

Creencias y prácticas en el cuidado de la salud*

Beliefs and practices in health care

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

Resumen

El objetivo es revisar los conceptos de creencias y prácticas del cuidado de la salud como expresiones culturales con el propósito de poner a consideración de los cuidadores aspectos necesarios para brindar un cuidado culturalmente congruente, más humano y efectivo. Partiendo de la concepción de cultura como creación humana que influye y moldea las creencias y las

prácticas de las personas, se revisan algunas definiciones de los conceptos desde la psicología social, la antropología, la sociología y la enfermería transcultural. Se encontró que tanto las creencias como las prácticas de cuidado de la salud se originan y desarrollan dentro del contexto social, se influyen mutuamente y son parte del carácter dinámico que permite a la cultura favorecer la adaptación de la persona a su entorno. Tener en cuenta los aspectos culturales le da un toque humano al cuidado y favorece alcanzar los objetivos terapéuticos.

Esta revisión conceptual es un producto de la tesis doctoral “Creencias y prácticas de cuidado de los ancianos en situación de discapacidad, en un contexto de pobreza, en Cartagena”, la cual se adelanta dentro de los proyectos del grupo Cuidado Cultural de la Salud, Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.

Palabras clave: cultura, enfermería transcultural, enfermería holística (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

The objective is to review the concepts of beliefs and practices of health care as cultural expressions in order to highlight to caregivers the necessary aspects for them to provide a culturally consistent care, a more human and effective one. From the conception of culture as a human creation which influences and shapes people's beliefs and practices, some definitions of the concepts as of social psychology, anthropology, sociology and transcultural nursing aspects are revised. We found that both beliefs and healthcare practices were originated and developed

* 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 el apoyo financiero de la Dirección de Investigación sede Bogotá, Universidad Nacional (DIB), códigos 20201007520 y 20601003556, Colciencias y Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional, código: 11010416453.

** Enfermera, magíster, candidata a doctora en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Financiada por la Universidad de Cartagena. Docente asociada, Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena. Miembro del grupo de investigación Cuidado Cultural de la Salud, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, clasificación B en Colciencias. emelguizoh@unal.edu.co

*** Enfermera; doctora en salud pública, Universidad de San Pablo, Brasil. Profesora asociada, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, sede Bogotá. Miembro 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

Recibido: 30-07-07

Aprobado: 07-03-08

within the social context, they are mutually influenced and they are a part of the dynamic character which allows culture to favor the adaptation of a person to his/her environment. Taking into account cultural aspects, gives care a human touch and helps achieve therapeutic objectives.

This conceptual revision is a product of the doctoral thesis “Beliefs and care practices of older people in a disability situation, in a context of poverty in Cartagena”, which is worked on within the projects of the Cultural Health Care group, Nursing Faculty of the Colombia National University, Bogotá.

Key words: culture, transcultural nursing, holistic nursing.

No podemos pretender que los cuidados de una cultura sean válidos para todas las demás, esto sería una prueba de nuestro etnocentrismo¹. Cada persona, cada grupo o subgrupo tiene sus prácticas, sus creencias, sus valores y tradiciones.

Vásquez Truissi (1)

Cuando no se trabaja con el enfoque cultural de cuidado de la salud, se tiende a desconocer aspectos importantes que inciden en el logro del objetivo terapéutico del cuidado. El propósito de esta revisión conceptual es poner a consideración de los cuidadores los conceptos de creencias y prácticas de cuidado, como aspectos necesarios de tener en cuenta para brindar un cuidado culturalmente congruente, más humano y efectivo. La revisión conceptual inicia mostrando cómo la cultura de las personas se hace evidente a través de las creencias y las prácticas de cuidado y de qué modo un área de la enfermería ha tomado la cultura como referente para brindar cuidado. Posteriormente, se revisan los conceptos desde diferentes disciplinas y la relación que se ha tratado de establecer entre ellos.

LA CULTURA Y EL CUIDADO DE LA SALUD

El ser humano, donde quiera que se encuentre, siempre está inmerso y en relación dinámica con la cultura que lo rodea. Este es un poderoso legado que el hombre mismo ha ido construyendo a través de su historia y que, en relación dinámica con él, lo influye y lo moldea. Es así como Geertz (3) afirma que “sin hombres no hay cultura por

cierto, pero igualmente, y esto es más significativo, sin cultura no hay hombres”.

Para los profesionales del cuidado de la salud no podría pasar desapercibida la cultura, como una variable que no solo afecta a los receptores del cuidado, sino también a ellos mismos. La cultura influencia nuestro desarrollo como seres humanos desde lo biológico, lo psicológico, lo social y, por supuesto, lo cultural en sí mismo². Frecuentemente, se asocia el término cultura a la forma en que se espera que determinado grupo hable, se alimente, se vista, organice su familia y se conduzca, en general. Para Lipson (4, 5), cultura es “un sistema de símbolos que son compartidos, aprendidos y transmitidos a través de generaciones en un grupo social”. Además, “la cultura interviene entre los seres humanos y el caos. Es la guía dinámica para que la gente perciba el mundo y para que entienda cómo debe comportarse con los otros”. Se puede considerar, entonces, la cultura como un elemento que condiciona el comportamiento y las decisiones de quienes están inmersos en ella.

El antropólogo Marvin Harris (6) define la cultura como un 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. Harris afirma que William Durham (1991) y otros antropólogos contemporáneos sostienen que la cultura consiste exclusivamente en entidades ideacionales o mentales compartidas y transmitidas socialmente, como valores, ideas, creencias y otras afines, “a los espíritus de los seres humanos”. Sin embargo, Harris (6) sostiene que el concepto de cultura no solo incluye las entidades ideacionales sino también los comportamientos de las personas de un determinado grupo social. Esto lo deduce de observar cómo, en algunas situaciones, el comportamiento guía o modifica la forma de pensar de un grupo social respecto a ciertos asuntos en particular. Implica, entonces, una relación dinámica entre creencias y prácticas, las cuales se influyen

1 Etnocentrismo se refiere a la creencia de que nuestras formas culturales son las mejores, superiores o preferibles para actuar, creer o comportarse. Véase Leininger M; McFarland M. (2).

