



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**CUIDADOS POPULARES
BRINDADOS POR CUIDADORES
FAMILIARES A PERSONAS
ANCIANAS EN SITUACIÓN DE
DISCAPACIDAD Y POBREZA, ÁREA
RURAL DE CÁQUEZA**

Tatiana Alejandra Bejarano Hernández

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
Bogotá D.C. 2012

CUIDADOS POPULARES BRINDADOS POR CUIDADORES FAMILIARES A PERSONAS ANCIANAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD Y POBREZA, ÁREA RURAL DE CÁQUEZA

Tatiana Alejandra Bejarano Hernández

Trabajo de grado presentado para optar por el título de Magíster en Enfermería con
Énfasis en Cuidado al Paciente Crónico

Asesora
Vilma F. Velásquez G.
Profesora Asociada
Facultad de Enfermería

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
Bogotá D.C. 2012

DEDICATORIA

A Dios, quien me ha sostenido y ha estado presente en mi vida

A cada uno de los cuidadores familiares de ancianos en Cáqueza que viven momentos arduos con la discapacidad, con escasas ayudas, poco reconocimiento, pero con mucho amor y entrega.

A mi hijito amado Samuel y a mi esposo, quienes son el motor de mi vida y fueron parte de mi reflexividad de este trabajo de grado.

A mi Letty quien me motivó a enfocarme en los estudios de maestría y me dio palabras de aliento cuando ya lo había perdido.

Agradecimientos

A mi apreciada profesora Vilma quien desde el pregrado de enfermería me ha acompañado en los momentos difíciles. Como vino nuevo es el amigo nuevo; envejecerá y se beberá con agrado.

A Haddy quien fue lámpara encendida cuando aún era todo oscuro.

A los cuidadores y sus ancianos que me abrieron las puertas de sus casas y de sus corazones. Uno solo puede ser vencido, pero dos podrán resistir siempre.

A las amigas y compañeras del Grupo de Cuidado Cultural de la Salud de mi hogar: la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Si alguna de ellas cae, la otra la levanta.

Resumen

Se describen los cuidados populares brindados por cuidadores familiares a personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza en el área rural del municipio de Cáqueza. El estudio etnográfico utilizó la observación participante y la entrevista etnográfica. El análisis siguió las fases propuestas por Leininger. Los resultados aportan el “Ojo del Cuidado Popular”, expresado en el tema cultural : *“Ver por ellos desde que están así”*. Donde se articula tres patrones culturales: 1) *“La responsabilidad de estar pendiente desde que “está así”, con amor, valor, paciencia, coraje y lo que sabemos”,* 2) *“ Procuramos mantenerlos bien, protegerlos para que no se enfermen más y utilizar ayudas a las que les tenemos fe”,* y 3) *“ Lo duro de lidiarlos con escasos recursos de la familia y del gobierno, lo que sabemos y nos han enseñado”*. Con estos patrones culturales se logra integrar el cuidado popular brindado por cuidadoras familiares en la zona rural, que “lidian” diariamente con un contexto de pobreza para el cuidado del familiar, que demanda mucho tiempo, es invisible, continuo y permanente. Esta invisibilidad se puede atribuir al carácter femenino y doméstico del cuidado, donde a pesar de la adversidad, prevalece el amor y la gratitud hacia sus familiares.

Palabras clave: cuidado popular, cultura, salud, Enfermería Transcultural, investigación cualitativa, anciano, cuidador familiar

Abstrac:

Popular describes the care provided by family caregivers to the elderly in disability and poverty in the rural area of Cáqueza. The ethnographic study used participant

observation and ethnographic interviews. The analysis followed the stages proposed by Leininger. The results provide the "Popular Eye Care", expressed in the cultural theme: "View by them since they are well." Where articulates three cultural patterns: 1) "The responsibility to be outstanding since it is" well "with love, courage, patience, courage and what we know", 2) "We try to keep them well, protect them from getting sick more and use aid for which they have faith, "and 3)" hard lidiarlos with poor family and government, and we know what we are taught. "These cultural patterns are able to integrate the care provided by family caregivers popular in rural areas, that "deal" daily with a context of poverty for family care, time consuming, is invisible, continuous and permanent. This invisibility can be attributed to the female character and home care, where despite adversity, love prevails and gratitude to their families.

Keywords: popular care, culture, health, Transcultural Nursing, qualitative research, elderly, family caregivers.

Contenido

	Pág.
Resumen	IX
Lista de figuras	XIV
Lista de tablas	XV
Introducción	1
1. Cuidar en el envejecimiento, enfermedad crónica, discapacidad y pobreza: reto de los cuidadores familiares	5
1.1 Envejecimiento demográfico	5
1.2 El fenómeno de la vejez, las enfermedades crónicas y la discapacidad	9
1.3 Cuidado de las personas ancianas con discapacidad	12
1.4 Políticas y programas para la vejez, las enfermedades crónicas y la discapacidad	15
1.4.1 Políticas para la vejez	15
1.4.2 Políticas para la atención de enfermedades crónicas.....	19
1.4.3 Políticas para la atención a las personas en situación de discapacidad.....	21
1.5 Municipio de Cáqueza	23
2. Marco conceptual	29
2.1 Justificación	29
2.2 Pregunta de investigación.....	34
2.3 Propósito	34
2.4 Objetivos.....	34
2.4.1 Objetivo General	34
2.4.2 Objetivo Específico	34
2.5 Conceptos principales.....	34
2.5.1 Cuidados populares	34
2.5.2 Cuidador familiar	35
2.5.3 Discapacidad	35
2.5.4 Personas ancianas.....	35
2.5.5 Personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza	35
2.5.6 Pobreza.....	36
2.5.7 Área rural	36
2.5.8 Cultura	36
3. Cuidadores familiares, vejez, enfermedad crónica, discapacidad y cuidado popular : una relación desde dos perspectivas teóricas	37
3.1 Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales	37

3.2	Modelo de tradiciones de salud de Rachel Spector	45
3.3	Cuidados populares	53
3.4	Cuidadores familiares de personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza.....	55
3.5	Consideraciones sobre la relación cuidado, vejez, cronicidad, discapacidad y pobreza.....	56
3.6	El papel de la mujer en el cuidado.....	62
4.	Ruta cualitativa: descripción del abordaje etnográfico de la investigación	65
4.1	Diseño del estudio.....	65
4.2	Campo de investigación	67
4.2.1	Municipio de Cáqueza	68
4.2.2	Colaboradores de la investigación	72
4.3	Trabajo de campo y reflexividad: abordaje cualitativo etnográfico	77
4.3.1	Observación participante	79
4.3.2	Entrevista Etnográfica.....	80
4.3.3	Registro de datos.....	81
4.3.4	Muestreo.....	83
4.4	Análisis de datos	83
4.5	Control de riesgos	86
4.5.1	Control de manejo y organización de la información.....	86
4.5.2	Control de la fidelidad de la información.	87
4.6	Rigor metodológico	87
4.7	Validez y veracidad del estudio	88
4.8	Aspectos éticos de la investigación	89
5.	El ojo del cuidado popular brindado por los cuidadores familiares de personas ancianas	93
5.1	Patrón No. 1: La responsabilidad de estar pendiente desde que “está así”, con amor, valor, paciencia, coraje y lo que sabemos.....	95
5.1.1	Categoría No. 1: La responsabilidad de estar pendiente con paciencia y coraje	96
5.1.2	Categoría No. 2: Cuidar es algo que le nace a uno con amor y valor...97	
5.1.3	Categoría No. 3: Hay saberes para ver por el familiar que “está así” ...98	
5.2	Patrón No. 2: Procuramos mantenerlos bien, protegerlos para que no se enfermen más y utilizar ayudas a las que les tenemos fe.	100
5.2.1	Categoría No.1: Procuramos mantenerlos bien, ayudándolos en las actividades de la vida diaria y cuidando sus pertenencias con sabiduría	101
5.2.2	Categoría No. 2 Protegerlos para que no se enfermen más	107
5.2.3	Categoría No. 3: Utilizamos ayudas a las que les tenemos fe, para mejorar su salud.	112
5.3	Patrón No. 3: Lo duro de lidiar con escasos recursos de la familia y del gobierno, lo que sabemos y nos han enseñado	117
5.3.1	Categoría No. 1: Lidiar para subsistir con pocos recursos, pocas ayudas del gobierno y del sistema de salud.....	118
5.3.2	Categoría No. 2: Lo duro de lidiarlos diariamente sin ayuda de la familia y escasos recursos tecnológicos.....	120
5.3.3	Categoría No. 3 Lidiar con el saber y lo que nos han enseñado	123
5.3.4	Categoría No. 4: Ver por ellos todo el tiempo.	125
5.3.5	Categoría No. 5: Pido ayuda a Dios para saber cómo lidiar.	126

5.3.6 Categoría No. 6: Un castigo más grave es lidiar cuando el cuidador está enfermo	127
6. Conclusiones.....	131
7. Dificultades del estudio	133
8. Recomendaciones.....	135
Anexo 1: Consentimiento informado	139
Anexo 2: matriz categorías y subcategorías	141
Anexo 3: Matriz patrones y temas culturales	143
Anexo 4: Aval comité de ética	145
Anexo 5: Aval Alcaldía del municipio	147
Anexo 6. Acciones de cuidados populares brindados por cuidadores familiares a personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza.....	149
Bibliografía	151

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. Modelo del sol naciente de Leininger, que representa la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales	43
Figura 2. Mapa del Municipio de Cáqueza, contexto geográfico, límites municipales y vías de acceso.	68
Figura 3. Mapa del Municipio de Cáqueza, división política – administrativa veredal y vías de acceso.	70
Figura 4. El Ojo del Cuidado Popular	94
Figura 5. El cuidado popular como la responsabilidad de “Estar pendiente”	99
Figura 6. Fenómeno de lidiar en el cuidado	129

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Distribución de la población del municipio de Cáqueza por rangos de edad	24
Tabla 2. Indicadores de necesidades básicas insatisfechas del municipio de Cáqueza	25
Tabla 3. Nueve facetas interrelacionadas de la salud y métodos personales de mantener, proteger y restaurar la salud	46
Tabla 4. Nueve facetas interrelacionadas de la salud y métodos comunitarios de mantener, proteger y restaurar la salud	47
Tabla 5. Mantenimiento de la salud de personas de distintos orígenes étnicos y religiosos	48
Tabla 6. Protección de la salud de personas de distintos orígenes étnicos y religiosos	50
Tabla 7. Recuperación de la salud de personas de distintos orígenes étnicos y religiosos	52
Tabla 8. Colaboradores claves de la investigación	75
Tabla 9. Fases de análisis de datos cualitativos propuestos por Leininger	84
Tabla 10. Patrones y del tema cultural	94
Tabla 11. Subcategorías, categorías del patrón cultural: Procuramos mantenerlos bien, protegerlos para que no se enfermen más y utilizar ayudas a las que les tenemos fe.	101
Tabla 12. Prácticas populares relacionadas con el mantenimiento de la salud.	107
Tabla 13. Prácticas populares para la protección de la salud	112
Tabla 14. Prácticas populares para la recuperación de la salud	115

Tabla 15. Acciones de cuidados populares brindados por cuidadores familiares a personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza 116

Tabla 16. Categorías y patrones del patrón cultural Lo duro de lidiar con escasos recursos de la familia y del gobierno, lo que sabemos y nos han enseñado 117

Introducción

Con la presente investigación se describen los cuidados populares utilizados por los cuidadores familiares en la atención a personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza en el municipio de Cáqueza, Cundinamarca, así mismo se contribuye al conocimiento de dichas prácticas en la población rural, afectada por la falta de atención de los servicios de salud, y que además está en desventaja ya que el progreso hacia el cumplimiento de varios de los objetivos del milenio depende de instituciones financieras y de apoyo público: agrícola, infraestructura física y comercio entre otros. Estos servicios suelen estar menos disponibles en las zonas rurales y gran parte de la población de estas zonas continúa atrapada en su propio círculo de pobreza¹ dependiendo así de los cuidados populares de salud que practican en su cotidianidad.

Como consecuencia de los cambios en la conducta humana y de la aparición de patologías a más temprana edad han surgido nuevas tendencias en el ámbito de la salud, que muestra en las personas ancianas el envejecimiento prematuro y el padecimiento de alguna discapacidad, como secuela de enfermedades crónicas². Actualmente en Colombia la población anciana representa 9.41 por ciento del total y se calcula que para el 2050 aumentará hasta el 21.5 por ciento³ por lo cual se incrementarán las enfermedades de tipo crónico y degenerativas, que acompañan a las personas por más tiempo debido a la disminución de actividades de la vida diaria con el incremento de la discapacidad y de la edad⁴. A su vez en la mayoría de los casos recae la responsabilidad del cuidado de las personas ancianas en la familia, dando lugar a que un miembro asuma el rol cuidador. Además, se ha evidenciado que la mujer cabeza de familia es quien ha notificado previamente “estar a cargo de ancianos con discapacidad y niños en edad de crecimiento, residir con su grupo familiar en el área y por las características propias de esta zona, tienen dificultades económicas”⁵. Por tanto, la mujer campesina es considerada como “agente que proporciona cuidado a los grupos más

¹ NACIONES UNIDAS. Los objetivos de desarrollo del milenio. Informe 2008. Nueva York. Recuperado el 1 de agosto de 2009. Disponible en: http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2008_SPANISH.pdf. Consultado septiembre de 2009.

² DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE). Reporte demográfico. Bogotá, Colombia, 2007. p31.

³ Ibid. p 97.

⁴ Ibid. p 101.

⁵ AKPINAR N, TALAY I, CEYLAN C, GÜNDÜZ S. Rural women in the context of sustainable rural development: a casa stude from Turkey. Kluwer Journal 6: 2004 p. 473.

vulnerables y gestora de solventar económicamente a su familia”⁶, debido a que alterna las actividades propias del rol de cuidador con las de solvencia económica, es decir cuida a sus familiares que requieren mayor atención y están participando activamente de las actividades en el hogar que generan ingresos económicos.

Por tanto, al querer indagar sobre el contexto en el que habitan los cuidadores de personas ancianas con discapacidad como consecuencia de alguna enfermedad crónica degenerativa y los bajos ingresos económicos, hace necesaria la inclusión de la cultura en el presente estudio, como una lente que permite al individuo percibir y entender su mundo para que aprenda a vivir en él⁷. Así, en la intención de estudiar los cuidados populares brindados por los cuidadores familiares en casa, se parte de la referencia cultural de cada cuidador familiar, teniendo en cuenta sus patrones comportamentales socialmente transmitidos, creencias, valores, costumbres y estilos de vida, productos del trabajo humano y pensamientos característicos de un grupo de personas que guían su visión de mundo y sus decisiones⁸, lo que permite establecer que el cuidado brindado está en torno al legado cultural del cuidador frente a su familiar como sujeto de cuidado. Sin embargo, la cultura no es la única influencia que tienen las personas sobre las creencias y los comportamientos relacionados con la salud, existen otros elementos que se encuentran y actúan en conjunción con la cultura: como los factores individuales, educativos, socioeconómicos y ambientales⁹, los cuales son analizados desde la teoría de la diversidad y de la universalidad formulada por Madeleine Leininger.

Del mismo modo, para analizar los cuidados populares se sigue la propuesta de Spector¹⁰, sobre el modelo de tradiciones de salud¹¹ desde el mantenimiento, protección y recuperación de la salud, que permite efectuar un análisis de su influencia en el actual cuidado de la salud de las familias campesinas con ancianos en situación de discapacidad y pobreza del Municipio de Cáqueza. Desde Spector, las prácticas tradicionales se infieren como procedentes de la herencia tradicional que hace parte de la consistencia hereditaria, donde “una misma persona puede poseer características tanto de herencia consistente (tradicional) como inconsistente (culturizada)”, y es así que “gran parte de lo que hacemos, pensamos y creemos viene determinado por nuestra herencia cultural”.

⁶ Ibid. p. 475.

⁷ HELMAN, C. Abrangencia de antropología médica. En: Cultura, Saúde & Doença. 4º Edición. Editorial Artmed. 2005. P. 11

⁸ OSORIO, Bibiana. Diseño y validación del cuestionario de valoración cultural de la salud para personas ancianas. Trabajo de grado presentado para optar el título de Magister en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. 2008. p. 26.

⁹ HELMAN, C. Ibid. p 23.

¹⁰ SPECTOR, Rachel. Las culturas de la salud. Prentice Hall. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Alicante. España 2002 p 35-36.

¹¹ Ibid. p. 5.

El planteamiento de este estudio tiene relación con mi participación en el Grupo de investigación de Cuidado Cultural de la Salud, que está consolidando una línea de investigación de mediación cultural y salud pública, a partir de investigaciones con familias, personas ancianas y sus cuidadores en áreas urbanas, campesinas y afrocolombianas. De igual forma, en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, el grupo de investigación “Cuidado al paciente crónico y su familia”, mediante la docencia, la investigación y la extensión busca responder a las necesidades y demandas del cuidado de la salud, con la cualificación del cuidado de enfermería en escenarios como el hogar y las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud. Han desarrollado proyectos de investigación y extensión que permiten socializar, publicar y divulgar resultados y conocimientos sobre los pacientes crónicos, la familia y sus cuidadores.

Por todo lo anterior el presente estudio es útil para la enfermería porque aporta información para el cuidado de enfermería dirigido a cuidadores, es base para plantear programas y proyectos de cuidado en salud para las personas, familias y la comunidad, con el fin de mejorar la calidad de vida de la población rural altamente vulnerable. Se presentan los siguientes aspectos: primer capítulo: reto de los cuidadores familiares. Un segundo capítulo, presenta el marco conceptual, el tercer capítulo presenta el marco teórico, denominado: cuidadores familiares, vejez, discapacidad y cuidado popular: una relación desde dos perspectivas teóricas. El cuarto capítulo describe la ruta metodológica y el quinto capítulo hace referencia al análisis de los resultados, para finalizar con el capítulo de conclusiones y recomendaciones.

1. Cuidar en el envejecimiento, enfermedad crónica, discapacidad y pobreza: reto de los cuidadores familiares

Partiendo desde los distintos datos obtenidos sobre el envejecimiento actual de la población, las enfermedades crónicas y la discapacidad, el cuidado de las personas ancianas con discapacidad, las políticas y programas para la vejez, se llega a analizar la situación de salud de las personas ancianas y sus cuidadores en Cáqueza, hecho que constituye una situación de alta vulnerabilidad que establece un llamado a los profesionales de enfermería, quienes deberán prepararse para ofrecer un cuidado culturalmente congruente, es decir un cuidado que reconozca los saberes, las creencias y las prácticas de los cuidadores de personas ancianas, y los conjugue con los conocimientos más avanzados generados por enfermería. González¹², evidencia que la relación o parentesco entre el cuidador y el receptor de cuidado corresponden a hijo(a)-padre/madre, al igual que en un alto porcentaje se encuentra a los cuidadores familiares atendiendo a la persona anciana desde el momento del diagnóstico, lo que demuestra que el cuidado ha sido proporcionado desde hace bastante tiempo. De esta manera, Ramírez¹³ hace referencia al desarrollo de habilidades por parte del cuidador familiar para ejercer el cuidado, las cuales están condicionadas por factores y motivaciones internas y externas y permite establecer su relación con la persona que cuida, además de identificar las áreas de debilidad y fortaleza en la atención. A continuación se describe el área problema de la investigación.

1.1 Envejecimiento demográfico

En las dos Asambleas Mundiales sobre el Envejecimiento¹⁴ organizadas por las Naciones Unidas en los últimos 25 años se ha venido insistiendo sobre la necesidad de que todas

¹² GONZÁLEZ ESCOBAR, Dianne Sofía. Habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica por diabetes mellitus. Avances en enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 24(2) 2006. p. 32.

¹³ RAMÍREZ ORDOÑEZ, María Mercedes. Habilidad del cuidado de los cuidadores principales de pacientes con cáncer gastrointestinal. Avances en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 23(2) 2005. p.8.

¹⁴ NACIONES UNIDAS. Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. Viena, Austria, 26 de julio a 6 de agosto de 1982. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/asamblea-planviena-01.pdf>. p. 4 Consultado el 25 de abril de 2012.

las sociedades se preocupen por las importantes consecuencias que tendrá el envejecimiento de la población en las próximas décadas.

La Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento¹⁵, declaró que el envejecimiento actual de la población no tiene precedentes en la historia de la humanidad. La proporción de ancianos creció en forma continua durante el siglo XX, y se prevé que la tendencia proseguirá en el siglo XXI. En 1950, la proporción de personas de edad era de 8 por ciento; en 2000, el 10 por ciento; y en 2050 se proyecta que llegará a 21 por ciento. El aumento del porcentaje de las personas de edad (60 años y más) está acompañado por la disminución del porcentaje de niños y adolescentes (menores de 15 años). Para 2050, por primera vez en la historia de la humanidad, la cantidad de personas de edad en el mundo superará a la cantidad de jóvenes. El aumento constante de los grupos de edad más avanzada en las poblaciones nacionales, con respecto a la población en edad activa, tendrá consecuencias directas en las relaciones dentro de la familia, la igualdad entre las generaciones, los estilos de vida y la solidaridad familiar, que es la base de la sociedad. En la economía, el envejecimiento de la población afectará el crecimiento económico, el ahorro, las inversiones y el consumo, los mercados laborales, las pensiones, los impuestos y la transferencia de capital y propiedades, así como a la asistencia prestada por una generación a otra. El envejecimiento de la población seguirá afectando la salud y la atención médica, la composición y organización de la familia, la vivienda y las migraciones.

El documento de la “Política nacional de envejecimiento y vejez”¹⁶, hace mención al rápido envejecimiento de la población en los países en desarrollo acompañado de cambios estructurales fundamentales, tales como las modificaciones en la composición familiar, en los patrones de trabajo, en la migración de los jóvenes a la ciudad, en la profundización de los procesos de urbanización y en el mayor ingreso de las personas al mercado laboral. De otro lado, el envejecimiento conduce a cambios en los patrones de enfermedad, llevando a que en los países en desarrollo se concentren luchas simultáneas por las enfermedades infecciosas (responsables de altas tasas de mortalidad), y las crónicas (generadoras de discapacidad y deterioro en la calidad de vida). Esta doble carga de enfermedad impacta las condiciones económicas y financieras de los países. La vejez se ha relacionado con la dependencia, la enfermedad y la falta de productividad, sin embargo en los países desarrollados se puede observar que las personas mayores mantienen su autonomía y continúan laborando después de los 60 años; en general en los países en desarrollo presentan mayor desprotección, por ejemplo salen del mercado laboral aún antes de la edad de jubilación¹⁷.

Por otra parte, los hombres y las mujeres envejecen en forma diferente, en general, las últimas sobreviven más, pero tienen mayores niveles de vulnerabilidad. Pueden estar

¹⁵ NACIONES UNIDAS. Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. Op. cit. p.5.

¹⁶ COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Política nacional de envejecimiento y vejez, 2007-2019. Disponible en <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>. p. 10. Consultado el 1 de febrero de 2012.

¹⁷ Ibid. p.11.

sometidas a violencia intrafamiliar, a la soledad, a ejercer de cuidadoras y a la imposibilidad de un trabajo remunerado, todo esto las sume más en la pobreza, la enfermedad y la discapacidad¹⁸. Debido a esto se hace necesaria la inclusión de este grupo poblacional a políticas públicas que garanticen la mejora en sus condiciones de vivienda, calidad de vida, de servicios de salud, además de la interacción con otras personas de la sociedad que permiten mejorar su vínculo con su cuidador familiar.

En América Latina y el Caribe, el envejecimiento presenta dos características que preocupan: “un ritmo más rápido que el registrado históricamente en los países desarrollados y un contexto caracterizado por una persistente desigualdad, un débil desarrollo institucional, sistemas de protección social de baja cobertura y calidad y una sobrecarga familiar que, junto con hacerse cargo de atender las necesidades de las personas de edad avanzada, se está haciendo responsable de los vacíos derivados de la exigua presencia de otras instituciones sociales como dispositivos de protección y cohesión”¹⁹

Así mismo, las transformaciones demográficas indican que la población envejece debido a la combinación de dos fenómenos, el aumento de la esperanza de vida al nacer y la disminución de la fecundidad, y es más pequeña como resultado inmediato del retroceso de la fecundidad siendo menos numerosa por la disminución del número de nacimientos²⁰. Se une a estos dos fenómenos, la disminución de la mortalidad de la población adulta, cuyas generaciones numerosas nacieron en la etapa de alta fecundidad, trayendo como consecuencia un incremento de la población en el tramo de 60 años y más²¹, ocasionando, no solo dependencia económica y efectos sociales de una población envejecida, sino también cambios en el perfil epidemiológico, con el aumento de enfermedades crónicas y degenerativas²² y la discapacidad, que hace necesario proyectar la atención de cuidado a esta población por parte del estado y la familia.

¹⁸ Ibid.

¹⁹ HUENCHUAN, S. Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. CEPAL. Chile, 2009 (Internet). Disponible en: <http://imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/cepal-envejecimiento-05.pdf> Consultado 22 de marzo de 2011.

²⁰ STECK, Philippe. Cómo enfrentar los cambios en las estructuras familiares. Adaptación de las políticas familiares a la evolución de la familia en el mundo. Lo esencial de la seguridad social. Asociación Internacional de la Seguridad Social – AISS. 2009. p. 15. Disponible en internet: <http://www.issa.int/esl/content/download/75658/1436030/file/3TR-29.pdf>. Consultado el 14 septiembre de 2009.

²¹ COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). División de Población de la CEPAL. Manual de indicadores de calidad de vida en la vejez. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2006. p. 19.

²² BARRERA PAZ, Leobaldo. Demografía: el adulto mayor en la estructura poblacional. En: QUINTERO OSORIO, Marialcira. La salud de los adultos mayores. Una visión compartida. Venezuela: Ediciones del Vicerrectorado Académico, Universidad del Zulia. 2008. p. 32.

