valioso para el cuidado de la salud de esta población.

- Contexto sociocultural: la solidaridad de los vecinos, la capacidad de “aguante” de los ancianos, las creencias y prácticas religiosas son factores del contexto sociocultural que favorecen el cuidado de la salud. La escasez de facilitadores ambientales, la presencia de barreras ambientales, “inseguridad de los barrios”, “temor a caer”, “la falta de plata” y el “no tener quien les ayude” son factores que perpetúan la situación de discapacidad.

- Prácticas de cuidado de la salud: se evidenció un dinámico continuo entre el “hacer” y “no hacer nada” para cuidar la salud, que se ilustra en la figura 1. Se considera dinámico porque se observa que “hacen” o “dejan de hacer” cosas para cuidar la salud, recuperarse de la enfermedad o recuperar la funcionalidad corporal, desde lo físico, emocional y espiritual, en casa o fuera de ella, acudiendo a medicina tradicional o alternativa, “buscando reposo” o “haciendo movimientos”, usando frío o calor, cuidándose ellos mismos o “llamando” a otros para que les brinden cuidado. Continuo, porque las prácticas de cuidado están en permanente ejecución y no se identificó un horario específico para llevarlas a cabo.

Entre las prácticas que “hacen” para cuidar la salud está: “voy al médico cuando me siento mal”, “tomo medicinas para sentir alivio”, “por mi salud rezo a Dios, Jesucristo, la virgen y too’ los santos”, “aplicar hielo para desinflamar y limpiar” y “tener a mano lo que voy a necesitar pa’ cuidarme”.

Entre las prácticas de lo que “dejan de hacer” para cuidar la salud están: “evitar el cambio de caliente a frío”, “evitar caerse, coger rabia y preocuparse” y “no como lo que creo que me va a hacer daño”.

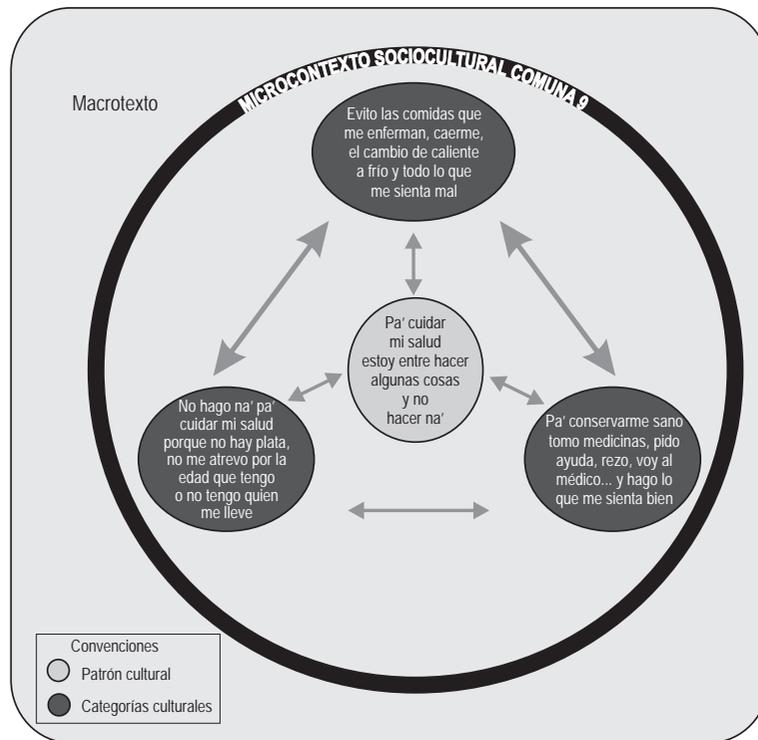


Figura 1. "Pa' cuidar mi salud estoy entre hacer algunas cosas y no hacer na'".

El tema cultural es "pa' cuidar mi salud estoy entre hacer algunas cosas o no hacer na'"; y los patrones culturales que emergieron son:

- Pa' estar bien tomo medicinas, pido ayuda, rezo, voy al médico... y hago lo que me sienta bien: el "hacer" como eje central de este patrón muestra una actitud activa del anciano y de algunas personas que lo rodean y cuidan.