2 Según Geertz: “Nuestras ideas, nuestros valores, nuestros actos y hasta nuestras emociones son, lo mismo que nuestro propio sistema nervioso, productos culturales, productos elaborados partiendo ciertamente de nuestras tendencias, facultades y disposiciones con que nacimos, pero ello no obstante productos elaborados” (3).

mutuamente, imprimiendo a la cultura su carácter dinámico que le permite ajustarse a las condiciones humanas.

En concordancia con los planteamientos anteriores, el antropólogo Clifford Geertz (3) propone que la cultura se comprende mejor no como complejos de esquemas concretos de conducta (costumbres, usanzas, tradiciones, conjuntos de hábitos), como ha ocurrido en general hasta ahora, sino como una serie de mecanismos de control (planes, recetas, fórmulas, reglas, instrucciones: lo que los ingenieros de computación llaman “programas”) que gobiernan la conducta. Para Geertz, cultura es “la trama de significados en función de la cual los seres humanos interpretan su existencia y experiencia, así mismo como conducen sus acciones”.

Desde la enfermería transcultural, Purnell y Paulanka (7) definen la cultura como la totalidad de patrones de comportamiento, artes, creencias, valores, costumbres, estilos de vida y otros productos del trabajo y el pensamiento humanos socialmente transmitidos, característicos de una población de personas, que guían su visión del mundo y su toma de decisiones. Esta definición concuerda con las citadas anteriormente, desde la antropología, ya que incluye en el concepto de cultura tanto los aspectos abstractos (las ideaciones) como lo concreto (comportamental) de un grupo social y le atribuye a la cultura un carácter dinámico y una fuerte influencia en la vida cotidiana de los seres humanos.

En síntesis, se puede afirmar que la cultura es desarrollada por los seres humanos y a la vez ella influye a las personas en su pensar y en su actuar. Dentro de la cultura, las creencias orientan (mas no siempre condicionan) las prácticas; y estas a su vez pueden modificar las creencias. Entonces, la cultura actúa como guía dinámica que orienta y modula la convivencia grupal humana. Por consiguiente, para la autora, al brindar cuidados de salud, es prudente tener en cuenta la cultura dentro de la cual la persona o el grupo poblacional están inmersos, ya que es de esperarse que cada cultura implique un repertorio distinto de creencias y de prácticas de cuidado de la salud, que deben respetarse y considerarse para lograr el objetivo terapéutico del cuidado.

La enfermería es una de las disciplinas que se orientan hacia el cuidado de la salud humana. Smith (8) afirma que la primera enfermera, en el siglo XX, que defendió el concepto de cuidado como el foco central de enfermería

fue Madeleine Leininger (9), quien afirma que el término *cuidado*, se refiere a “*las acciones y actividades dirigidas a ayudar, apoyar o capacitar a individuos o grupos con necesidades evidentes o anticipadas, para aliviar, sanar o mejorar una condición humana o estilo de vida o para enfrentar la muerte o la invalidez*”.

Según Leininger (2, 9, 10), el cuidado está presente en todas las culturas pero tiene características diferentes en cada una de ellas. La autora entiende por cultura el “conocimiento aprendido, compartido y transmitido sobre los valores, creencias y estilos de vida de un grupo particular, el cual es transmitido de generación en generación e influencia los pensamientos, las decisiones y las acciones en patrones o en formas ya establecidas”. Y el cuidado que tiene en cuenta el aspecto cultural, o “*cuidado cultural*”, se define como “*los valores, creencias y patrones de estilo 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*”.

Desde los años cincuenta, Leininger (2, 9) desarrolló en enfermería la “teoría de la diversidad y universalidad del cuidado cultural”, la cual tiene como propósito “descubrir, documentar, conocer y explicar la interdependencia del cuidado y el fenómeno de la cultura, con las diferencias y las similitudes entre las culturas y dentro de ellas”. Esta teoría fundamenta el quehacer de la “*enfermería transcultural*”, la cual busca responder a la necesidad de que las enfermeras estén en capacidad de cuidar a personas de culturas distintas o similares en todo el mundo.

Por otra parte, Lipson (5) considera tres razones por las cuales la cultura es importante para enfermería: 1. la gran migración de personas entre países del mundo entero, 2. la cultura es parte importante de la identidad de cada persona y 3. porque si se desconoce este aspecto, el cuidado de enfermería puede terminar siendo inefectivo o hasta dañino. Lo anterior evidencia el papel fundamental que juega la enfermería transcultural en un mundo que tiende a la globalización, la cual favorece las relaciones entre personas de distintas culturas. Pero para que ese encuentro entre culturas ocurra de manera favorable, se requiere conocer las características de la cultura, así como el respeto por las diferencias.

Leininger (2, 9) propone que 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” se refiere al *conocimiento etic* aprendido cognitiva y formalmente y practicado hábilmente. El cuidado cultural implica acciones o decisiones con respecto a las expresiones, patrones y prácticas de cuidado, pues luego de analizarlos a la luz del contexto cultural, se debe decidir si se mantienen, se negocian o se reestructuran.

Otro término que se encuentra en la literatura de enfermería transcultural es el de *cuidado de enfermería culturalmente competente*, definido por la Academia Americana de Enfermería, en 1995, como aquel cuidado que es sensible a los temas de cultura, raza, género, orientación sexual, clase social y situación económica (Meleis, Isenberg, Koerner y Stern: 1995; citados por Lipson) (11). En este orden de ideas, Meleis (12) define *cuidado culturalmente competente* aquel que es sensible a las diferencias individuales que los pacientes y sus familias pueden tener en sus experiencias y respuestas debido a su herencia, orientación sexual, situación socioeconómica, etnia y experiencia cultural.