De esto se derivan algunas consecuencias importantes para la relación entre familia y envejecimiento. En primer lugar, el aumento de la expectativa de vida extiende la vida de los individuos en su etapa adulta y avanzada. Esto influye en el incremento del tiempo dedicado a ciertos roles (hijos, abuelos, madre, padre, entre otros) y a las actividades personales, profesionales y de ocio; junto con una prolongación de edad de inicio de la viudez. En segundo lugar, la disminución de la fecundidad tiene efectos significativos, al reducirse el número de miembros de la familia potenciales dadores de apoyos en la edad avanzada. Igualmente, ello genera una tendencia a la disminución de hogares jóvenes y a un aumento de los hogares con personas mayores, situación que amerita pensar y elaborar políticas para el cuidado de las personas ancianas.

Así mismo, considerando que la esperanza de vida al nacer a nivel mundial en el año 2008 fue de 68 años²³, en la región de las Américas de 76 años²⁴, y en Colombia de 75 años²⁵, donde pasó de 50,6 años a 72,2 entre 1950 y 2005²⁶, estos últimos resultados muestran, que la tendencia de la esperanza de vida al nacer continúa incrementándose y según proyecciones del DANE se espera, que pase a 76,2 en los años 2015-2020 para ambos sexos, lo que equivale a una ganancia media anual de 0,18 años²⁷.

Por otra parte, los Indicadores Básicos de la situación de Salud en Colombia 2010²⁸, muestran en la estructura de la población, un total de 45'509.584 personas, con una proporción de población de 60 y más años correspondiente a 9,8 por ciento de la población²⁹, cifra que ha venido aumentando, como consecuencia de lo explicado antes y de la disminución de la mortalidad y aumento en la edad de la población; sin embargo, "las estadísticas sobre mortalidad, por sí solas, no bastan para describir íntegramente y comparar el estado de salud de diversas poblaciones porque subestiman la carga de mala salud causada por enfermedades crónicas y no aportan información sobre los

²³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Parte II. Indicadores sanitarios mundiales. En: Estadísticas sanitarias mundiales 2010. Francia: OMS, 2010. p.56.

²⁴ Ibid. p.56.

²⁵ Ibid. p.48.

²⁶ OJEDA, Gabriel; ORDÓÑEZ, Myriam y OCHOA, Luis Hernando. Salud sexual y reproductiva. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Profamilia. Bogotá, 2005.p.21.

²⁷ DANE . Estudios postcensales 7. Proyecciones nacionales y departamentales de población 2005 - 2020. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/7Proyecciones_poblacion.pdf, abril 25 de 2012.

²⁸ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud. Indicadores básicos de la situación en salud 2010. Disponible en: www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=238&Itemid=121. Consultado el 25 de abril de 2012. p. 2.

²⁹ DANE . Estudios postcensales 7. Op. cit.

resultados de salud no mortales³⁰. También se destacan aspectos generales sobre los cambios en la mortalidad en Colombia³¹: donde se presenta una reducción en la mortalidad por edad y sexo, como producto de los cambios sociales, demográficos y de atención en salud, en los grupos de edades avanzadas.

1.2 El fenómeno de la vejez, las enfermedades crónicas y la discapacidad

En las últimas décadas el envejecimiento progresivo de la población está dando lugar a un grupo cada vez mayor de personas que presentan enfermedades crónicas múltiples y problemas de inmovilidad y discapacidad en todo el mundo³². Por tanto se evidencia que al aumentar la enfermedad crónica crece el grado de dependencia, que está asociada al envejecimiento, convirtiéndose así en un problema socio-sanitario y económico trascendente³³. La prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles como artritis, diabetes, enfermedades cardiovasculares y el cáncer en las personas ancianas, incide negativamente la calidad de vida disminuyendo la funcionalidad, causando discapacidades y afectando la probabilidad de permanencia en los propios ambientes comunitarios. Esta condición puede demandar un seguimiento permanente, servicios de salud más especializados y una posible institucionalización³⁴, más aún si el número de personas ancianas y con discapacidad está creciendo por causa del envejecimiento de la población, evidenciándose entonces que las personas ancianas tienen un mayor riesgo de discapacidad y del mismo modo el incremento global de los problemas crónicos de salud³⁵. En general puede decirse que a medida que aumenta la edad se incrementa el deterioro cognitivo y disminuye el nivel de autonomía en los ancianos³⁶, lo que hace necesaria la presencia permanente de cuidadores, que en la mayoría de los casos son miembros de la familia.

Actualmente a escala mundial se evidencia esta problemática sin importar la condición social, ni los ingresos económicos familiares, es una situación común el hecho de tener una persona con enfermedad crónica bajo el cuidado en su casa. Según Nolan, Grant y

³⁰ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Parte II. Indicadores sanitarios mundiales. Op. cit. p.45.

³¹ DANE . Estudios postcensales 7.Op. cit., p 33-37.

³² OTERO A, ZUNZUNEGUI MV, et al.. Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento de la población española. Rev Esp Salud Pública. 2004;78:201-13. En: ORUETA-SÁNCHEZ R, et al. Impacto sobre el cuidador principal de una intervención realizada a personas mayores dependientes. Aten Primaria. 2011. doi:10.1016/j.aprim.2010.09.011. Disponible en; [http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0212-6567\(11\)00046-1.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0212-6567(11)00046-1.pdf)

³³ Ibid. p. 14.

³⁴ COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). Manual de indicadores de calidad de vida en la vejez. Op.cit. p. 81- 82.

³⁵ OTERO A, ZUNZUNEGUI et al. Op.cit. p.14.

³⁶ LÓPEZ Ángel, CALERO M. Dolores. Predictores del deterioro cognitivo en ancianos. Revista Española de Geriatría y Gerontología. 2009. 44(4). p. 222.

Keady³⁷ en Europa, más de dos tercios de todo el cuidado de una persona con padecimiento crónico recaen en la familia. Otros estudios demuestran que específicamente en España la familia es el principal y, a veces, el único recurso con los que cuentan de cuidadores³⁸. En los Estados Unidos se halló que 22 millones de adultos son cuidadores informales de personas mayores de 50 años, 80 por ciento de estos son familiares³⁹; hay evidencia también de que la familia y los amigos son las únicas personas que proporcionan cuidados en aproximadamente las tres cuartas partes de los hogares en ese país. En este sentido, la poca cobertura de los sistemas sanitarios y sociales en los países en vías de desarrollo, como Colombia, hace pensar que en este país la proporción bien puede ser aún mayor⁴⁰.

En este sentido en nuestro país no hay suficiente cobertura del sistema de salud a pesar de las políticas planteadas, desencadenando así que las familias campesinas muchas veces se encuentren abandonadas a su suerte, sin el apoyo formal común en países desarrollados como son los centros de día, y los servicios primarios de atención médica y social, que son prácticamente desconocidos en nuestra sociedad⁴¹. Se evidencia entonces que con el deterioro de una enfermedad crónica, el cuidado de esa persona exige de la familia, además de dedicación y vigilancia constantes, lo que produce, a quienes les cuidan, un desgaste mayor que en otras condiciones crónicas⁴².

Por otra parte, se estima que las enfermedades crónicas representan 66,5 por ciento de todos los años vividos con discapacidad en los países de ingresos bajos y medianos⁴³. La discapacidad afecta de manera desproporcionada a las poblaciones vulnerables. Los resultados de la Encuesta Mundial de Salud indican que la prevalencia de la discapacidad es mayor en los países de ingresos bajos que en los países de ingresos más elevados. Las mujeres y los ancianos presentan una mayor prevalencia de la

³⁷ NOLAN, Mike; GRANT, Gordon y KEADY, John. Supporting family carers a facilitative model for community nursing practice. En Jean McIntosh (Ed.), *Research issues in community nursing* (pp.177-201). 2004 Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Macmillan.

³⁸ HEIERLE, Cristina . Cuidando entre cuidadores: intercambio de apoyo en la familia. Cuadernos Index/3. Granada. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. 2009. p.45.

³⁹ The National Institute of Nursing Research . Research in informal caregiving, executive summary 2001. Disponible en: www.nih.gov/ninr/vol13/FamCare.html [Consultado el 14 de octubre de 2009].

⁴⁰ DE LA CUESTA BENJUMEA, Carmen. "Aquí cuidamos todos": asuntos de individualidad versus colectividad en un estudio sobre cuidado en la casa de pacientes con demencia avanzada. Forum: qualitative social reserch. 7 (4) Art. 5 2006. Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/170/381>. Consultado: 3 de septiembre de 2012.

⁴¹ Ibid. Art. 5.

⁴² CONDE SALA, J. Lluís . Integración de la familia en el proceso terapéutico de la demencia. En: ALBERCA Román y LÓPEZ-POUSA Secundino. *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* Madrid: Panamericana. p.125.

⁴³ OMS. Informe mundial sobre la discapacidad, 2011, p.8. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf. Consultado 1 de marzo de 2012.

discapacidad⁴⁴, al igual que las personas con pocos ingresos, sin trabajo o con poca formación académica tienen mayor riesgo de discapacidad, son particularmente vulnerables a las deficiencias que presentan los servicios tales como la atención de salud, la rehabilitación y la asistencia y apoyo.

Por otra parte, los datos de la Encuesta Mundial de Salud en 51 países, muestran que las personas con discapacidad tenían más del doble de probabilidades de considerar que los proveedores de asistencia carecían de la competencia adecuada para atender sus necesidades; una probabilidad cuatro veces mayor de ser tratadas mal, y una probabilidad tres veces mayor de que se les negara la atención de salud necesaria. Muchos cuidadores están mal remunerados y tienen una formación insuficiente. La falta de acceso al transporte es un motivo habitual que desalienta a las personas con discapacidad a buscar trabajo o que les impide acceder a la atención de salud⁴⁵ y alguien de la familia debe asumir su cuidado.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) aproximadamente 10 por ciento de la población posee algún tipo de discapacidad⁴⁶, más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. En los años futuros, la discapacidad será un motivo de preocupación aún mayor, pues su prevalencia está aumentando. En América Latina, los censos reportan que el porcentaje de población con deficiencia o limitación varía entre 1 y 14.5 por ciento, donde Brasil ocupa el primer lugar (14, 5%) y Colombia el segundo (6.3%)⁴⁷.

Se prevé que en Colombia la tasa de prevalencia de discapacidad para el total de la población aumentará progresivamente con el correr de los años. Según el Censo del 2005, se presentó mayor discapacidad en hombres (6.6%) que en mujeres (6.2%); según lo reportado por la Encuesta Nacional de Demografía (ENDS 2010) cerca del 7 por ciento del total de la población padece alguna discapacidad, prevalece la discapacidad para moverse y/o caminar con 3 por ciento de ese total, cuya discapacidad se va incrementando con la edad y es más frecuente entre los mayores de 50 años; entre los menores porcentajes de discapacidad está el no poder cuidarse a sí mismo representando menos del 1 por ciento que es más frecuente entre las personas de 65 años y más⁴⁸. Sin embargo al tener en cuenta el número de limitaciones por persona, “el

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ COLOMBIA. Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Proyecto de acuerdo 227. Por medio del cual se crean cursos gratuitos de inglés para la población en discapacidad del Distrito Capital y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D.C.: Anales del Concejo, 2008 [citado 31 octubre 2010]. Disponible en internet: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=29653>.

⁴⁷ COLOMBIA. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Op.cit. p. 23.

⁴⁸ OJEDA, ORDÓÑEZ, y OCHOA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, Op.cit., p.67.

71.2% presentan una limitación, el 14.5% dos limitaciones, el 5.7% tres limitaciones y el 8.7% más de tres limitaciones permanentes⁴⁹.

A continuación se indican los porcentajes según la limitación del total de las personas que reportaron algún impedimento físico: tienen limitaciones para ver, a pesar del uso continuo de lentes o gafas (43.5%); limitaciones para moverse o caminar (29.3%); para oír aún con aparatos especiales (17.3%); para usar manos y brazos (14.7%); para hablar (12.9%); para entender o aprender (12%); para relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales (9.8%); para bañarse, vestirse o alimentarse por sí mismo (9.4%) y 18.8 por ciento presentan otra limitación⁵⁰, lo que determina la factibilidad de la investigación para crear nuevas alternativas de cuidado, permitiendo que sea analizada la toma de decisiones del cuidado ofrecido a partir de las causas que cada individuo percibe de la enfermedad y la explicación que da del por qué de la misma⁵¹.

En conclusión, el proceso de transición demográfica trae una población envejecida, que muestra en el perfil epidemiológico la presencia de enfermedades crónicas, que de acuerdo con la interacción entre factores personales, factores ambientales y familiares, desencadenan en discapacidad aumentando el riesgo de mortalidad por el curso de la enfermedad preexistente, aumento de la dependencia de la persona anciana con su cuidador y deterioro económico producto del manejo de la cronicidad y la discapacidad en este grupo poblacional.

1.3 Cuidado de las personas ancianas con discapacidad

La atención de las personas ancianas con discapacidad es efectuada principalmente por los denominados cuidadores familiares del paciente⁵², la mayoría son mujeres que mantienen el modelo tradicional de familia y los roles tradiciones de la mujer como dispensadora de cuidados y afectos⁵³, por esta razón se denominan para el presente estudio cuidadores familiares.

Se entiende por cuidador familiar (CF) la persona miembro de la familia responsabilizada de ayudar a una persona dependiente en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria durante la mayor parte del día, y que no recibe compensación económica por

⁴⁹ COLOMBIA. DANE. Op.cit. p.23.