Sobresalieron las prácticas de cuidado orientadas al cuidado del cuerpo físico como: "buscar reposo", "bañarse diariamente y cuidar la piel", "hacer movimientos y respirar profundo para quitar la pesadez del cuerpo"; esto es similar a los hallazgos de Correa (35), en congruencia con los planteamientos de Collière (36), quien afirma que históricamente a las mujeres se les ha asignado el cuidado del cuerpo enfermo, y la mayoría de las participantes de este estudio fueron mujeres.

- Evito comidas que enferman, caerme, el cambio de caliente a frío y too' lo que me sienta mal: las prácticas de evitación parecen ser fruto de la reflexión que motiva un proceso deliberativo de adaptación voluntaria a las condiciones de vejez, discapacidad, pobreza y la

influencia que ejercen los factores del contexto sociocultural. Este patrón podría asemejarse a lo que Purnell (37) llama *prácticas restrictivas*, las cuales "hacen relación a las cosas que no se deben hacer para tener resultados positivos".

- No hago na' pa' cuidar mi salud porque no hay plata, no me atrevo por la edad que tengo o no tengo quien me lleve: la carencia o escasez de recursos económicos fue la causa que más frecuentemente impidió prácticas de cuidado, como "operarse la catarata", "ponerse la chapa" (prótesis dental) o "ir donde el médico"; acorde a la influencia negativa del factor económico del contexto sociocultural de la Comuna 9.

"No hacer na' pa' cuidar la salud" también está sustentado por descriptores que expresan que "no era para tanto"; de acuerdo con lo reportado por Spector (29), quien afirma que cuando las personas empiezan a sentirse enfermas, si los síntomas no son graves, primero no hacen nada y esperan a que los síntomas desaparezcan.

El "no hacer na' pa' cuidar la salud" es una práctica de cuidado que podría ameritar negociarse o reestructurarse según los planteamientos de Leininger (1). Pero,

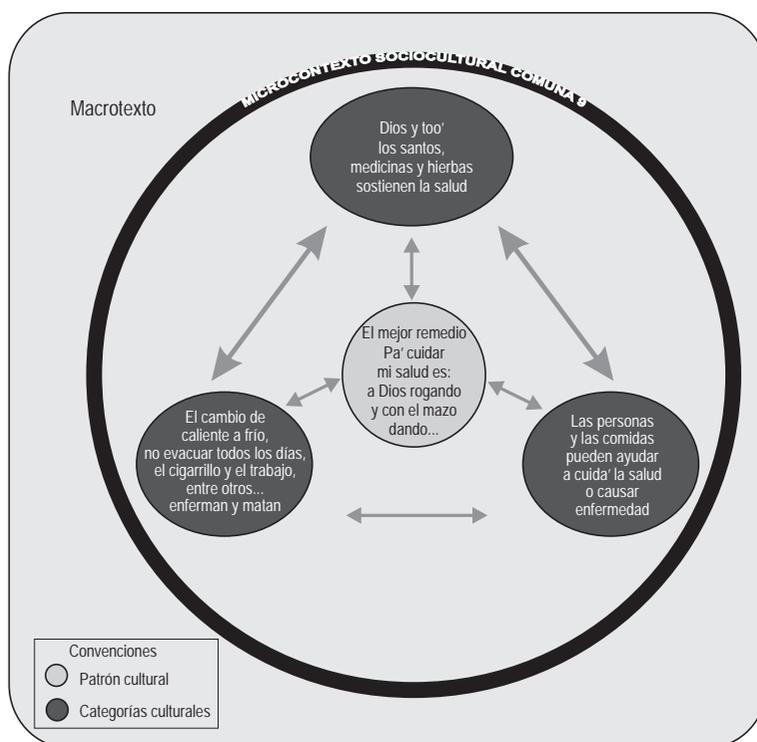


Figura 2. El mejor remedio pa' cuidar la salud es: a Dios rogando y con el mazo dando...

dadas las limitaciones económicas, físicas y sociales de los ancianos, corresponde al Estado proponer alternativas de cuidado que incluyan a la familia y la comunidad.

- Creencias acerca del cuidado de la salud: se evidenciaron patrones de creencias sobre aquello que "sostiene la salud", "cuida la salud o causa enfermedad" y lo que "enferma y mata" (figura 2). Las creencias emergieron acompañadas por otras creencias que las influían y condicionaban las prácticas de cuidado. La experiencia vivida fue el origen más común.