Dentro de la enfermería transcultural se han desarrollado varios modelos de “competencia cultural” que buscan identificar los aspectos de la cultura que influyen en el cuidado y la relación que existe entre ellos, así como las características de los cuidadores de salud “culturalmente competentes”. Entre estos se encuentra el modelo de *valoración transcultural* desarrollado por Joyce Newman Giger y Ruth Davidhizar (13); el modelo de Larry Purnell, de *competencia cultural* (14, 15); el *proceso de competencia cultural en los servicios de cuidado de la salud*, desarrollado por Campinha-Bacote en 1998 (16), y la *perspectiva cultural* trabajada por Juliene Lipson (5, 11), entre otros.

Todos los modelos anteriores contemplan desde una u otra perspectiva los distintos aspectos culturales que influyen en el cuidado de la salud y que deben tener en cuenta tanto el receptor de los cuidados como el proveedor de los mismos al momento de planear, organizar, ejecutar, evaluar o reajustar los cuidados de la salud de las personas. Generalmente estos aspectos pasan inadvertidos pues forman parte de la cotidianidad de las personas.

Así que estos modelos vienen a ser herramientas útiles para identificar, valorar y alcanzar elementos que nos permitan brindar un cuidado terapéutico o, según Leininger, “un cuidado culturalmente congruente”. Estos modelos son un aporte importante de la disciplina de enfermería al cuidado puesto que favorecen la toma de conciencia de la importancia de estos asuntos en el cuidado de la salud, a la vez que proponen herramientas validadas a través de investigaciones en todo el mundo, en diferentes culturas y contextos, y se genera un cuerpo de conocimientos que respalda el quehacer de enfermería y de los cuidadores en general.

Para Leininger (2, 9), Andrews y Boyle (17) la *valoración cultural de enfermería*, “se refiere a la identificación y documentación sistemática de las creencias, significados, valores, símbolos y prácticas de cuidado cultural de los individuos o grupos dentro de una perspectiva holística, que incluye la visión del mundo, las experiencias de vida, el contexto medioambiental, la etnohistoria, el idioma y la influencia de diversas estructuras sociales”³.

Purnell (14, 15) describe en su *modelo de competencia cultural* unas características primarias y secundarias de cultura que “determinan la variación en los valores, creencias y prácticas heredadas de la cultura de los individuos”. Giger y Davidhizar (13, 18) también afirman que “para entregar un cuidado culturalmente sensible, la enfermera debe recordar que cada individuo es único y que es producto de las experiencias pasadas, las creencias y los valores que han sido aprendidos y pasados de una generación a la siguiente”.

Spector (19), por su parte, afirma que la necesidad de proporcionar cuidado cultural es esencial y exige que los proveedores puedan evaluar e interpretar las creencias, prácticas y necesidades culturales de salud de un paciente dado.

Se puede concluir, entonces, que los diferentes autores de la enfermería transcultural consultados coinciden

3 Según Andrews y Boyle (1999) (16), “las valoraciones culturales consisten tanto en el proceso como en el contenido. El proceso se refiere a la aproximación al cliente, la consideración de la comunicación verbal y no verbal y a la secuencia u orden en la cual se recogen los datos. El contenido de la valoración cultural consiste en las categorías de los datos reales en que la información, sobre los clientes, se recoge”.

en que la cultura es parte importante de la identidad de cada persona y que es necesario considerar los aspectos culturales que influyen en el cuidado de la salud para responder a una necesidad real en enfermería: cuidar a personas de culturas diferentes que piensan y actúan de forma particularmente especial. Si esto no se toma en cuenta, el cuidado puede no cumplir su objetivo. Así mismo, los diferentes modelos propuestos son herramientas valiosas que pueden guiar la organización del cuidado de enfermería para lograr su objetivo terapéutico, sin olvidar que quizá un solo modelo no logre “capturar toda la complejidad política y socioeconómica de la cultura dentro del contexto en que la enfermería se está practicando” (5).

Los autores también coinciden en que la cultura se evidencia en el cuidado a través de los valores, creencias, significados, símbolos, experiencias, necesidades y prácticas de cuidado de la salud por parte de los individuos, familias y grupos.

CREENCIAS DE CUIDADO DE LA SALUD

Las personas siempre han buscado entender la lógica de aquello que las motiva y las mueve. A continuación se presentan algunas concepciones que diferentes áreas del conocimiento han desarrollado sobre las creencias.

En el campo de la psicología social, las creencias se ubican en la categoría de “representaciones sociales” dentro de la teoría del mismo nombre, la cual fue propuesta por Moscovici hacia 1961 (20-25). Se afirma que la teoría busca integrar los niveles individual y social en el análisis de la conducta de los individuos (22, 29), lo cual implica que la conducta de los individuos está influenciada por las representaciones sociales y viceversa.

Al definir las representaciones sociales, Moscovici plantea: “*Por representaciones sociales nosotros entendemos un conjunto de conceptos, enunciados y explicaciones originados en la vida diaria, en el curso de las comunicaciones interindividuales. En nuestra sociedad se corresponden con los mitos y los sistemas de creencias de las sociedades tradicionales; incluso se podría decir que son la versión contemporánea del sentido común... constructos cognitivos compartidos en la interacción social cotidiana que proveen a los individuos de un entendimiento de sentido común*” (22).

Las representaciones sociales surgen y se desarrollan en las interacciones sociales, es decir que los

individuos al entrar en contacto con objetos o personas movilizan contenidos mentales, imágenes o ideas que codifican y categorizan la situación atribuyéndole cierto significado. Estas representaciones no son individuales, sino sociales compartidas por otros individuos que tienen posiciones sociales semejantes en la estructura social. Esto implica que no existen individuos “puros”, separados del contexto social, sino que siempre se está dentro de un “marco de referencia determinado culturalmente” (20, 22, 26)⁴.

Según los planteamientos de Moscovici y Jodelet (27, 28), las representaciones sociales se forman a partir de los procesos de objetivación y de anclaje. Se entiende por objetivación el proceso mediante el cual se concreta, se materializa el conocimiento en objetos concretos. Y anclaje es el proceso de inserción de las representaciones en las relaciones intergrupo o en las representaciones preexistentes.