⁵⁰ *Ibíd.*

⁵¹ LÓPEZ, Lucero. O cuidar no context da adversidade: a história oral de idosos em uma comunidade colombiana [Tesis] Sao Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2003. p. 44.

⁵² INSERSO. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. p. 4 Disponible en: <http://www.imserso.es/documentos/documentos/imserso-cuidados-01.pdf>. Consultada el 26 de abril de 2012.

⁵³ *Ibíd.*p.4

ello⁵⁴; del mismo modo, el grupo de investigación “Cuidado al paciente crónico y su familia”, define al cuidador familiar como aquella persona con vínculo de parentesco o cercanía que asume la responsabilidad de cuidado de un ser querido que vive con enfermedad crónica⁵⁵. Estas personas participan en la toma de decisiones, supervisión y apoyo en las actividades de la vida diaria, con el fin de cuidar en situaciones de salud particular que demandan cuidado especialmente en las actividades básicas de la vida diaria.

Entre las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se incluyen la alimentación, el aseo, el baño, vestido, movilidad personal, sueño y descanso. Al igual que las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) que conllevan un mayor sesgo cultural, están ligadas al entorno, son un medio para obtener o realizar una acción, tales como utilizar sistemas de comunicación, mantenimiento de la propia salud, manejo del dinero, establecimiento y cuidado del hogar, uso de procedimientos de seguridad y respuesta ante emergencias⁵⁶. De esta manera, los cuidados proporcionados por el entorno familiar, corresponden a elementos propios de la cultura a la cual se pertenece, “los cuidadores primarios proyectan durante el proceso, los valores aprendidos en su contexto familiar y social”⁵⁷.

Las personas ancianas con discapacidad generalmente están al cuidado de la familia, que dependiendo del contexto, pueden experimentar mayor vulnerabilidad a enfermedades secundarias prevenibles, comorbilidades y trastornos relacionados con la edad y la necesidad no satisfecha de servicios de rehabilitación (incluidos los dispositivos auxiliares) que puede tener consecuencias como el deterioro del estado general de salud, limitaciones de las actividades, restricciones para la participación y peor calidad de vida. En promedio, las personas con discapacidad y sus familias tienen mayores tasas de privaciones como: inseguridad alimentaria, condiciones deficientes de vivienda, falta de acceso a agua potable y salubridad, y acceso deficiente a atención de salud. Pero el hecho de tener exclusivamente el apoyo familiar puede acarrear consecuencias adversas para los cuidadores, como tensión psicológica y emocional, aislamiento y pérdida de oportunidades socioeconómicas⁵⁸.

⁵⁴ BADIA X, Lara N, ROSET M. Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Aten Primaria*. 2004; 34 (4), p.170.

⁵⁵ BARRERA Lucy, PINTO Natividad, SÁNCHEZ Beatriz. Habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica: Comparación de géneros Disponible en: <http://encolombia.com/medicina/enfermeria/Enferia9206-Habilidad.htm> Consultada el 2 febrero 2010

⁵⁶ ROMERO Dulce María. Actividades de la vida diaria. *Anales de Psicología*. Universidad de Murcia. España. 2010; 23 (2). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/167/16723213.pdf> Consultada el 26 de abril de 2012.

⁵⁷ SÁNCHEZ, M. HERRERA, F-E. SOCARRÁS, M-E. El sentido cultural del cuidado en casa del enfermo crónico. *Revista Ciencia y Cuidado*, 2008. 5(1):74-85.

⁵⁸ OMS. Informe mundial sobre la discapacidad, 2011. Op.cit., p.9.

Además, las personas con discapacidad pueden tener costos adicionales de asistencia personal, atención médica o dispositivos auxiliares. Debido a estos gastos más elevados, es probable que las personas con discapacidad y sus familias sean más pobres que las personas sin discapacidad con unos ingresos similares. En los países de ingresos bajos, las personas con discapacidad, en comparación con las personas sin discapacidad, tienen una probabilidad 50 por ciento mayor de enfrentarse a gastos sanitarios ruinosos⁵⁹.

Históricamente la familia ha desempeñado un papel importante en el cuidado de los adultos mayores⁶⁰ y “se ha desempeñado como institución proveedora de protección social, donde se ocupa principalmente de dos ámbitos: uno específico –estrechamente vinculado con el proceso de crianza y formación de los hijos– y otro complementario – que está dado por la protección que presta como complemento o sustituto de la que ofrecen los otros agentes, frente a eventos adversos que afectan a sus miembros, como el desempleo, la enfermedad, la discapacidad y el embarazo en condiciones precarias. El más relevante de los mecanismos de apoyo que reciben las personas mayores de su familia, es la co-residencia, que involucra no sólo albergue y comida, sino también tiempo y servicios, convirtiéndose la familia en una fuente de múltiples apoyos⁶¹, especialmente para las actividades de la vida diaria (bañarse, comer, desplazarse, etc.) que son brindadas por una persona, que en la gran mayoría de los casos, es un familiar⁶².

En definitiva, es importante resaltar que los cuidadores familiares de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza del municipio de Cáqueza, están inmersos en el fenómeno de cronicidad influido por la escasez de recursos económicos, la discapacidad frente a las limitaciones que conlleva la subsistencia en el área rural bajo las condiciones de discapacidad. Estos cuidadores deben ejercer su rol bajo la problemática del proceso de envejecimiento que cada vez hace más dependiente a la persona anciana con discapacidad, en los niveles físico, mental y financiero. Este último aspecto se ve afectado debido principalmente a que en las áreas rurales los ingresos monetarios son menores debido a la escolaridad de las personas que habitan esta zona, la actividad económica que ejercen, la distribución del tiempo entre el cuidado proporcionado al anciano, las labores domésticas y propias del campo y la realización de tareas para el sustento diario de la familia. Del mismo modo los ingresos se reducen si el cuidador debe afrontar la enfermedad del anciano cubriendo los gastos en cuanto a

⁵⁹ World Health Survey. Geneva, World Health Organization, 2002–2004 Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo/survey/en/>, accessed 9 December 2009). En: OMS. Informe mundial sobre la discapacidad, 2011, Op. cit. p.12.

⁶⁰ La protección social en América Latina y el Caribe.p.49-50 Disponible en: <http://imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/cepal-envejecimiento-01.pdf>. Consultado, Febrero 29 de 2012.

⁶¹ La protección social en América Latina y el Caribe. Op. cit., p. 50.

⁶² ARIAS, Saily, LOZANO Ana, LÓPEZ Lucero, VELÁSQUEZ Vilma. La carga del cuidador: una revisión bibliográfica. Revista Kannaway. Año 5. Julio 2010.p.16

medicamentos, ayudas diagnósticas, traslados del hogar al centro de salud, citas médicas, entre otros.

1.4 Políticas y programas para la vejez, las enfermedades crónicas y la discapacidad

1.4.1 Políticas para la vejez

En la Política nacional de envejecimiento y vejez⁶³ se presenta un resumen sobre los principales desarrollos de la política internacional y nacional sobre envejecimiento y la vejez. La Asamblea General de las Naciones Unidas abordó el tema en forma indirecta aprobando la Resolución 213 la cual hace referencia a la Declaración de los Derechos de la Vejez y que permitió más adelante la aprobación de otras políticas a favor del anciano. En 1977 se hizo énfasis en la necesidad de efectuar una asamblea mundial sobre las personas de edad, esta tuvo lugar en Viena en 1982, allí se aprobó el “Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento”, documento que recomendaba medidas en los temas de empleo y seguridad económica, salud y nutrición, vivienda, educación y bienestar social, para una población con aptitudes y necesidades especiales. En 1991 se aprobaron los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad y se establecieron normas universales para ese grupo poblacional en cinco ámbitos principales: independencia, participación, atención, realización personal y dignidad.

En el año 1979, la sección de Geriátría del Ministerio de Salud diseñó el Plan Nacional de atención integral a la tercera edad en Colombia, 1986-1990, dirigido a la población mayor de 55 años. El plan procuraba que envejecer fuera un proceso donde se subrayara la interdependencia y asegurara la participación de las personas mayores en la sociedad, con el mejor y mayor alcance posible, considerando al anciano como ser humano y por tanto, merecedor de dignidad y respeto. El plan establecía que una política en beneficio de la población de la tercera edad debía estar fundamentada en la participación activa del viejo colombiano en el desarrollo social, económico y político del país. Definió estrategias de implantación a corto y mediano plazo involucrando a los municipios, organizaciones oficiales y privadas y a la misma comunidad; priorizó su atención en tres grupos con características y necesidades diferentes: No institucionalizados y no cubiertos por seguridad social, institucionalizados e indigentes que vivían en la calle y de la caridad pública. La Constitución Política de 1991, establece en Colombia que el Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas adultas mayores y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria, al tiempo que se considera deber del Estado garantizar los servicios de seguridad social integral a todos los ciudadanos.

⁶³ COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Política nacional de envejecimiento y vejez 2007-2019. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>, p. 10. Consultado el 1 de febrero de 2012.

Basado en lo anterior se expidió el Documento CONPES 2793 de 1995, Sobre Envejecimiento y Vejez, donde se plantean los lineamientos de política relativos a la atención al envejecimiento y a la vejez de la población colombiana, y en especial a las necesidades de las personas de mayor edad. A pesar de que este documento constituyó en un gran avance, no logró articular a los distintos actores sociales en un plan de acción que pusiera en práctica los lineamientos propuestos y adecuara normativa e institucionalmente al país.

En 1992, en el décimo aniversario de la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, se aprobó la “Proclamación sobre el Envejecimiento”, en la cual se estableció la orientación general para seguir aplicando el Plan de Acción y se proclamó 1999 como el Año Internacional de las Personas de Edad. La elección del tema “Hacia una sociedad para todas las edades”, se realizó a través del estudio en cuatro ámbitos: 1) La situación de las personas de edad, 2) El desarrollo individual a lo largo de toda la vida, 3) Las relaciones entre generaciones y 4), la relación entre desarrollo y envejecimiento de la población.

En 1999, la Asamblea General, en seguimiento del Año Internacional de las Personas de Edad, adoptó dos documentos que sintetizaban las políticas para facilitar la transición hacia una sociedad más tolerante: “Marco de Políticas para una Sociedad para todas las Edades” y “Programa de Investigación para el Envejecimiento en el siglo XXI”.

Al año siguiente, por recomendación del Consejo Económico y Social, la Asamblea General decidió convocar la “Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento”, para abril de 2002, en la ciudad de Madrid. En dicho evento, los países adoptaron el Plan Internacional de Acción 2002, el cual presenta la tendencia del envejecimiento global como un “logro” histórico y no como un problema, como un “enorme potencial” y no como una “carga”; visión que reflejada en el manejo de las economías así como en la organización de las sociedades, redundaría positivamente en las personas de edad. De allí la importancia de tener en cuenta el Plan de Acción para la formulación de la política nacional sobre envejecimiento.

La Política Nacional de Envejecimiento y Vejez está dirigida a toda la población residente en Colombia y en especial, a los mayores de 60 años. Con énfasis en aquellos en condiciones de vulnerabilidad social, económica y de género. Teniendo presente el lineamiento por ciclo de vida. Es una Política Pública, de Estado, concertada, que articula a todos los estamentos del gobierno y la sociedad civil en un propósito común: visibilizar e intervenir la situación del envejecimiento y la vejez en el periodo 2007-2019.

En el plan se reconoce por primera vez el potencial de las personas mayores para contribuir al desarrollo de sus sociedades y se compromete a los gobiernos a incluir el envejecimiento en todas las políticas de desarrollo social y económico, especialmente en los programas de reducción de la pobreza. Los temas del Plan cubren tres prioridades: 1) Las personas mayores y el desarrollo, 2) La prolongación de la salud y el bienestar hasta la tercera edad, y 3), los entornos favorables y solidarios. El Plan de Acción afirma que la

pobreza de las personas mayores debe abordarse en el contexto de la Meta de Desarrollo del Milenio de reducir a la mitad la pobreza extrema en el mundo para el 2015; enfatiza los derechos de las personas mayores y su participación en los procesos de desarrollo y cubre temas de interés, en los países de bajos ingresos.

De esta manera, Colombia tuvo una activa participación en todo el proceso de negociación del Plan de Acción de Madrid, razón por la cual, este es un compromiso que para el país no admite dudas. Se ratifica también el interés expresado durante la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento al suscribir la Estrategia Regional sobre Envejecimiento, aprobada por la Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en Santiago de Chile, en noviembre de 2003. En estos escenarios, nuestro país se comprometió a construir en forma colectiva, con la participación de los sectores público y privado, una política de largo plazo en materia de envejecimiento, basada en un diagnóstico que tuviese en cuenta los resultados de investigaciones específicas que permitieran darle, como principal característica, una condición holística ajustada a las necesidades del país. Sin embargo no se ha definido una política para cuidadores de personas ancianas.