Los contenidos de las creencias incluyen aspectos físicos, sociales, naturales y sobrenaturales que se evidencian en el tema cultural: "el mejor remedio pa' cuidar mi salud es: a Dios rogando y con el mazo dando...".

Los patrones culturales que emergieron:

- *Dios y too' los santos, medicinas y hierbas sostiene la salud*: este patrón puede asemejarse a las creencias de tipo prescriptivo propuestas por Purnell (37), definidas como "aquellas sobre lo que se debe hacer para tener armonía con la familia y un buen resultado en la sociedad".

Se evidenciaron creencias sobre lo "que sostiene la salud" de los ancianos, las cuales se originaron

primordialmente en las vivencias propias en cuanto a pedir protección divina, uso de medicina alopática y tradicional. Con respecto a la *información o el contenido* de las creencias sobre lo que "sostiene la salud", se evidenció información sobre la religiosidad, medicina alopática, medicina tradicional, compañía, dormir y el baño, entre otras.

Los contenidos de las creencias evidenciaron diferentes alcances en cuanto al cuidado de la salud: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento de alteraciones de salud y rehabilitación.

Entre las creencias sobre "lo que sostiene la salud" están: "las medicinas lo mantienen a uno sano y vivo", "el mejor remedio es la compañía" y "uno tiene que dormir porque eso es la salud".

- *Las personas y las comidas pueden ayudar a cuidar la salud o causar enfermedad*: este patrón podría estar develando la importancia que, para este grupo social, tiene el cuidado de la salud de los participantes. Papadopoulos reportó hallazgos similares (38), en cuyo estudio la familia aparece como recurso de salud y como causa de problemas de salud.

Se develan la familia y los amigos como la fuente más común de cuidados, similar a lo reportado por Vargas (39).

- *El cambio de caliente a frío, no evacuar todos los días, el cigarrillo y el trabajo, entre otros... enferman y matan*: este patrón puede asemejarse al tipo de creencias restrictivas o tabú propuestas por Purnell (37) o a la causación de la enfermedad referenciada por Papadopoulos (38).

El origen de este patrón de creencias parece haber sido las experiencias de “malestar” y “enfermedad”, recomendaciones médicas y la televisión. El contenido o la información de este patrón es variada y se refiere a aspectos religiosos, medicina alopática, aspectos sobrenaturales (para proteger la salud y para curarse) y lo que han vivido en el cuidado de su salud.

Entre las creencias restrictivas que emergieron están: “es malo no evacuar todos los días, somos como un filtro que hay que limpiar”, “el cigarrillo es muerte y daña la salud”, “estar sentao enferma” y “los malos espíritus, brujería, mal de ojo y aires contaminados, enferman y matan”, entre otros.

- Aproximación a otros conceptos: en las narrativas se evidenció que la concepción de vejez es multidimensional, asociada a aspectos físicos, funcionales, económicos, de salud y a la soledad. El concepto se expresa en el patrón y tema cultural que emergió: “la vejez está llena de limitaciones, escasez y soledad. Quiero mi vida antigua”.

La visión negativa de la vejez está soportada en la literatura por categorías biológicas (40), psicológicas y sociales que acompañan el proceso de envejecimiento. Esta categoría se presenta en la literatura como “uno de los escenarios principales donde se desenvuelve el drama de la vejez”, los “achagues propios de la edad”, “deterioro buco-dental”, “sentimientos de soledad” y “evocación de muerte” (39).

El tema cultural sobre la concepción de salud es: “Salud es no sentir malestar ni dolor, poder levantarse, caminar, salir y trabajar”; donde parece resaltarse la perspectiva de “bienestar” evidenciada en la “ausencia de malestar, dolor y limitación”. Esto podría parecer una perspectiva estrecha al considerar que en la literatura se mira el bienestar asociado a la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, vestuario, afecto,

comunicación, educación, trabajo, recreación, seguridad y libertad; y “no solo a la ausencia de enfermedad” (40).