Jodelet (27, 29) propone que las creencias, como representaciones sociales, tienen tres componentes básicos: 1. La información: “que se refiere al volumen de conocimientos de un objeto social, a su cantidad y calidad, que puede ir desde la más estereotipada hasta la más original”. Esta información incluye datos tanto cualitativos como cuantitativos de la realidad y está influenciada por el contexto social en que se presenta. 2. El campo de la representación: “es la estructura y organización con la que, a partir de un mínimo de información, se constituye un espacio figurativo significativamente articulado (imágenes culturales)”. 3. La actitud: “que expresa la orientación (de acción) general, positiva o negativa frente al objeto de representación”.

Las representaciones sociales forman parte de los procesos de categorización a través de los cuales el grupo (social) organiza y sistematiza en un esquema coherente el conjunto de datos, informaciones, percepciones, etc., que recibe (el sujeto). En consecuencia, Jodelet (29) plantea que, dentro de las funciones sociales que cumple la representación, está la de orientar la conducta de los individuos, guiar las relaciones sociales y las comunicaciones sociales.

⁴ Moscovici afirma que “representar una cosa, un estado, no es simplemente desdoblado, repetirlo o reproducirlo, es reconstituirlo, retocarlo, cambiarle el texto” (20, 28).

Es decir que, según la teoría de las representaciones sociales, las creencias son un intento individual y colectivo por comprender, controlar y mantener no solo el entorno que les rodea sino también el propio ambiente interno de cada individuo; las creencias surgen y evolucionan de la interacción social de los individuos (30); y Jodelet (29) afirma que es importante conocerlas “porque para entender cómo la gente actúa en su vida, hay que ver cuál es el significado que la gente pone en su universo”. Aunque esta autora reconoce que entre las representaciones y las prácticas no hay una relación lineal y sencilla y que por lo tanto merece ser objeto de estudio.

Por otra parte, el sociólogo Roberto Castro (31), en su análisis de la lógica de una de las creencias tradicionales en salud en México, afirma que “las creencias son formas alternativas de interpretar el mundo y que generalmente son llamadas supersticiones”. Y aunque, con frecuencia, los profesionales del cuidado de la salud descalifican estas supersticiones o creencias, ubicándolas en el plano de los mitos, Levi-Strauss afirma que “el hombre ha pensado siempre igualmente bien”, puesto que la lógica de los mitos y de la ciencia contemporánea son semejantes.

Castro (31) también considera que las creencias no siempre son iguales en los distintos grupos sociales, sostiene que las creencias tienen su propia lógica y coherencia y que allí radica su fuerza. Además, afirma que esta fuerza lógica de las creencias coexiste con la capacidad de los individuos de evaluarlas y de decidir el grado y la forma en que se adscriben a ellas. Un elemento importante que aparece con este autor es que permite la posibilidad de que la adscripción a las creencias sea gradual y que los individuos lo hagan de forma diferente entre ellos, lo cual es común observar en nuestra vida diaria.

Otro planteamiento interesante es considerar las creencias como conductas humanas. Según Moreno y Gil (32), Dougher (1995) afirma que las creencias, desde el punto de vista cognoscitivo, son entidades que no son observables directamente, pero que se infieren de las relaciones observadas entre eventos del ambiente y conductuales. Así, desde la perspectiva funcional, Moreno y Gil (32) proponen una definición de las creencias de salud como “conductas verbales” que “han adquirido a lo largo de la historia conductual del sujeto funciones de

control sobre otras conductas, tanto verbales como no verbales”.

En la enfermería transcultural, Purnell y Paulanka (7) plantean que una *creencia* es algo que es aceptado como verdad, especialmente como un principio o un cuerpo de principios aceptados por la gente en un grupo etnocultural. Las creencias no tienen que ser demostradas, ellas son inconscientemente aceptadas como verdaderas. Agregan que las creencias pueden ser *prescriptivas*: “aquellas sobre lo que se debe hacer para tener armonía con la familia y un buen resultado en la sociedad”; *creencias restrictivas*: “hacen relación a las cosas que no deben hacer para tener resultados positivos”, y *creencias tabú*: “son las creencias sobre aquellas cosas que si se hacen, es probable que causen gran preocupación o resultados negativos para el sujeto, la familia o la comunidad”. Los autores brindan los siguientes ejemplos sobre cada uno de los tipos de creencias:

- *Creencia restrictiva* en América es que las mujeres embarazadas deben abstenerse de estar alrededor de los ruidos fuertes por periodos prolongados.
- Una *creencia prescriptiva* entre los americanos es que se espera que las embarazadas busquen cuidado preventivo, una dieta balanceada y tomar un adecuado descanso para tener un embarazo y un bebe saludables.
- Una *creencia tabú* entre algunas poblaciones es que la embarazada no debe alcanzar cosas por encima de su cabeza porque el bebé puede nacer con el cordón umbilical alrededor de su cuello.

En síntesis, las creencias se originan en la interacción social cotidiana, la cual propicia en las personas una manera particular de entender el mundo que las rodea así como su propio mundo interno. Es decir, son representaciones sociales que pretenden integrar lo individual y lo social. Estas representaciones están cargadas de información cualitativa y cuantitativa de la realidad que puede ir desde la más estereotipada hasta la más original. Y dichas representaciones cumplen la función social de orientar la conducta de los individuos, guiar las relaciones y las comunicaciones sociales. Con frecuencia las creencias se denominan supersticiones que, por ubicarse en el plano de lo mitológico, son menospreciadas.

Las creencias sobre el cuidado de la salud pueden considerarse desde las ideas que las personas aceptan y expresan sobre cómo conservan o recuperan su salud o

como conductas verbales que las personas expresan. Las creencias emergen y evolucionan dentro del contexto social del individuo, pero es de esperarse que cada persona elabore, acepte, conserve y utilice un repertorio propio de creencias de cuidado de la salud, que dependerá, también, de su posición social. Además las creencias de una persona o de un grupo social no son estáticas, pueden cambiar parcial o totalmente a través del tiempo dentro de una misma cultura o entre culturas.