Con lo anterior, el problema frente a la política de vejez surge a partir del desconocimiento de la misma como parte de la población vulnerable, lo que permite analizar que hasta la fecha no se ha dado pleno cumplimiento a las estrategias propuestas para mejorar la calidad de vida de las personas ancianas. El abordaje sobre el respeto por la dignidad humana de la persona, asistencia en las necesidades básicas insatisfechas y cubrimiento de prioridades, entre otros, dirigidos a la tercera edad aparece en la literatura redactada a conformidad por parte de diferentes ministerios pero surge el agravante de que en muchas alcaldías no se cumplen y solo direccionan algunas de las metas propuestas por el estado. En este sentido la problemática aumenta al evidenciar que cada vez existe mayor carga sobre el cuidador familiar que cuenta con menos recursos económicos a medida que la enfermedad crónica degenerativa aumenta.

Por otra parte, cabe decir que en el campo de la discapacidad, estamos en un permanente proceso generador de conocimiento en distintos niveles, es decir, desde el técnico instrumental hasta el más abstracto y filosófico⁶⁴. Ello implica que en el proceso de investigar y construir conocimiento en torno a la discapacidad, es necesario considerar desde los saberes populares hasta las orientaciones filosóficas, políticas y económicas, la intervención de los movimientos sociales y del propio Estado, enfoques que seguirán produciendo nuevos modelos como los conocidos de la capacidad humana, o los estudios públicos, los estudios socio -antropológicos, y ético - filosófico, entre

⁶⁴ CRUZ VELANDIA, Israel. 1.2 Discapacidad: Campo emergente del conocimiento, teorías e investigación. p.43 En: GÓMEZ B, Julio César. Discapacidad en Colombia: Reto para la Inclusión en Capital Humano. Fundación Saldarriaga y Colombia Líder. Abril 2010. Consultado en: <http://www.saldarriagaconcha.org/Library/News/Files/DISCAPACIDAD%20EN%20COLOMBIA%20DIAGNOSTICO%20REGISTRO236.PDF> Consultado el 25 de abril de 2012.

otros⁶⁵, así como los de cuidado de enfermería. Por tanto, la razón de la inmersión de la política en los cuidados de enfermería dirigida a la población anciana, obedece a la inclusión del estado en consecución de objetivos que beneficien este grupo poblacional. La Política Nacional de Envejecimiento y Vejez está dirigida a toda la población mayor de 60 años, en condiciones de vulnerabilidad social, económica y de género. Es una Política Pública, de Estado, concertada, que articula a todos los estamentos del gobierno y la sociedad civil en un propósito común: visibilizar e intervenir la situación del envejecimiento y la vejez en el periodo 2007-2019. Reconoce entre otros aspectos:

- ✓ La heterogeneidad del país, las condiciones de desarrollo social, la pluralidad étnica y las diferencias de género, así como la diversidad cultural y territorial.
- ✓ A la familia como la unidad básica de la sociedad, que desempeña una función fundamental en el desarrollo social y que como tal, debe ser fortalecida, prestándose atención a los derechos, las capacidades y vulnerabilidades y obligaciones de sus integrantes, en torno a la autoprotección y a la de sus miembros, en especial a las personas mayores.
- ✓ La necesidad de crear entornos económico, político, social, cultural, espiritual y jurídicos, favorables para mejorar las condiciones de vida y lograr un mayor grado de bienestar de la población, garantizando un envejecimiento activo.
- ✓ La necesidad de asumir la promoción del envejecimiento activo o exitoso como estrategia con visión de largo plazo y trabajar en una política renovadora y enriquecedora de extensión del ciclo vital, es decir, trascender la visión del envejecimiento como problema.
- ✓ Las limitaciones del Sistema Integral de Información del país para evidenciar la situación de envejecimiento y vejez y la necesidad de desarrollar un sistema de información sobre envejecimiento de la población integrado al SIISPRO (Sistema integral de información de la Protección social).
- ✓ Reconoce la necesidad de generar indicadores sobre la situación de la vejez y el envejecimiento en el país para apoyar la gestión de políticas públicas.
- ✓ La necesidad de poner en la agenda pública la vejez y el envejecimiento como temas prioritarios para la gestión pública y privada, de la cooperación técnica internacional, de las ONG, de la sociedad civil y de todos los estamentos del Estado.
- ✓ La necesidad de fomentar y consolidar organizaciones, redes de apoyo y redes de protección social formales e informales, que generen tejido social, así como dinámicas para el ejercicio de los derechos y la transformación del imaginario de la vejez.

⁶⁵ TURNBULL HR, STONE M. "Five Models for Thinking About Disability". Journal of Disability Studies.12 (3.): 98-205. 2001. En: GÓMEZ B, Julio César. Op.cit.

- ✓ La Atención Primaria en Salud como una estrategia pertinente, altamente eficiente y eficaz, para garantizar condiciones de acceso, oportunidad, calidad y longitudinalidad en la prestación de servicios de salud⁶⁶.

En suma, considero que es de vital importancia tener en cuenta la población de ancianos por parte de los diferentes entes territoriales con el fin de mejorar cada vez más su calidad de vida, reduciendo así las secuelas generadas a partir del padecimiento de la enfermedad crónica manejada en el área rural. Para esto se hace necesaria la aplicación del modelo del sol naciente propuesto por Leininger en donde se evidencian factores sociales, políticos, tecnológicos, educativos, económicos, religiosos que permiten conocer de forma más activa las condiciones de cuidado popular en el municipio de Cáqueza. Así mismo cabe resaltar que al incluir a las personas ancianas en políticas que favorezcan su calidad de vida mejora su relación con el cuidador familiar, esto se evidencia en la permanencia del uso de métodos tradicionales de mantener, recuperar y proteger la salud en condiciones de discapacidad y pobreza de acuerdo con lo mencionado en el modelo de Spector.

1.4.2 Políticas para la atención de enfermedades crónicas

Las condiciones crónicas de salud, según la OMS⁶⁷, constituyen un problema de salud que requiere una gerencia continua por un periodo de varios años o décadas. La OMS hace hincapié en la necesidad de dar prioridad a la atención centrada en el paciente en el desarrollo de los profesionales de la salud del siglo XXI. Cabe esperar que se proporcionará así a los enfermos crónicos una participación activa –en lugar de ser receptores pasivos– en todos los aspectos del sistema de atención de salud que les atañe, incluidos el modo en que desarrollamos los centros de atención de salud, los métodos diagnósticos y terapéuticos y, lo más importante, la forma en que los profesionales de la salud colaboran con sus pacientes para gestionar conjuntamente, día a día, sus problemas de salud crónicos⁶⁸

La conferencia ministerial: Planteamientos Innovadores para las Enfermedades Crónicas en los Sistemas de Salud Pública y de Atención Sanitaria, celebrada en Bruselas el 20 de octubre de 2010⁶⁹, invita a los Estados miembros a priorizar su atención en los siguientes

⁶⁶ COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Política nacional de envejecimiento y vejez 2007-2019. Op. cit. p. 14.

⁶⁷ OMS. Cuidados innovadores para condiciones crónicas. Op.cit p 15.

⁶⁸ OMS. Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI. El reto de las enfermedades crónicas. 2005. p.1. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243562800_spa.pdf Consultada: mayo 6 de 2012.

⁶⁹ CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA. Conclusiones del Consejo «Planteamientos innovadores para las enfermedades crónicas en los sistemas de salud pública y de atención sanitaria». Diario oficial de la Unión

aspectos: 1. atención sanitaria: a determinar y compartir buenas prácticas sobre el modo de posibilitar que pacientes con enfermedades crónicas maximicen su autonomía y calidad de vida; unas intervenciones anticipadas tempranas y dinámicas; la prevención secundaria; la asequibilidad y el acceso a los cuidados para enfermedades crónicas; la aplicación de modelos de cuidados crónicos innovadores, especialmente en la atención sanitaria primaria y comunitaria, y las maneras de reducir desigualdades sanitarias en este ámbito. 2. investigación de enfermedades crónicas: cómo basar la aplicación de la prevención, las intervenciones y los cuidados tempranos en el conocimiento científico existente de las enfermedades crónicas para mejorar las estrategias, las tecnologías y el apoyo a un envejecimiento activo y sano.

En Colombia se tienen diversas políticas que respaldan los estados de cronicidad. Por ejemplo, la Ley 1164 del 2007⁷⁰, en la cual se evidencia la planeación de procesos de promoción, educación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de las enfermedades crónicas, así mismo, está encaminada a garantizar un estándar alto de calidad de vida a las personas que padecen situaciones de enfermedad crónica. Según esta ley el estado proporcionará apoyo a las instituciones que presten servicios que influyan favorablemente en la población más vulnerable o con debilidades diagnosticadas a partir del padecimiento de dichas enfermedades. Se crean además los comités de culturas médicas tradicionales, medicinas y terapias alternativas que de manera efectiva complementan el tratamiento con el fin de posibilitar la mejoría en las actividades de la vida diaria. Sin embargo no encontramos dentro del actual sistema general de seguridad social en salud, programas específicos en salud pública, que promuevan la planeación de procesos de promoción, educación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de las enfermedades crónicas.

Por otra parte, el artículo 33 de la Ley 1122 del 2007⁷¹ propende por la mejora de las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida; en este sentido, se reduce la carga de enfermedad crónica teniendo en cuenta en los factores de riesgo no modificables y las cargas por deterioro progresivo de la población como consecuencia del avance de la enfermedad crónica. Se mencionan diferentes enfoques que permiten cumplir con lo propuesto en esta ley: el *enfoque poblacional* hace referencia a valorar a la población que requiere modificaciones de riesgos de morbilidad, cronicidad y discapacidad; el *enfoque determinantes* está relacionado con los servicios de salud a los que deben acceder los individuos con estados de cronicidad avanzados sin que se vea afectada su situación económica; el *enfoque de gestión social de riesgos*, busca controlar los riesgos predecibles y modificables de las personas con enfermedades crónicas. Pero actualmente no existe un programa de enfermedades crónicas desde salud pública que

Europea. 2011. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2011:074:0004:0005:ES:PDF>

⁷⁰ COLOMBIA. Congreso de la República. Ley 1164 de 2007.

⁷¹ COLOMBIA. Congreso de la República. Ley 1122 de 2011.

permita la participación del profesional de enfermería. Lo anterior se garantiza a partir de principios de equidad, calidad, eficiencia y responsabilidad, gracias al respeto por la diversidad cultural y ética, participación social de acuerdo con las necesidades sentidas del grupo poblacional, intersectorialidad con la adecuada articulación de las metas trazadas en salud.

Finalmente, el decreto 16 de 2012⁷² habla sobre el plan de salud pública que provee de manera integral las acciones de salud individual y colectiva con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población con padecimiento de la enfermedad crónica. Adopta prioridades a la población más vulnerable como por ejemplo, personas con discapacidad, en estados socioeconómicos bajos, con enfermedad degenerativa de larga data, tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado. De esta manera existen políticas que promueven acciones de salud pública que favorecen la condición de salud de las personas con enfermedad crónica de acuerdo con lo estipulado en la Agenda de Salud para las Américas⁷³, según el reglamento sanitario internacional para prolongar los años de vida saludable, pero en la práctica dentro del sistema general de seguridad social de salud no hay programas concretos con participación del profesional de enfermería que promuevan la salud de los cuidadores específicamente.

1.4.3 Políticas para la atención a las personas en situación de discapacidad

En Colombia, la Constitución Política Nacional de 1991, contiene varios artículos que hacen mención a la protección, atención, apoyo e integración social de las personas con discapacidad (13, 47, 54 y 68), a la vez que reconoce derechos fundamentales, sociales, económicos y culturales, que son de carácter universal y que cubren a personas que tienen algún tipo de limitación o discapacidad (25, 48, 49, 52, 67, 70 y 366)⁷⁴. También, la Ley 361 de 1997 (Ley de Discapacidad) establece los mecanismos de integración social de las personas con limitación y reconoce de forma explícita los derechos de las personas con limitación, estableciendo obligaciones y responsabilidades del Estado a través de la prevención, la educación, la rehabilitación, la integración laboral, el bienestar social, la accesibilidad⁷⁵.

Sin embargo, la responsabilidad del Estado es parcial, puesto que, según Ley de Discapacidad: los servicios de orientación familiar, tendrán como objetivo informar y capacitar a las familias, así como entrenarlas para atender la estimulación de aquellos de

⁷² Ídem. Decreto 16 /2012.

⁷³ WHO - OPS. Agenda de Salud para las Américas. 2008-2017. Disponible en: www.paho.org/Spanish/D/Congreso_CuencaEcuador_Apr07.htm

⁷⁴ COLOMBIA. Constitución Política de Colombia. Op.cit.

⁷⁵ COLOMBIA. Congreso de la República. Ley 361 de 1997. Diario Oficial. Santa Fe de Bogotá, D.C., 1997. no. 42978. p. 16.

sus miembros que padezcan algún tipo de limitación, con miras a lograr la normalización de su entorno familiar como uno de los elementos preponderantes de su formación integral (artículo 36)⁷⁶. Sin embargo, en la actualidad aún en las áreas rurales no se percibe este aporte en su totalidad por lo que se genera mayor desgaste en el cuidador familiar de la persona anciana en situación de discapacidad y pobreza.