El concepto de salud refleja la consideración de la esfera física, mental, funcional y social. Esta característica es congruente con la visión del mundo que tenían los participantes, en la cual se evidencia la aceptación de planos físico y espiritual que interactúan de forma dinámica y permanente. De forma similar, Spector (29) plantea que la salud es el balance de la persona consigo misma y con el mundo externo y que es un fenómeno complejo e interrelacionado.

La aproximación al concepto de pobreza se caracterizó por la “falta de plata” que influye en la satisfacción de necesidades, mostrando así la multidimensionalidad de la pobreza y la falta de “libertad” o “expansión de las capacidades” (27) que como personas podrían tener los ancianos, de acuerdo con los planteamientos de Sen.

Este tema cultural aporta a la comprensión del concepto de pobreza y a la construcción de indicadores de medición desde la perspectiva de quienes viven en ella. Aproximarse a comprender que para los ancianos “pobreza es que no hay plata, trabajo, ni comida y se requiere apoyo para seguir” (y dado que ellos se identifican como pobres) ayuda a comprender el hecho de que las prácticas de cuidado se muevan entre el “hacer” y el “no hacer nada”, quizá influenciado por la carencia de recursos.

Por otra parte, en los discursos de los participantes no aparece el término discapacidad pero, frecuentemente, las limitaciones son nombradas como sinónimo de enfermedad y según el órgano o función corporal afectada: “Me falta” (mi pierna, la vista, no tengo ojo), “mochita o la mocha”, “ciego”, “ramo de estrombosis”, “no me muevo, no camino”.

El tema cultural que emergió es que “la discapacidad está relacionada con pérdidas corporales, funcionales y sociales, que generan malestar y reforzamiento de otras capacidades en los ancianos”. Hallazgos similares reporta Esser (41), quien encontró que la discapacidad es calificada como “enfermedad, maleficio, tragedia social, minusvalía y castigo”; se observa similitud con la concepción que tienen los ancianos.

La aproximación al concepto de discapacidad de los ancianos de este estudio aporta un elemento nuevo a los planteamientos hechos en la CIF, en cuanto a que las

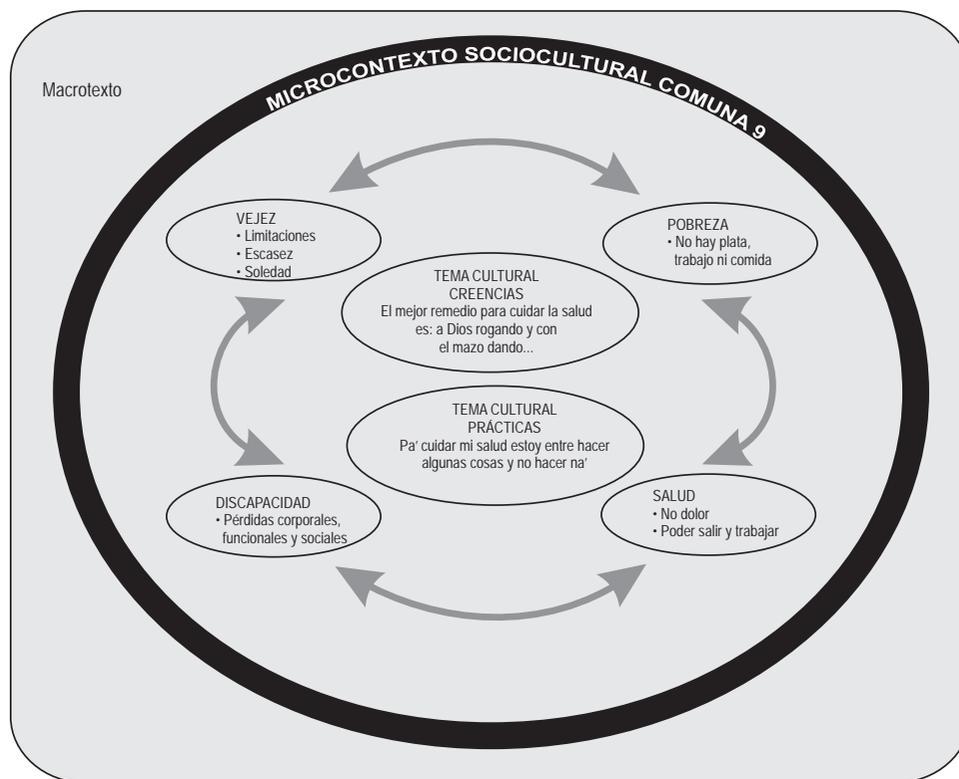


Figura 3. Creencias y prácticas de cuidado de la salud de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza, en el contexto socio-cultural de la Comuna 9 de Cartagena.

limitaciones generan reforzamiento de otras capacidades físicas, mentales o sociales de los ancianos en situación de discapacidad. Aspecto que les permite seguir reconociéndose como individuos que hacen parte de una familia y una sociedad.