No hay que olvidar que las creencias se dinamizan por una poderosa fuerza interna que las materializa (“las lleva a la práctica”): la fe de las personas. Definitivamente las creencias son algo distinto de aquello que conocemos o sabemos (o que creemos saber o conocer) sobre algo. Aunque alguien no pueda explicar la lógica de aquello que acepta como verdad, o aunque no posea muchos conocimientos al respecto, la fe en aquello que cree lo lleva a actuar en consecuencia, aun reconociendo que el carácter dinámico y flexible de las creencias (y de los seres humanos) no permite predecir las prácticas. Y cuando no se actúa consecuentemente con aquello que creemos, se experimentan distintos grados de malestar o incertidumbre.

Así, cabe a un cuidador preguntarse: ¿puede una persona ajustarse a un tratamiento (práctica de cuidado) en el que no cree, no tiene fe o cree que le ocasionará efectos negativos para su salud? Y si lo hace, ¿por cuánto tiempo? Es pertinente conocer las creencias que sobre el cuidado de la salud tiene la persona bajo nuestro cuidado, pues el esfuerzo por brindar un cuidado culturalmente congruente evitará conductas etnocentristas en los cuidadores, favorecerá una mayor comodidad y aceptación en las personas y logrará mayor efectividad en el arte de cuidar.

PRÁCTICAS DE CUIDADO DE LA SALUD

Las prácticas de cuidado se remontan al origen mismo del hombre, cuando se hizo indispensable “cuidar la vida” para sobrevivir. Fueron refinándose y perfeccionándose en el tiempo en la medida en que se daban sucesos como el sedentarismo, la agricultura y la distribución del trabajo según el género, entre otros. Se afirma que “los cuidados dan lugar a prácticas y hábitos que se forjan partiendo del modo en que los hombres y mujeres aprehenden y utilizan el medio de vida que les rodea (...)

y cuando las prácticas se perpetúan generan por sí mismas ritos y creencias” (33). Se observa, entonces, la relación dinámica entre creencias y prácticas propuesta por Harris (6) en su definición de cultura, en la cual las creencias influyen en las prácticas y estas a su vez pueden modificar a las creencias. En este planteamiento se resalta que tanto las creencias como las prácticas emergen de la realidad misma que rodea a las personas y que se utilizan para adaptarse o responder a su entorno.

Se atribuye a las mujeres (quienes vivencian la maternidad y el cuidado del hogar) las prácticas de cuidado relativas al cuerpo y a la alimentación; mientras que los hombres (ocupados en las guerras, la caza y en defender el territorio) se ocuparon del cuidado del cuerpo herido, lo que les facilitó el descubrir el interior del cuerpo y desarrollar herramientas apropiadas para ello (33). Es decir que las prácticas de cuidado se desarrollaron (y continúan desarrollándose) con características particulares según el género, la ocupación y el contexto cultural de las personas.

Con respecto al concepto de prácticas del cuidado de la salud en el contexto cultural en que se encuentra la persona, Benner (34) afirma que los seres humanos constantemente refinan *prácticas* en los diferentes contextos, lo cual permite y promueve la actualización de la noción del bien que hay dentro de ellos. “Así la práctica, por sí misma, es una fuente de innovación”. Considera que la práctica está constituida culturalmente y es una manera de estar encajado socialmente en una situación y con otros.

MacIntyre (1981, citado por Benner) (34) considera que la práctica, “más que una colección de comportamientos discretos, es una actividad coherente y socialmente organizada que tiene una noción del bien (de lo bueno) y una variedad de significados comunes implícita o explícitamente articulados”. Existe similitud en ambas definiciones con la propuesta por Aristóteles (35) en cuanto a que la práctica implica la noción del bien (o de lo bueno) y que es una actividad que se origina y tiene significado dentro de la cultura de un grupo social específico.

Por su parte, Purnell y Paulanka (7) agregan que pueden existir prácticas prescriptivas, restrictivas y tabú, similares en su definición a los tipos de creencias ya citadas anteriormente en este documento. Aquí también es válido resaltar que las prácticas tomarán una u otra

connotación de acuerdo con la cultura en que se presenten y que no es raro encontrar que lo que para una cultura es una práctica restrictiva, para otra puede ser una práctica prescriptiva. Igualmente, una práctica restrictiva puede convertirse en una práctica prescriptiva con el pasar del tiempo; un ejemplo de esto podría ser la ambulancia precoz durante el parto.

Las prácticas de cuidado de la salud se encuentran también referidas en la literatura como “comportamientos de salud”. Concretamente, Kasl y Cobb, citados por Cabrera y cols. (36), Rosenstock y Harris y col. (36-38), las definen como “la actividad efectuada por una persona que se cree saludable o que quiere volver a serlo, con el propósito de prevenir o limitar una enfermedad o, mejor aún, de detectarla en una etapa aún asintomática”. Esta definición aborda el cuidado preventivo y curativo, pero ¿haría falta tener en cuenta aquellas prácticas que promueven la salud?

Harris y col. (38) proponen el concepto de “conducta de protección de la salud”, la cual definen como *cualquier conducta realizada por una persona para proteger, promover o mantener su salud, sin tener en cuenta su percepción de su estado de salud actual, o si tal conducta es objetivamente eficaz para ese fin*. Estos investigadores partieron de autodefiniciones de “conductas de protección de la salud” dadas por los participantes del estudio y concluyen que las conductas más comúnmente encontradas tienen que ver con la alimentación y con el descanso; que todas las personas realizan rutinas de cuidado; que las conductas de protección de la salud no varían grandemente con respecto a la situación de salud; que las personas no son solo consumidoras de los servicios de cuidado de la salud, sino que generan sus propios cuidados, y que solo uno de cada cinco entrevistados reportó conductas que implicaban contacto o complacencia con profesionales del sistema de cuidado de la salud.