Además, la Ley 368 de 1997, creó la Red de Solidaridad Social, como un establecimiento público del orden nacional, dotado de personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, adscrito al Departamento Administrativo de la Presidencia de la República. Entre sus funciones se encuentran: adelantar y coordinar programas que tengan por finalidad promover los derechos constitucionales y contribuir a la satisfacción de las necesidades de las personas y grupos vulnerables por razones tales como violencia, condiciones económicas, discapacidades físicas y mentales, o en virtud de la edad y el sexo, como la niñez, la juventud, la tercera edad, la mujer y la familia⁷⁷. El plan nacional de atención a las personas con discapacidad 1999-2002, tenía como objetivo principal el de mejorar la calidad de vida de la población con discapacidad, atendiendo el fortalecimiento y ampliación de los servicios existentes, facilitando su acceso, calidad y cobertura⁷⁸.

En salud el decreto 2226 de 1996 y 1152/1999, asignaron al Ministerio de Salud, la función relacionada con la dirección, orientación, vigilancia y ejecución de los planes y programas en el campo de la salud que se relacionen con la tercera edad, indigentes, minusválidos y discapacitados a nivel municipal. Lo que permite evidenciar que cada vez hay más iniciativa en el gobierno por generar recursos que den sostenimiento al mejoramiento de la calidad de vida de la persona anciana, sin embargo por su condición de discapacidad y pobreza hace que sea necesaria la aplicación de mayor capital para el sostenimiento del mismo, teniendo en cuenta el estado degenerativo que conlleva el padecimiento de una enfermedad crónica, lo cual permite analizar que aún no han llegado los aportes suficientes al área rural.

El Plan Nacional de Intervención de Discapacidad 2004–2007 se implementó con el objetivo de consolidar una política pública que permita construir una sociedad que, si bien considera la discapacidad como una situación que puede y debe prevenir, a su vez, respeta y reconozca las diferencias que de ella se derivan, promoviendo que las personas con discapacidad, la familia, la comunidad y el Estado concurren y estén comprometidos en proveer las condiciones para lograr su máxima autonomía y participación en los espacios cotidianos y de vida ciudadana

⁷⁶ Ibid, p. 16.

⁷⁷ COLOMBIA. Congreso de la República. Ley 368 de 1997. Diario Oficial No. 43.037, 8 de mayo de 1997.p.1.

⁷⁸ COLOMBIA. Vicepresidencia de la República. Marco legal de la discapacidad. Consultado en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/marco_legal.pdf,

Teniendo en cuenta lo anterior, se evidencia adelantos en el sistema a partir de las políticas planteadas donde se pretende apoyar a la familia y al cuidador familiar con programas con el fin de establecer mayor independencia del anciano en cuanto al ejercicio de la participación de su autocuidado, toma de decisiones e inclusión en actividades que generen de alguna forma sustento económico; pero en la actualidad los bajos ingresos monetarios, la inequidad en los subsidios económicos, entre otros aspectos hacen que no sea posible vislumbrar el aporte que el gobierno desea brindar a la población según lo estipulado legalmente a nivel municipal; el anciano se ve involucrado en las acciones que están encaminadas a mejorar su condición de salud gracias a las tarifas económicas en cuanto a la adquisición de servicios de salud, medicamentos, imágenes diagnósticas, entre otros, pero actualmente el anciano no tiene acceso a todos los fármacos, en especial los de alto costo.

De esta manera, aunque existen políticas dirigidas a las personas ancianas y a las personas con discapacidad, que están entre las más pobres en todas las sociedades⁷⁹ estas no se extienden a los cuidadores familiares, quienes soportan los efectos del cuidado, en medio de la pobreza. Se observa una política proteccionista donde se ve poca esperanza y posibilidad de retribución de estos grupos a la sociedad, dada la pobreza, que no radica solo en la edad sino en las características individuales y generacionales transcurridas en la historia laboral y la acumulación de activos de las actuales personas mayores, influidos también por los cambios del sistema general de seguridad social, el empleo formal y los hábitos de consumo y ahorro⁸⁰

1.5 Municipio de Cáqueza

Como lo indican las cifras del DANE y de la Oficina del SISBEN del municipio de Cáqueza, en el año 2008, la mayoría de la población caqueceña habita en la zona rural (60% del total de sus habitantes) en contraste con la población urbana que representa 40 por ciento del total de los habitantes⁸¹. Según las proyecciones realizadas por el DANE, es importante resaltar que Cáqueza presenta una tasa de crecimiento negativo (-1.67%), donde en la zona rural es de 0.17 por ciento y en lo urbano -1.84 por ciento, inferior a la tasa de crecimiento total departamental que es de 1.63 por ciento, lo que nos permite establecer que existe un despoblamiento del Municipio, que puede deberse a la migración de la población para buscar otras oportunidades de empleo o de estudio⁸², situación que afecta el cuidado de las personas ancianas en situación de discapacidad,

⁷⁹ HELPAGE INTERNATIONAL. Acción global sobre el envejecimiento. El informe sobre el envejecimiento y el desarrollo, un resumen: pobreza, independencia y las personas mayores en el mundo, 2007.p.71

⁸⁰ COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL), Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). División de demografía de la CEPAL. Manual sobre indicadores de la calidad de vida en la vejez, 2006.

⁸¹ Ibid. p. 1.

⁸² CONSEJO MUNICIPAL DE CÁQUEZA. Plan de Desarrollo “Por la vía correcta”. 2008 – 2011. Acuerdo 007 de 2008.

más cuando el porcentaje de población mayor de 60 años está en 13,75 por ciento (Tabla 1), superior al reporte de Colombia de 9,8 por ciento de la población mayor⁸³.

En cuanto a distribución poblacional por género, 51 por ciento son hombres y 49 por ciento mujeres. La esperanza de vida para el municipio es de 78 años, mayor en relación con el departamento⁸⁴ y Colombia que tiene como esperanza de vida al nacer (años 2010-2015) 75,2 años⁸⁵. Ahora bien, gracias a los anteriores datos se puede evidenciar que la población anciana en el municipio de Cáqueza tiende a aumentar en relación con los otros grupos etáreos, por lo tanto hay cabida para que enfermería apunte a la realización de planes de cuidado con el fin de mejorar la calidad de vida de aquellas personas con enfermedades crónicas discapacitantes.

Tabla 1. Distribución de la población del municipio de Cáqueza por rangos de edad

Rangos de edad	<1 año	1-4	5-14	15-44	45-59	>60
Total por edad	163	928	3169	9728	1803	2516
Porcentaje	0,89	5,07	17,32	53,15	9,85	13,75

Fuente: Sitio oficial de Cáqueza en Cundinamarca, Colombia. Abril 2012.

En cuanto a los niveles de pobreza, según datos oficiales del Censo 2005 para el Municipio de Cáqueza Comparado con el Departamental (Tabla 2), determina que los Índices de Necesidades Básicas Insatisfechas del municipio son de 46.7 por ciento, superior al promedio del total departamental que es de 34 por ciento; localizados principalmente en la zona rural, alcanzando 57.2 por ciento nuevamente superior al departamental (45.5%) y las personas en situación de miseria llegaban a 20.3 por ciento, superior al de Cundinamarca (11.4%), presentándose en mayor porcentaje en la zona rural (26%)⁸⁶. Estos indicadores muestran las condiciones de vida de la población del municipio, y especialmente cómo afectan a la población rural, objeto del presente estudio y ayudan a comprender la influencia del contexto social sobre las prácticas de cuidado de las personas ancianas.

⁸³ DANE . Estudios postcensales 7. Op. cit.

⁸⁴ ALCALDÍA MUNICIPAL DE CÁQUEZA. Perfil epidemiológico de Cáqueza. Op.cit. p4.

⁸⁵ Ibid. p. 4.

⁸⁶ CONCEJO MUNICIPAL DE CÁQUEZA. Plan de Desarrollo “Por la vía correcta”. 2008 – 2011. Op.cit.

Tabla 2. Indicadores de necesidades básicas insatisfechas del municipio de Cáqueza

Municipio	Zona	Indicadores de NBI							
		% Vivienda Inadecuada	% Servicios Inadecuados	% Hacinamiento	% Inasistencia Escolar	Alta Dependencia Económica %	% NBI	% Miseria	Población con NBI
Cáqueza	Cabecera	3.30	0.60	8.00	1.10	2.40	13.10	2.00	240
Cáqueza	Resto	6.90	32.80	30.30	9.60	14.90	57.20	26.00	3336
Cáqueza	Total Mpio.	6.00	25.10	25.00	7.60	11.90	46.70	20.30	3576
	Total Dpto.	9.20	9.30	14.50	5.90	10.70	34.00	11.40	1120881
Dpto	Cabecera	5.50	4.10	13.10	3.80	6.40	24.50	6.30	
	Resto	13.70	15.60	16.20	8.40	15.90	45.50	17.40	

Fuente: CONCEJO MUNICIPAL DE CÁQUEZA. Plan de Desarrollo "Por la vía correcta". 2008 – 2011. Acuerdo 007 de 2008.

Con relación a la cobertura de servicios públicos la diferencia entre zona rural y urbana es bastante significativa, a pesar de que no se cuenta con cifras estadísticas del área rural principalmente en cuanto a alcantarillado y acueducto se refiere, ya que, siendo la zona rural el lugar de mayor concentración poblacional, posee la menor cobertura de servicios públicos. Al revisar las condiciones de saneamiento ambiental la situación se muestra más crítica, pues la recolección de basuras parcialmente se hace en el casco urbano y se desconoce la manipulación de las mismas en el área rural. El 64 por ciento de los núcleos familiares residen en el sector rural, habitando 2871 viviendas que en 80 por ciento de los casos son construcciones antiguas, en materiales rústicos como adobe, estructuras que no son sismo-resistentes, y que permiten la reproducción de insectos o plagas.

Según informe de la jefatura de núcleo educativo las principales causas de deserción escolar obedecen a la situación socioeconómica de las familias, que obliga a realizar traslado de residencia, por su inestabilidad laboral, siendo en su mayoría arrendatarios o cuidadores de cultivos. Al mismo tiempo la falta de orientación familiar y educación sobre el proyecto de vida de los jóvenes, influye en la deserción escolar, porque los niños orientan su proyecto a las tareas propias del campo, tener una familia, sin prestar importancia al estudio como perspectiva de progreso. La violencia, el maltrato y los problemas intrafamiliares son factores que inciden en la inasistencia escolar, porque no existe el apoyo, afecto e interés de la familia hacia la superación de los niños.

Finalmente con respecto al aseguramiento en salud, el Plan de desarrollo del municipio de Cáqueza, 2008-11⁸⁷, muestra predominio de aseguramiento al régimen subsidiado (55%), seguido por los vinculados (39%) y sólo 6 por ciento de la población está afiliada al régimen contributivo, lo que demuestra su mínima participación en el sector laboral. Lo anterior permite establecer que en la actualidad existen más herramientas con las cuales el personal

⁸⁷ ALCALDÍA MUNICIPAL DE CÁQUEZA. Perfil epidemiológico de Cáqueza. Op.cit., artículo 4. p 11. 2011.

de enfermería puede direccionar las actividades de cuidado a las personas ancianas con enfermedad crónica incapacitante del municipio.

Dentro de las diez causas de morbilidad en el total de personas del municipio, las enfermedades crónicas y las infecciosas ocupan los primeros lugares. Llama la atención que el mayor porcentaje de asistencia a los servicios de salud está ocupado por las mujeres, a pesar de que los hombres representan el mayor grupo poblacional existente en el municipio. La hipertensión arterial esencial es la principal causa de consulta en los habitantes de 45-59 años (113.5 por cada 1000 habitantes), que aunado a la hiperlipidemia mixta (28.6 por cada 1000 habitantes) representan factores de riesgo cardiovascular para este grupo poblacional. Otras enfermedades crónicas que ocupan lugares importantes son: E.P.O.C., diabetes mellitus tipo II y la gastritis, las cuales son causas principales de enfermedades catastróficas como por ejemplo cáncer, I.A.M., coma diabético, entre otras, si no son prevenidas, detectadas y controladas oportunamente⁸⁸ se verá afectada la calidad de vida del anciano y por ende se hallará en deterioro su condición de salud y habrá aumento de discapacidad.

En general, el comportamiento de la morbilidad de la población caqueceña muestra una marcada transición epidemiológica, ya que, junto con la presencia de enfermedades infecciosas propias de épocas anteriores, donde eran intensificadas por altos niveles de pobreza e inadecuadas condiciones sanitarias, aparecen como problema de salud pública las enfermedades crónicas como consecuencia del arribo de determinados comportamientos occidentales⁸⁹. De acuerdo con lo manifestado por la comunidad a través de la conformación de mesas de trabajo veredales y urbanas en el mes de febrero de 2008, los problemas de salud expresados verbalmente por dichas personas son (en orden descendente de frecuencia) los siguientes: violencia intrafamiliar, desconocimiento de hábitos saludables, presencia de altos niveles de caries, dificultades de salud oral, desnutrición, aumento de las enfermedades visuales, altos índices de madres solteras y/o adolescentes embarazadas e hijos no deseados, falta de uso de métodos anticonceptivos, deterioro del medio ambiente, aguas contaminadas, relleno sanitario insuficiente, falta de capacitación en prevención y promoción en salud y en medio ambiente, bajo impacto y ejecución de los programas, falta de cobertura en los servicios de salud.