La figura 3 ilustra la relación entre las creencias y prácticas de cuidado de la salud y los conceptos de vejez, salud, discapacidad y pobreza de los participantes del estudio, en el contexto sociocultural de La Comuna 9 de la ciudad de Cartagena; la cual es socialmente construida y está en permanente reconstrucción por los cambios en el contexto sociocultural, las experiencias vividas de ellos o de otros, los conceptos mismos y las personas como seres dinámicos, en permanente devenir, según las vivencias de cuidado de la salud.

CONCLUSIONES

Los factores del contexto sociocultural que parecen favorecer la salud de los ancianos participantes de este estudio son: religioso, político-legal, de relaciones sociales y

familiares, y tecnológico. Los factores que parecen no ser favorables son: ambiental, económico y educativo.

El macro y el microcontexto sociocultural se presentan como complementarios e interaccionados, tienen características demográficas y epidemiológicas similares a los de la población de ancianos en Colombia y en el mundo.

La escasez de facilitadores ambientales (puentes peatonales, áreas de cebras para cruce de peatones, zonas verdes y rampas) y la presencia de barreras ambientales (calles sin pavimentar, andenes altos, falta de alumbrado público e inseguridad) son aspectos que no favorecen la participación social de los ancianos.

Los altos índices de desempleo, baja cobertura escolar y bajo nivel de escolaridad son factores que se potencian para que las familias no cuenten con los recursos suficientes para el cuidado de la salud.

El cuidado de la salud de los ancianos participantes es importante para los vecinos de la Comuna 9, pero el gobierno los olvida y no planea programas de atención específicos para ellos. Dado el aumento progresivo que se

observa en esta población, es prudente que el Estado y en general la comunidad dediquen recursos económicos y esfuerzos a la conservación o recuperación de la funcionalidad social y laboral de estas personas, como una estrategia para hacer frente a las adversidades de su situación.

Las prácticas de cuidado no son un simple repertorio de acciones aprendidas que se repiten en un horario establecido, sino la expresión de la voluntad humana guiada por la razón, que busca de forma dinámica y continua cuidar la salud para sentirse bien y poder trabajar.

Las prácticas y creencias de cuidado de la salud parecen haberse originado en “la calle, lecturas, noticias, lógica personal, vivencias propias, vivencias compartidas por las amistades, conocidos, hijos, consejo médico y costumbres que aprendieron cuando niños”. Las mujeres, “los viejos”, la radio, la televisión y líderes religiosos aparecen como transmisores de creencias de cuidado de la salud.

Las creencias y prácticas revelan un abordaje holístico del cuidado de la salud que incluye las dimensiones física, mental, social y espiritual y enfoques hacia la prevención de la enfermedad, promoción de la salud, tratamiento de enfermedades y rehabilitación de funciones corporales.

Las creencias y prácticas de cuidado de la salud evidencian la existencia de un sistema de cuidado casero o doméstico en el que mezclan de forma particular (cartagenera o costeña) aspectos profesionales y populares para cuidar a personas en situación de vejez, discapacidad y pobreza.

Cuando “no se sienten bien” los ancianos primero esperan a ver si los síntomas mejoran, luego buscan ayuda entre sus familiares y amigos o repiten algún tratamiento farmacológico que haya sido efectivo en el pasado; pero si el “malestar” no mejora, acuden al médico.

Un aporte al estudio de las prácticas de cuidado de la salud es la categoría de “*tener a mano lo que voy a necesitar pa' cuidarme*”, en la cual se aprecia interés por preparar el entorno físico. No se encontraron otros informes de investigaciones al respecto.