Por otra parte, Steele y col. (39) realizaron una investigación con el objetivo de conocer empíricamente el significado y la naturaleza del concepto de “comportamiento de salud” y concluyen que los comportamientos de salud preventivos son multidimensionales ya que las personas que se comprometen con un comportamiento de salud tienden a comprometerse en otros comportamientos también y además esta dimensionalidad cambia

según el concepto de comportamiento de salud que se acepte. Igualmente, afirman que el contar con un seguro médico es un tipo de comportamiento preventivo y que la relación con el estatus socioeconómico se da en unos comportamientos más que en otros.

En Colombia se encontraron los trabajos de la línea de investigación “Prácticas de cuidado materno perinatal”, del grupo de investigación Cuidado Cultural de la Salud, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, en los que se define *prácticas de cuidado* como “actividades que realizan con ellas mismas las gestantes en el periodo prenatal, con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, atender sus enfermedades y conservar su bienestar, basadas en su sistema de creencias y tradiciones culturales difícilmente reemplazadas por nuevos conocimientos y además desconocidos por quienes ofrecen el cuidado” (40)⁵.

En seis de los informes de investigación revisados, de la Universidad Nacional de Colombia, que se apoyan en la definición propuesta por Muñoz (2002), se afirma que las gestantes, como todos los seres humanos, realizan prácticas de cuidado de sí mismas, las cuales generalmente provienen de aprendizajes de sus antepasados, familiares, amigos y su propia comunidad (42-47). En la anterior afirmación cabe resaltar que todos los seres humanos realizan prácticas de cuidado, no solo para cuidar de sí mismos sino también de quienes los rodean. El hecho que estos investigadores de enfermería reconozcan que las prácticas de cuidado provienen de los antepasados, familiares o de la comunidad, evidencia que existen costumbres de cuidado y un conocimiento popular, el cual se contempla dentro de la teoría de la diversidad y universalidad del cuidado cultural, que se tomó como referente teórico para estas investigaciones. Lo anterior se puede resumir en la frase: “Las costumbres incluyen las prácticas que son características de una cultura” (48).

Los autores revisados aquí reconocen las prácticas como actividades efectuadas por las personas. Pero bien podrían ser actividades que otra(s) persona(s) ofrezcan

⁵ Las definiciones de práctica citadas pareciera que coincidieran con la definición del diccionario Larousse, el cual propone que práctica es el “uso, costumbre, manera que se tiene de hacer una cosa” (41). Aunque es claro que las prácticas, al igual que las creencias, son dinámicas, cambian en respuesta al contexto cultural y social que rodea al individuo.

al sujeto. Por ejemplo, bañarlo o darle de comer porque el sujeto ya no puede hacerlo por sí mismo. Es decir que podrían incluirse no solo las acciones hechas por la propia persona sino también acciones efectuadas por quienes la rodean, bien sean familiares o amigos. También podrían incluirse las acciones realizadas sobre la persona o sobre el ambiente en el que esta se encuentra, el cual influye en su condición de salud.

Por lo tanto, según los autores revisados, las prácticas de cuidado también se llaman comportamientos, actividades o hábitos. Le atribuyen a la práctica la característica de ser un hecho deliberativo, es decir, un acto que implica la posibilidad de decidir entre varias opciones, y para ello se requiere la intervención del entendimiento y del apetito (como planteaba inicialmente Aristóteles). Además, a la práctica se le atribuye la cualidad de buscar el bien no solo para el sujeto, sino también para la sociedad.

También se concluye que las prácticas de cuidado de la salud responden a la realidad que vive la persona pero se moldean de acuerdo con su sistema de creencias. Estas prácticas pueden llevarse a cabo con el objetivo de prevenir o tratar la enfermedad; se clasifican en prescriptivas, restrictivas y tabú, según Purnell y col. (7). Se propone que el origen de las prácticas se da dentro del contexto cultural y que es allí donde las prácticas, acciones o comportamientos adquieren un significado y una trascendencia particular. Además, es de esperarse que las prácticas de cuidado se lleven a cabo en los contextos donde se cuente con los utensilios requeridos para tal fin y donde dicha acción tenga significado para las personas involucradas.

Finalmente, se resaltan los estudios de Fajardo (49) y de Ruiz (50), quienes determinaron la validez y confiabilidad del instrumento “prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las mujeres en la etapa prenatal”. Estos estudios se inscriben en la línea de investigación “Prácticas de cuidado materno perinatal” de la Universidad Nacional de Colombia. Este instrumento constituye un aporte al conocimiento, la práctica y la investigación de enfermería, ya que es un instrumento válido y confiable para medir las prácticas de cuidado en esta población particular.

Por todo lo anterior, se sugiere a los cuidadores indagar sobre las prácticas de cuidado que popularmente

llevan a cabo las personas: en qué condiciones las realizan, quién las lleva a cabo, qué utensilios emplean, entre otras cosas. Y tratar de armonizar estas con las prácticas que los profesionales del cuidado proponen para una situación de salud específica.

RELACIÓN ENTRE CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO DE LA SALUD

Desde los años cincuenta se han desarrollado varios modelos que buscan predecir las prácticas de cuidado a través del conocimiento de las creencias que expresan las personas sobre el cuidado de la salud. Entre estos modelos se destacan, desde el ámbito de la psicología de la salud, el modelo de creencias de salud (propuesto por los psicólogos Hochbaum, Kegeles, Leventhal y Rosenstock hacia 1950), la teoría de la utilidad subjetiva esperada (Edwards, 1954), la teoría de la motivación por la protección (Rogers, 1975), la teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1975) y la teoría de la autoeficacia (Bandura, 1977) (32, 36).

El modelo de creencias de salud es “el que más atención ha suscitado y el que ha generado, hasta la fecha, un mayor número de investigaciones” en diferentes áreas de la salud. Aunque “también numerosos estudios han arrojado resultados discordantes en cuanto a la aplicación del modelo, fundamentalmente porque ponen de manifiesto la falta de relación entre creencias de salud y comportamientos de salud”. Es decir que la capacidad predictiva del modelo es limitada, pues aunque los participantes de los diferentes estudios “dicen conocer lo que hay que hacer y saben cómo hacerlo, sin embargo, no lo ponen en práctica” (32, 36). Vale la pena recordar que los conocimientos y las creencias con respecto a algo no son la misma cosa y no siempre concuerdan entre sí.