Lo anterior permite analizar que las enfermedades crónicas no son consideradas prioritarias en la morbilidad sentida del grupo poblacional adulto, sino que ocupan un lugar importante en la mortalidad de las personas ancianas. Tal es el caso del Infarto agudo de miocardio (17.86%), seguido en igual porcentaje por el tumor maligno de estómago y de enfermedad hipertensiva (3.7%), enfermedad pulmonar obstructiva (2.46%) y enfermedad artereosclerótica del corazón (2%), esto indica que las principales causas se están

⁸⁸ Ibid. p 22.

⁸⁹ Estadísticas de morbilidad. Hospital San Rafael E.S.E., Cáqueza 2007.

presentando por problemas del sistema cardio vascular, cuya ocurrencia está determinada por una cadena multifactorial constituida por HTA, hiperlipidemia, diabetes mellitus Tipo II, obesidad, entre otros como la falta de estilos saludables: ejercicio, dieta, cuidado y prevención. En el mismo sentido, se puede apreciar que “las anteriores causas de morbimortalidad están directamente relacionadas con las condiciones de calidad de vivienda, acceso a servicios públicos, saneamiento ambiental y educación”⁹⁰, los cuales son desfavorables para la población perteneciente a la zona rural.

Para concluir, según las estadísticas anteriores el fenómeno de vejez y discapacidad se ve afectado de modo directamente proporcional en la medida en que aumenta la edad con la aparición de nuevas enfermedades crónicas, lo cual conlleva que el cuidador familiar se vea en la necesidad de adquirir nuevos conocimientos para satisfacer las necesidades del anciano que cuida. Dichos conocimientos hacen referencia al desarrollo de habilidades de cuidado que generen mejoría en la calidad de vida con respecto a su sistema de creencias transmitido de generación y que es propio del área rural. En este sentido, cada uno de los cuidadores conoce desde su perspectiva familiar las necesidades básicas insatisfechas que requieren ser suplidas a pesar de su condición de pobreza en el área rural del municipio de Cáqueza.

Un estudio del grupo de Cuidado Cultural de la Salud, efectuado en Cáqueza, encontró que “las prácticas de cuidado siguen generalmente una ruta que parte de la identificación de los signos y síntomas y la percepción de gravedad sobre estos. En un primer momento, estos signos y síntomas son manejados en la casa junto con los familiares por recomendación u opinión de los más allegados, donde el consumo de hierbas medicinales, el uso de objetos o sustancias en partes del cuerpo, los rituales religiosos y la adaptación de elementos del entorno, son las primeras opciones para manejar los males en casa. Si de lo anterior no se obtienen los resultados esperados, se echa mano de las prácticas populares donde intervienen terceras personas especialistas en el tema, tales como yerbateros, sobanderos y espiritistas. Si tampoco aquí se logra mejorar la situación y se determina que está corriendo riesgo la vida, se acude finalmente al sistema de salud, siendo esta una manifestación de resistencia a la atención deshumanizada, burocrática y costosa por los gastos de desplazamiento y alimentación que muchas veces implica ir al hospital”⁹¹. De igual manera los hallazgos de la situación de dependencia y sufrimiento de los ancianos, dan dos posibilidades que aparecen como opciones para enfrentar tal realidad: aguantar con paciencia y esperar la muerte, ambas influidas por consideraciones religiosas que han promulgado el sufrimiento como una forma de enmendar los errores pasados y de preparar el alma para la vida más allá de la

⁹⁰ ALCALDÍA MUNICIPAL DE CÁQUEZA. Perfil epidemiológico de Cáqueza 2011. Op.cit. p 27.

⁹¹ GRUPO DE CUIDADO CULTURAL DE LA SALUD. Desarrollo de un Modelo de Cuidado Cultural para personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza [Informe final del proyecto]. Bogotá: Colciencias. Universidad Nacional de Colombia; 2008. En: VARGAS ACEVEDO, Carolina Andrea. Efecto del modelo de cuidado cultural para personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza residentes en el área rural del Municipio de Cáqueza Cundinamarca. Trabajo de grado presentado para optar el título de Magister en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. 2008. p.24.

muerte, donde los cuidadores familiares juegan un papel especial en el cuidado pero es desconocido.

Lo anterior hace evidente los retos que enfrentan los cuidadores familiares y las profesionales en salud en la atención de las personas ancianas, grupo poblacional vulnerable que está aumentando debido a las características demográficas, epidemiológicas, económicas, sociales, políticas, es en los familiares en quienes recae el cuidado estas personas, debido al limitado acceso a los servicios de salud y seguridad social que persiste en el país

2. Marco conceptual

En este capítulo se presentan los aspectos que justifican la realización del estudio, teniendo en cuenta la significancia tanto a nivel institucional, como profesional y social. Seguido a esto se muestra la pregunta de investigación, el propósito de la misma, objetivo general y específico. Finalmente se definen los conceptos principales que guían el estudio, como por ejemplo: cuidados populares, cuidador familiar, discapacidad, persona anciana, pobreza y área rural. A continuación se muestra cada uno de los aspectos mencionados:

2.1 Justificación

El presente estudio se justifica por su significancia social, disciplinar, profesional e institucional, toda vez que existe la necesidad de identificar y describir el cuidado popular brindado por las cuidadoras familiares ya que pese a la profusa investigación en el campo del cuidado familiar, se conoce poco sobre la riqueza, diversidad y complejidad de las situaciones de cuidado de la vida real⁹². *Los cuidados populares* son una novedad en el estudio tanto de la enfermería familiar como de la enfermería transcultural, que cuenta con poca evidencia científica en nuestro ambiente y en el nivel iberoamericano sobre los cuidados populares de las familias⁹³ y de los cuidadores familiares a nivel rural.

Las enfermeras debemos posicionarnos de la temática de los cuidadores familiares, haciendo uso de los conocimientos sobre el cuidado en la vejez, la discapacidad, enfermedad crónica, la cultura, la pobreza y la competencia cultural, de manera que generemos conocimientos, planes y estrategias para este grupo vulnerable de cuidadores familiares quienes llevan a cuesta la responsabilidad de cuidar a las personas ancianas pobres, y a cambio no reciben ningún reconocimiento social, ni familiar, pues muchas veces esta labor es invisible, atribuida al carácter femenino y doméstico del cuidado: un trabajo de mujeres, natural y socialmente esperado⁹⁴

⁹² NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. Disponible en: www.nih.gov/ninr/vol13/FamCare.html. Consultado el 9 de septiembre de 2011.

⁹³ MEJÍA ITUYÁN, Luz Dary. Cuidados populares de las familias en situación de pobreza con personas ancianas que presentan limitación física. Tesis para optar la Maestría de Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C. 2011. p.159

⁹⁴ DE LA CUESTA BENJUMEA, Carmen. Cuidado artesanal: La invención de ante la adversidad. Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. 2004. p. 4.

La significancia disciplinar profesional de enfermería tiene relevancia, toda vez que los y las enfermeras a partir de este tipo de estudios, aportan a la política pública y a instancias donde se toman decisiones para mejorar la salud de los cuidadores y sus familias, así mismo se genera conocimiento que repercutirá en los planes curriculares de los futuros enfermeros y enfermeras del país así como en los programas de posgrado, disminuyendo la brecha entre el conocimiento ético del profesional de enfermería y el émic.

La significancia institucional es importante toda vez que aporta a enriquecer los grupos de investigación: "Cuidado al paciente crónico y su familia" y "Cuidado cultural de la salud" de la Universidad Nacional de Colombia, inscritos en la línea de investigación cuidado y práctica que soporta la Maestría en Enfermería; así mismo enriquece el cuerpo de conocimientos de los cuidadores familiares residentes en el área rural.

La significancia para los cuidadores familiares es relevante, ya que el conocimiento del cuidado popular por parte de las enfermeras y demás miembros del equipo de salud que atienden a esta población, permitirá no solo cuidado de enfermería congruente con la cultura, sino también atención holística de parte de los demás miembros del equipo de salud.

Desde la década de los setenta se han producido estudios de investigación sobre cuidadores familiares, la mayoría provenientes de países desarrollados con población envejecida, altas tasas de empleo, estructuras familiares nucleares y sistemas médico-sociales de apoyo para el cuidado en la casa. Estos cuidadores cuentan con sistemas de apoyo para cumplir esta labor, de tal suerte que cuando el cuidado se hace muy extenuante o complejo tienen la posibilidad de recurrir a centros para aliviar la carga del cuidado o internar a la persona enferma; opciones prácticamente inexistentes en países en vías de desarrollo⁹⁵.

Así, se ha señalado que la mayor diferencia en el cuidado familiar entre países desarrollados y los que se encuentran en vías de desarrollo consiste en que en los primeros, las personas buscan ayuda en el estado y en las agencias públicas, mientras que en los segundos, la familia asume casi la total responsabilidad del cuidado⁹⁶, por ello es útil conocer el papel que juegan los cuidadores familiares en la atención de personas ancianas con discapacidad y la recursividad de estos cuidadores en la atención de sus familiares. Hoy en día no es sorprendente escuchar que la familia es el mayor recurso de

⁹⁵ DE LA CUESTA BENJUMEA, Carmen. "Aquí cuidamos todos": asuntos de individualidad versus colectividad en un estudio sobre cuidado en la casa de pacientes con demencia avanzada. Op. cit. p. 6.

⁹⁶ CLIMON, Jacob J. Eldercare as "woman's work" in poor countries. Journal of Family Issues, 21(6), 692-713. 2000.

salud⁹⁷, por lo que es importante conocer los cuidados populares ajustados a la realidad y cotidianidad de los cuidadores, que habitualmente pasa desapercibido y no es reconocido socialmente, estos cuidadores no tienen salario, ni entrenamiento, con frecuencia proporcionan apoyo a un familiar dependiente o a un amigo, además de trabajar tiempo completo o medio tiempo; a esto se añade las restricciones de su vida familiar⁹⁸ los cuidadores construyen sistemas de cuidado popular para brindar apoyo al familiar enfermo, sacan a la luz su recursividad y no son simplemente consumidores de recursos, sino que crean su propio sistema de cuidado en la casa, algo que ha pasado desapercibido en la literatura⁹⁹.

Diferentes estudios internacionales en el área geronto-geriátrica alertan sobre el aumento de la discapacidad en la medida que la persona envejece. La persona anciana tiene mayor riesgo para desarrollar enfermedades crónicas y los perfiles mundiales y nacionales indican que son las mayores causantes de morbilidad, discapacidad y mortalidad en este grupo poblacional¹⁰⁰. Las mujeres son particularmente más vulnerables a la discapacidad debido a características de género, mayor esperanza de vida, propensión a las enfermedades crónicas o desigualdades por razón de sexo. La pobreza tiene un efecto de mayor vulnerabilidad en las personas con discapacidad¹⁰¹. De esta forma se ha considerado prioritaria la obtención de hallazgos investigativos sobre experiencias que favorezcan el mejoramiento de las condiciones de salud tanto de los cuidadores como de la población adulta mayor basadas en el conocimiento de su contexto¹⁰².

Por otra parte, dada la heterogeneidad del país, las condiciones de desarrollo social, la pluralidad étnica y las diferencias de género, así como la diversidad cultural territorial y tomando a la familia como la unidad básica de la sociedad, que desempeña una función

⁹⁷ JEWSON N. Family, community and health. En: TAYLOR S, FIELD D. Ed. *Sociology of health and health care*. Londres: Blackwell Science.; 1993 p.173-188.

⁹⁸ GOLDSTEIN R, RIVERS P. The medication role of informal carers. *Health and Social Care in the community* 1996; 4(3) p.150-158.

⁹⁹ DE LA CUESTA BENJUMEA, Carmen. "Aquí cuidamos todos". Op.cit. p. 14.

¹⁰⁰ WARD-GRIFFIN Catherine, OUDSHOORN Abram, CLARK Kristie, and BOL Nancy Mother-Adult Daughter Relationships Within Dementia Care: A Critical Analysis *Journal of Family Nursing* February 2007 13: 13-32, doi:10.1177/1074840706297424. Disponible en: <http://jfn.sagepub.com/content/13/1.toc>. Consultado 3 de septiembre de 2012.

¹⁰¹ COLOMBIA. Ministerio de Comunicaciones y Centro de Psicología Gerontológico. *Envejecimiento comunicación y política*. Bogotá 2004 (Consultado en marzo 7 de 2012.) Disponible en: <http://www.envejecimiento.gov.co/publicaciones.htm>

¹⁰² COLOMBIA. Confederación Colombiana de Organizaciones No Gubernamentales y Asociación Interdisciplinaria de Gerontología de Colombia. *Agenda sobre envejecimiento, Colombia siglo XXI. Documento Analítico del País para la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Bogotá: Autores; 2002.

fundamental en el desarrollo social y que como tal, debe ser fortalecida, prestando atención a los derechos, las capacidades y vulnerabilidades y obligaciones de sus integrantes, en torno a la auto-protección y a la de sus miembros, en especial para garantizar un cuidado culturalmente congruente de las personas ancianas y sus cuidadores.

Hay una responsabilidad de la articulación de los actores sociales para la formulación y gestión de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez y el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Ley 1438 ¹⁰³ articulando el Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud, desde el enfoque diferencial que reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.