Las prácticas de cuidado de la salud que pueden mantenerse son: “el llamado” de cuidado que los ancianos hacen a quienes los rodean, “rezar”, “no

desmandarse con la comida”, “hacer movimientos y respirar profundo”, tener a mano lo que necesitan, dormir bien, bañarse diariamente, masajes con crema, evacuar diariamente, buscar reposo, aplicar calor o frío, evitar: caerse, fumar, consumir alcohol, los cambios bruscos de temperatura, sentimientos de rabia y preocupación, y refrescarse del calor del día.

Las prácticas de cuidado que podrían negociarse son tomar medicamentos para sentir alivio y no salir a la calle.

Las prácticas de cuidado que podrían ameritar reestructurarse son: “ir al médico solo cuando el anciano se siente mal”, no cumplimiento de órdenes médicas, automedicación y repetir órdenes médicas anteriores.

Los ancianos no solo son consumidores de prácticas de cuidado de la salud, sino que proponen, de forma activa y creativa, prácticas de cuidado según sus necesidades y los recursos disponibles en su entorno.

Los hallazgos favorecen entender el uso que hacen los ancianos de los servicios de salud y la adherencia a los tratamientos. Las causas más frecuentes para “no cuidar” la salud son “falta de plata”, “no tener quien los lleve”, “temor a salir” y el percibir que “no es para tanto”.

Los conceptos de vejez, salud, pobreza y discapacidad que tienen los participantes son multidimensionales y complejas construcciones y reconstrucciones que a través de su vida se han ido forjando y que están permeadas por el contexto sociocultural en que se desarrollan, por los cambios demográficos, epidemiológicos y culturales del país y del mundo.

Los aportes de este estudio al área disciplinar de enfermería son: las definiciones propuestas sobre los conceptos de descriptor, categoría, patrón y tema cultural; propuestas sobre cómo describir y comprender la relación entre los factores del contexto sociocultural, características personales y el cuidado de la salud de las personas y la aproximación a la comprensión de los conceptos de vejez, salud, pobreza y discapacidad, desde la perspectiva de los ancianos.

Al área profesional de enfermería, este estudio, aporta evidencia para comprender las creencias y prácticas de cuidado de la salud de los ancianos cartageneros, pertinente para programas de capacitación con componentes de geriatría y gerontología; con miras a lograr una mejor calidad de vida a través de cuidados de la salud