Los autores revisados en este artículo concuerdan en que la relación entre creencias y prácticas es dinámica, permanente y cambia a través del tiempo. Se enfatiza en que el tener en cuenta los aspectos culturales le da un toque humano al cuidado; además, el cuidado implica una comunicación empática con las personas y las comunidades, lo cual requiere conocer lo que para ellos es significativo, respetar las diferencias y “aprovechar la inmensa riqueza que nos aportan quienes viven, piensan y cuidan de forma diferente a la nuestra” (51-53).

Todos los seres humanos cuentan con un legado de creencias y prácticas de cuidado de la salud que son heredadas de generaciones que les precedieron y que ellos a su vez usarán, adaptarán, desarrollarán y transmitirán a la generación venidera. Esta herencia cultural merece ser objeto de estudio y consideración por parte de los profesionales del cuidado de la salud, para no caer en posturas etnocentristas y en choques culturales, para no desconocer y desaprovechar la sabiduría popular desarrollada a través del tiempo así como la tecnología apropiada que usan los distintos grupos de personas, con el fin de que no se dificulten o impidan los beneficios del cuidado y se pierdan todos los recursos humanos, económicos y logísticos que se invierten para tal fin.

En un mundo que tiende a la globalización, donde se favorece el contacto entre personas de diferentes culturas, es necesario que los profesionales del cuidado de la salud aprovechen los conocimientos y las herramientas que les permiten brindar un cuidado culturalmente congruente y lograr así lo que Collière (33) manifestaba: *“Los cuidados son fuente de placer, de satisfacción y expresión de una relación, los cuidados apaciguan, calman, alivian, dispersan los tormentos intentando evitar el sufrimiento”*.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Vásquez Truissi ML. El cuidado cultural adecuado: de la investigación a la práctica. En: El arte y la ciencia del cuidado. Grupo de Cuidado Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. 1ª ed.; 2002, pp. 313-322.
- (2) Leininger M, McFarland M. Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice. 3ª ed; 2002, 621 p.
- (3) Geertz C. El impacto del concepto de cultura en el concepto de hombre. En: La interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa; 1989.
- (4) Lipson J. Cross cultural nursing: the cultural perspective. Journal of Transcultural Nursing. Enero 1999; 10(1), Sage Publications, Inc.
- (5) ———. Cultura y cuidados de enfermería. Revista Index de Enfermería. Primavera-verano 2000, IX(28-29).
- (6) Harris M. Teorías sobre la cultura en la era posmoderna. Barcelona: Editorial Crítica; 2000.
- (7) Purnell L, Paulanka B. Transcultural health care: a culturally competent approach. 2ª ed. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2003, 376 p.
- (8) Smith M. Caring and the science of unitary human beings. Advances in Nursing Science. 1999; 21(4):14-28. Traducido por Beatriz Sánchez, Universidad Nacional de Colombia.
- (9) Leininger M, McFarland M. Culture care diversity and universality. Jones and Bartlett Publishers. 2ª ed; 2006, 413 p.
- (10) ———. ¿What is transcultural nursing and culturally competent care? Journal of Transcultural Nursing. Enero 1999; 10(1):9.
- (11) Lipson J. Temas culturales en el cuidado de enfermería. Revista Investigación y Educación en Enfermería. Medellín. Marzo de 2002; XX(1).
- (12) Meleis A. Culturally competent care. Journal of Transcultural Nursing. Enero 1999; 10(1).
- (13) Giger J, Davidhizar R. Transcultural nursing, assessment & intervention. 3ª ed. Editorial Mosby; 1999, 608 p.
- (14) Purnell L. A description of the Purnell model for cultural competence. Journal of Transcultural Nursing. January 2000; 11(1):40-46.
- (15) ———. The Purnell model for cultural competence. Journal of Transcultural Nursing. July 2002; 13(3):193-196.
- (16) Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. Journal of Transcultural Nursing. Julio 2002; 13(3):181-184.
- (17) Andrews M, Boyle J. Transcultural concepts in nursing care. Lippincott. 3ª ed. 1999, 572 p.
- (18) Giger J, Davidhizar R. The Giger and Davidhizar transcultural assessment model. Journal of Transcultural Nursing. Julio 2002; 13(3):185-188.
- (19) Spector R. Cultural diversity in health and illness. Pearson Education, Inc; 2004, 375 p.
- (20) Moscovici S. El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires: Ed. Huemul; 1979, 2ª. ed. Cap. I, pp. 27-44. En: El taller interactivo: prácticas y representaciones de la nación, Estado y ciudadanía en el Perú, del Instituto de Estudios Peruanos, Lima, mayo 2002. Disponible en: <http://www.globalcult.org.ve>
- (21) Mora M. El modelo de las representaciones sociales de Serge Moscovici. (Acceso 26 de junio de 2007) Disponible en: <http://www.geocities.com/>
- (22) Perera M. A propósito de las representaciones sociales. (Acceso 27 de junio de 2007). Disponible en: <http://biblioteca-virtual.clacso.org.ar>
- (23) Banchs MA. Jugando con las ideas en torno a las representaciones sociales desde Venezuela. Fermentum Mérida, Venezuela, ISSN 0798-3069 - Año 11 - N° 30 - Enero - Abril 2001 - 11-32. (Acceso 27 de junio de 2007). Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/>

- (24) Araya S. Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. Cuaderno de Ciencias Sociales 127. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso). 1ª ed; octubre 2002, San José, Costa Rica.
- (25) Pérez AM. La psicología social cognitiva: la cognición social y la teoría de las representaciones sociales. 2001. (Acceso 28 de junio de 2007). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/>
- (26) Banchs MA. Representaciones sociales, memoria social e identidad de género. Publicado en revista Akademos, II(1): 59-76. Caracas. Revista del posgrado Facultad Humanidades y Educación, Universidad Central de Venezuela. (Acceso 27 de junio de 2007). Disponible en: <http://webs.uvigo.es/pmayobre>
- (27) Candreva A, Paladino C. Cuidado de la salud: el anclaje social de su construcción. Estudio cualitativo. Universitas Psicológica. Enero-junio 2005; 4(1):55-62. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.
- (28) Banchs MA. Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. Papers on social representations. 2000; 9, pp. 3.1-3.15. Peer Reviewed Online Journal ISSN 1021-5573. (Acceso 12 de noviembre de 2006).
- (29) Esparza L. Entrevista a Denise Jodelet. Relaciones. Invierno 2003; 24(93):115-124. El Colegio de Michoacán, Zamora, México. (Acceso 27 de junio de 2007). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/>
- (30) Jodelet D. Pensamiento social e historicidad. Relaciones. Invierno. 24(93):94-114. El Colegio de Michoacán, Zamora, México. (Acceso 27 de junio de 2007). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/>
- (31) Castro R. La lógica de una de las creencias tradicionales en salud: eclipse y embarazo en Ocuituco, México. Revista de Salud Pública de México. Julio-agosto 1995; 37(4):329-338.
- (32) Moreno E, Gil J. El modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica. 2003; 3(1):91-109.
- (33) Collière MF. Origen de las prácticas de cuidados, su influencia en la práctica de la enfermería. En: Promover la vida. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. 1ª ed; 1993. 1ª reimpresión 1997, pp. 5-17.
- (34) Benner P, Gordon S. Caring practice and caregiving. Philadelphia; 1996, pp. 40-55.
- (35) Aristóteles. Ética nicomaquea. México: Editorial Época; 1999, 235 p.
- (36) Cabrera G, Tascón J, Lucumí D. Creencias en salud: historia, constructo y aportes del modelo. Revista Facultad Nacional de Salud Pública; 2001, pp. 91-101.
- (37) Rosenstock I. Why people use health services. The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44, No. 3, Part 2: Health services research I. A series of papers commissioned by the health services research study section of the United States public health service. Discussed at a conference held in Chicago, October 15-16, 1965. (Jul. 1966), pp. 94-127.
- (38) Harris D, Guten S. Health-protective behavior: an exploratory study. Journal of Health and Social Behavior. March 1979; 20(1): 17-29.
- (39) Steele J, McBroom W. Conceptual and empirical dimensions of health behavior. Journal of Health & Social Behavior. 13 December 1972, pp. 382-392.
- (40) Muñoz L. Líneas de investigación en prácticas de cuidado materno perinatal. En: El arte y la ciencia del cuidado. Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2002.
- (41) Diccionario Enciclopédico Pequeño Larousse Ilustrado. Ediciones Larousse de Colombia; 2003.
- (42) Altamirano L. Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer durante el período prenatal, las gestantes adolescentes que asisten al control prenatal. Centro de salud reproductiva. Hospital Berta Calderón Roque, municipio de Managua, Nicaragua. Abril a julio de 2003. Tesis para optar al título de magíster en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2003.
- (43) Argueta JB. Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas un grupo de gestantes que asisten a control prenatal a la unidad de Salud de Corinto, departamento de Morazán, El Salvador, en el primer semestre de 2003. Tesis para optar al título de magíster en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2004.
- (44) Carranza R, Francia J. Prácticas de cuidado que realizan un grupo de gestantes consigo mismas y con el hijo por nacer, de la unidad de salud y clínica materno infantil Luis Lazo Arriaga. El Paraíso, Honduras, Centroamérica. Tesis para optar al título de magíster en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia; 2003.
- (45) Parada DA. Prácticas de cuidado en la puérpera egresada del Hospital San Vicente, E.S.E., durante el periodo de julio a octubre de 2004. Tesis para optar al título de magíster en Enfermería con énfasis en materno perinatal. Convenio Universidad Nacional de Colombia-Universidad Francisco de Paula Santander, maestría en Enfermería, Cúcuta; 2005.
- (46) Santos E. Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer un grupo de gestantes adolescentes de Saravena, Arauca; agosto-octubre 2004. Tesis para optar al título de magíster en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2005.

(47) Zambrano GE. Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las gestantes adolescentes que asisten a control prenatal, Cúcuta, 2004. Tesis para optar al título de magíster en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2004.

(48) Izaguirre LI. Prácticas de autocuidado que realizaron durante la gestación un grupo de adolescentes gestantes que asistieron al control prenatal a la clínica de atención del adolescente, en el Centro de Salud las Crucitas, Comayagüela, Honduras, CA, durante los meses de octubre a noviembre del año 2001. Tesis para optar al título de magíster en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2002.

(49) Fajardo MT. Validez y confiabilidad del instrumento prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las mujeres en la etapa prenatal. Tesis para optar al título de magíster en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2005.

(50) Ruiz CH. Validez y confiabilidad del instrumento prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las mujeres en la etapa prenatal. Tesis para optar al título de magíster en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2004.

(51) Vásquez Truissi ML. El cuidado de enfermería desde la perspectiva transcultural: una necesidad en un mundo

cambiante. Investigación y educación en enfermería, Revista de la Universidad de Antioquia. Marzo 2001; XIX(1).

(52) Cobb-McMahon B, Hastings J. Changing health behavior of community health clients. *Journal of Community Health Nursing*. 1984; 1(1):27-31.

(53) Vásquez Truissi ML. Aproximaciones a la creación de competencias culturales para el cuidado de la vida. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*. 2006; (24)2:136-142.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen la colaboración recibida en la revisión crítica de este artículo a Harold Valencia. Filósofo. Candidato a doctor en Filosofía del programa de la Universidad Nacional de Colombia. Docente asociado Universidad de Cartagena. hvalencial@unal.edu.co. Andrés Alonso Agudelo Suárez. Odontólogo. Especialista en Administración de Servicios de Salud. Candidato a doctor en Salud Pública. Universidad de Alicante-España. Profesor aspirante, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. agudeloandres@odontologia.udea.edu.co