culturalmente congruentes en que el profesional de enfermería sea líder y protagonista con el anciano y su familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Leininger M, McFarland M. Transcultural nursing. Concepts, theories, research and practice. New York: McGraw-Hill; 2002.
- (2) Leininger M, McFarland M. ¿What is transcultural nursing and culturally competent care? J. Transcult. Nurs. 1999; 10:9.
- (3) Harris M. Teorías sobre la cultura en la era posmoderna. Barcelona: Crítica; 2000.
- (4) Geertz C. El impacto del concepto de cultura en el concepto de hombre. En: La interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa; 1989.
- (5) Ministerio de Comunicaciones y Centro de Psicología Gerontológica. Envejecimiento, comunicación y política [consultado 20 de enero de 2006]. En: <http://www.envejecimiento.gov.co/publicaciones.htm>
- (6) Naciones Unidas. Informe de la II asamblea mundial sobre el envejecimiento [consultado 12 de mayo de 2008]. En: <http://www.un.org/spanish/esa/devagenda/aging.html>
- (7) Programa de envejecimiento y ciclo vital de la OMS. Envejecimiento activo: un marco político [consultado 16 de mayo de 2008]. En: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>
- (8) Ministros de salud de las Américas. Agenda de salud para las Américas 2008-2017 [consultado 18 de mayo de 2008]. En: http://www.ops-oms.org/Spanish/DD/PIN/Agenda_de_Salud.pdf
- (9) Asociación Interdisciplinaria de Gerontología. Agenda sobre envejecimiento Colombia siglo XXI [consultado 23 de mayo de 2008]. En: http://www.envejecimiento.gov.co/agenda_envejecimiento_col.pdf
- (10) Debert G. Antropología e velhice. Textos didácticos. São Paulo: IFCH / Unicamp; 1994.
- (11) Organización Mundial de la Salud. Ciudades globales amigables con los mayores: una guía [consultado 17 de mayo de 2008]. En: <http://www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf>
- (12) McCarthy M. Boom in Latin American and Caribbean elderly population. The Lancet. 2004; 363:458-459.
- (13) Cruz GD. El viejo de ayer a hoy. Variaciones de su rol socio-familiar. Rev. Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr. 2003; 17:462-467.
- (14) Monsalve MP. Los adultos mayores en Colombia. Monografía presentada a los seminarios de Psicogerontología [consultado 2 de octubre de 2003]. En: <http://psicomundo.com/tiempo/monografias/monsalve.htm>
- (15) Purnell L, Paulanka B. A description of the purnell model for cultural competence. J. Transcult. Nurs. 2000; 11:40-46.
- (16) Moscovici S. El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires: Huemul; 1979, pp. 27-44.
- (17) Castro R. La lógica de una de las creencias tradicionales en salud: eclipse y embarazo en Ocutituco, México. Salud Pública de México. 1995; 37: 329-338.
- (18) Banchs MA. Representaciones sociales, memoria social e identidad de género [consultado 18 de julio de 2006]. En: http://webs.uvigo.es/pmayobre/textos/maria_banchs/representaciones_sociales_memoria_identidad.pdf
- (19) Rosenstock I. Why people use health services [consultado 18 de julio de 2007]. En: <http://www.milbank.org/quarterly/830417rosenstock.pdf>
- (20) Harris D, Guten S. Health-protective behavior: An exploratory study. Journal of Health and Social Behaviour. 1979; 20:17-29.
- (21) Muñoz L. Líneas de investigación en prácticas de cuidado materno perinatal. Bogotá: Unibiblos; 2001, pp. 363-365.
- (22) Smith M. Caring and the science of unitary human beings. Advances in Nursing Science. 1999; 21:14-28. Traducido al castellano por Beatriz Sánchez. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.
- (23) Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [consultado 19 de noviembre de 2008]. En: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=cuidado
- (24) Austin T. Cultura y contexto cultural [consultado 15 de agosto de 2008]. En: <http://www.lapaginadelprofe.cl/cultura/3contextocultural.htm>
- (25) Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Madrid: Imsero, OMS y OPS; 2001, pp. 20-185.
- (26) Farias N, Buchalla C. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. Rev. bras. epidemiol. 2005, 8:187-193.
- (27) Sen A. Desarrollo y libertad. Barcelona: Planeta; 2000.
- (28) Payán J. Aproximaciones al concepto de salud desde una mirada alternativa [consultado 1 de noviembre de 2008]. En: http://www.terapianeural.com/index.php?option=com_content&task=view&id=103&Itemid=26
- (29) Spector R. Cultural diversity in health and illness. New Jersey: Pearson; 2004.

- (30) Gerrish K, Lacery A. Investigación en enfermería. Bogotá: McGraw-Hill; 2008.
- (31) Ruiz J, Ispizua M. La decodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto; 1989, pp. 79-123.
- (32) Sandoval C. Investigación cualitativa. Bogotá: Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior; 1996.
- (33) Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá; 1993.
- (34) Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colomb. Med. 2003; 34:164-167.
- (35) Correa A, Marques MJ. Prácticas terapéuticas entre idosos de Porto Alegre: uma abordagem qualitativa. Rev. Esc. Enferm. USP. 2007; 41:52-56.
- (36) Collière MF. Promover la vida. Madrid: McGraw-Hill; 1997.
- (37) Purnell L, Paulanka B. Transcultural health care. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2003.
- (38) Papadopoulos I. An exploration of health beliefs, lifestyle behaviors, and health needs of the London-based Greek Cypriot community. J. Transcult. Nurs. 2000; 11:182-190.
- (39) Vargas LM. Creencias sobre vejez y salud en adultos mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención. Biblioteca Las Casas. 2007; 3:1-24.
- (40) Manrique F. Una aproximación al concepto salud enfermedad [consultado 15 de enero de 2009]. En: <http://www.docentes.unal.edu.co/fgmanriquea/docs/UNA%20APROXIMACION%20AL%20CONCEPTO%20SALUD%20ENFERMEDAD.doc>
- (41) Esser J, Rojas C. Representaciones sociales de la discapacidad. Investigación en Salud. 2006; 8:158-164.



Estudiantes de enfermería con Camilo Torres. Del archivo fotográfico del Grupo de Investigación en Historia de la Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.