Es importante generar una visión integral de las políticas, donde estén contemplados los cuidadores familiares quienes diariamente ofrecen su cuidado y están invisibilizados por el sistema. Especialmente teniendo en cuenta la siguiente proyección: “Colombia en 2050 tendrá un aumento significativo en la población mayor de 80 años, consistente en tres millones de ancianos que requerirán apoyo para el cuidado diario¹⁰⁴, lo que hace útil los resultados del presente estudio para establecer estrategias que acompañen y protejan a las familias que asumen esta carga social”¹⁰⁵,

En este sentido, reconocer la dimensión cultural de nuestro quehacer significa abrir una puerta y poner ante nuestros ojos una realidad que transforma la práctica y la disciplina¹⁰⁶. Significa pasar de la actitud derrotista e impotente a la sensibilidad que genera el reconocer al otro como un sujeto competente, diferente a mí, poseedor de saberes diferentes y con quien compartimos algunos elementos comunes desde el mundo de la vida, lo cual nos permite interactuar. Significa reconocer sus capacidades y nuestras propias capacidades como constructores de mundo, como hacedores de mundos posibles y de realidades con raíces sociales e históricas, “reconociendo las incongruencias de unas prácticas hegemónicas en los servicios de salud y en las universidades que han contribuido a negar la diversidad cultural de pacientes,

¹⁰³ COLOMBIA. Congreso de la República. Ley 1438 de 2011. Diario Oficial No. 47.957 enero 19 de 2011.

¹⁰⁴ Ibid.

¹⁰⁵ DANE, Op cit.

¹⁰⁶ Ibid.

comunidades y estudiantes, buscando la homogenización, lesionando a las personas y agenciando unos valores que propician dolor, resentimiento y desintegración social¹⁰⁷. Por lo cual es válido conocer, la diversidad y la multiculturalidad de los colectivos humanos es decir, de los sujetos del cuidado de enfermería.

La descripción de los cuidados populares requiere conocer las acciones utilizadas por los cuidadores familiares en el escenario cotidiano de los ancianos que viven en situación de discapacidad y pobreza; este conocimiento es urgentemente requerido para direccionar las acciones en salud dirigidas a los cuidadores familiares, quienes brindan el cuidado desde su perspectiva cultural, de acuerdo con los recursos económicos, educativos y familiares, en los que creen y practican en pro del mantenimiento, la protección y la recuperación de la salud.

El desarrollo de los objetivos del presente aporta al desarrollo de la enfermería gerontogeriatrica, al igual que a la construcción de los conocimientos profesionales y disciplinares para el cuidado de los cuidadores familiares y las personas ancianas con discapacidad, desde la perspectiva cultural, que pueden orientar la práctica de enfermería. Estos conocimientos ayudarán a los profesionales de la salud a comprender los cuidados populares relacionados con la salud y la cultura de la población rural, para desarrollar una “competencia cultural”¹⁰⁸, y permite descubrir la manera particular como las cuidadoras rurales cuidan. En la literatura se encuentra que las mujeres son consideradas como expertas que conocen sus propias formas de cuidarse y por tanto la interpretación de su experiencia puede ayudar a los demás a cuidarse y del mismo modo ayudar a los profesionales de enfermería, a descubrir su mundo social constituido por significados simbólicos observables en los actos, interacciones y lenguaje de los seres humanos¹⁰⁹. Sin embargo hay pocos estudios de los cuidados populares brindados por las cuidadoras familiares a personas ancianas con discapacidad y pobreza. Para los grupos de investigación de cuidado cultural de la salud y el grupo de cuidado al paciente crónico y su familia, es fundamental este conocimiento del cuidado popular, que permitirá con el conocimiento de los cuidados populares, la mediación cultural con las cuidadoras, para establecer modelos de cuidado culturalmente coherentes.

De esta manera, los resultados del estudio, constituyen un aporte y referencia para tener en cuenta en los currículos de enfermería y de diferentes áreas de salud en Colombia, ya que muestra las implicaciones de la cultura en el manejo de las situaciones de salud-enfermedad a nivel rural. Propicia la competencia cultural en profesionales de la salud,

¹⁰⁷ Ibid.

¹⁰⁸ OSORIO, Bibiana. Diseño y validación del cuestionario de valoración cultural de la salud para personas ancianas. Trabajo de grado presentado para optar el título de Magister en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. 2008 p 28.

¹⁰⁹ MUÑOZ DE RODRÍGUEZ Lucy, VÁSQUEZ Marta Lucía. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger . Colomb. Med. 2007; 38 (4): 99-103.

frente a las formas impositivas de la cultura dominante en cada profesión del área de la salud. Permite reconocer los cuidados populares brindados y transmitidos de generación en generación, y se constituyen en una herramienta metodológica para los profesionales de salud que brindan cuidado a la población de cuidadores de personas ancianas con discapacidad, que pocas veces consideran este rol tan importante que desempeñan en el cuidado de las personas, especialmente en lo referente a la adherencia terapéutica.

2.2 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los cuidados populares brindados por los cuidadores familiares a las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza en el área rural del Municipio de Cáqueza, Cundinamarca?

2.3 Propósito

Estudiar el cuidado popular brindado por los cuidadores familiares a las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza en el área rural, permite explorar en la comprensión y descripción de los cuidados populares brindados por los cuidadores para el mantenimiento, protección y recuperación de la salud de las personas ancianas, con el fin de mejorar la atención de salud de las familias campesinas.

2.4 Objetivos

2.4.1 Objetivo General

Describir los cuidados populares brindados por los cuidadores familiares a las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza en el área rural de Cáqueza

2.4.2 Objetivo Específico

Comprender el contexto de cuidadores familiares de personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza en el área rural de Cáqueza

2.5 Conceptos principales

2.5.1 Cuidados populares

Es todo aquello que el cuidador familiar sabe y hace para mantener, proteger o recuperar la salud¹¹⁰, los cuidados populares están representados en la responsabilidad de estar pendiente de su familiar con amor, valor, paciencia, saber y coraje.

¹¹⁰ MEJÍA ITUYÁN, Luz Dary. Cuidados populares de las familias en situación de pobreza... Op. cit.p.36.

2.5.2 Cuidador familiar

En esta investigación se entiende como aquella persona de la familia que ofrece el cuidado directo y que permanece el mayor tiempo con la persona anciana¹¹¹ en situación de discapacidad y pobreza, en el área rural de Cáqueza. Es aquella persona con vínculo de parentesco o cercanía que asume la responsabilidad de cuidado de un ser querido¹¹² de la familia.

2.5.3 Discapacidad

La discapacidad es un concepto dinámico resultado de la interacción entre la persona y el ambiente en que vive¹¹³. Hace referencia a la interacción multidireccional entre la persona y el contexto socioambiental en el que se desenvuelve, es decir, entre las funciones y estructuras alteradas del cuerpo, las actividades que puede realizar como persona, su participación real en las mismas y las interacciones con los factores externos medioambientales que pueden ayudar como barreras y ayudas.¹¹⁴ Así, el concepto de discapacidad “engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación”¹¹⁵,

2.5.4 Personas ancianas

“Hombre o Mujer, que se encuentra en un rango de edad mayor a 60 años”¹¹⁶.

2.5.5 Personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza

Hombre o Mujer, que se encuentra en un rango de edad mayor a 60 años¹¹⁷, que presenta alguna discapacidad física para salir solo de su casa ubicada en el área rural

¹¹¹ Ibid. p.36.

¹¹² BARRERA Lucy, PINTO Natividad, SÁNCHEZ Beatriz. Habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica: Comparación de géneros Disponible en: <http://encolombia.com/medicina/enfermeria/Enferia9206-Habilidad.htm> Consultada el 2 de febrero de 2010.

¹¹³ COLOMBIA. ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. Decreto 470 (12, octubre, 2007). Por el cual se adopta la Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital [online]. Bogotá, D.C.: La Alcaldía, 2007. 37 p. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=27092>

¹¹⁴ GUTIÉRREZ Y RESTREPO, Emmanuelle. Aplicación de la terminología propuesta por la Clasificación Internacional de Funcionalidad, discapacidad y salud (CIF) Consultado 23 febrero 2010. Disponible en: <http://www.sidiar.org/recur/desdi/pau/cif.php>

¹¹⁵ VÁZQUEZ-BARQUERO, José Luis (Coord). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: OMS, OPS, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001. p. 3.

¹¹⁶ ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (ONU). Resolución 50/141, año 2003, art. 5; p 1.

¹¹⁷ Ibid. p 1.

del municipio de Cáqueza, no portadora de discapacidad de nacimiento o infancia, y quien es cuidado por un cuidador familiar.

2.5.6 Pobreza

Situación de aquellos hogares que no logran reunir, en forma relativamente estable, los recursos necesarios para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros¹¹⁸.

2.5.7 Área rural

Es la parte de un municipio que no está clasificada como Área Urbana o de Expansión Urbana, utilizada para actividades agropecuarias, agroindustriales, extractivas y de conservación ambiental¹¹⁹.

2.5.8 Cultura

Se entiende como lo aprendido, compartido y transmitido por valores, creencias, normas y modos de vida de una cultura particular que guían pensamientos, decisiones y acciones en forma de patrones y frecuentemente son intergeneracionales¹²⁰.

¹¹⁸ COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). Magnitud de la pobreza en América Latina en los años ochenta. Op.cit.

¹¹⁹ RODRÍGUEZ Peña, Alberto. <http://es.wikipedia.org/wiki/Rural>. Última búsqueda marzo 2009.

¹²⁰ LEININGER, Madeleine. Culture Care Diversity & Universality: Theory and evolution of the Ethnonursing method. 2009 p. 13

3. Cuidadores familiares, vejez, enfermedad crónica, discapacidad y cuidado popular : una relación desde dos perspectivas teóricas

En el marco teórico presentado en este capítulo se encuentran los fundamentos que guían el presente estudio. Primero, *La Teoría de la diversidad y de la universalidad*¹²¹ propuesta por Madeleine Leininger, quien es la fundadora de la enfermería transcultural, pilar de análisis en relación con los factores de la estructura social que influye en el cuidado popular. Segundo se destaca el *Modelo de tradiciones de salud*¹²² descrito por Rachel Spector, trazando un paralelo entre el mantenimiento, la recuperación y la protección de la salud frente al área física, mental y espiritual del ser humano, en este caso los cuidados populares brindados por los cuidadores familiares a las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza.

Por otra parte, se presenta el fundamento relacionado con los cuidadores familiares, el cuidado popular de la salud, consideraciones sobre la relación vejez, discapacidad y pobreza. A continuación se propone en detalle cada uno de los aspectos relacionados antes:

3.1 Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales

La teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales propuesta por Madeleine Leininger, define la enfermería transcultural “como una disciplina de estudio y práctica enfocada en las diferencias y similitudes del cuidado cultural comparativo dentro y entre las culturas con el objetivo de asistir a los seres humanos para alcanzar y mantener prácticas de cuidado de la salud significativas y terapéuticas que sean basadas en la cultura¹²³. Tiene “sus cimientos en la creencia de que las personas de diferentes

¹²¹ LEININGER, Culture Care Diversity... Op.cit. p. 18,

¹²² SPECTOR, Rachel. Las culturas de la salud. Prentice Hall. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Alicante. España.2002.

¹²³ LEININGER, Culture Care Diversity... Op. cit.,p.16.

culturas pueden informar y guiar a los profesionales y, de este modo, podrán recibir el tipo de atención sanitaria que deseen o necesiten de estos profesionales”¹²⁴.

Para la realización de esta teoría Leininger tuvo en cuenta el relativismo cultural, que es definido por Rohrbach¹²⁵ como la visión que tiene cada cultura de ser única y de ser evaluada de acuerdo con sus propios valores y normas. En este sentido, afirma que el relativismo cultural obedece al significado y validez que tiene toda expresión y creencia únicamente dentro del contexto cultural al que pertenece. Por tanto, lo anterior permite comprender el propósito de la teoría del cuidado cultural, descubrir las diversidades: diferencias y universalidades: similitudes del cuidado humano para generar un nuevo conocimiento que guíe las prácticas de cuidado en enfermería; con el objetivo de proporcionar cuidado en enfermería culturalmente congruente y competente que lleve a la persona y al grupo a la salud y el bienestar¹²⁶.

La teoría de Leininger se plasma a través del Modelo del Sol Naciente (Figura 1), que sirve como guía para describir el fenómeno del cuidado cultural desde una perspectiva holística de múltiples factores que potencialmente pueden influir en el cuidado y bienestar de las personas¹²⁷. El objetivo de la teoría es: “mejorar y proporcionar cuidados culturalmente congruentes a las personas que les sean beneficiosos, se adapten a ellas y sean útiles a las formas de vida saludables del cliente, la familia o el grupo cultural”¹²⁸.

El cuidado cultural “tiene en cuenta la vida humana en su plenitud y su perspectiva holística en un período de tiempo concreto, e incluye los factores de la estructura social, el punto de vista del mundo, la trayectoria cultural, los valores, el contexto del entorno, las expresiones lingüísticas y los modelos tradicionales (genéricos) y profesionales”¹²⁹. De esta forma, el cuidado cultural, integra, el cuidado popular (o genérico) y el

¹²⁴ McFARLAND, Marilyn. Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. En: MARRINER TOMEY, Ann y RAILE ALLIGOOD, Martha. Modelos y teorías en enfermería. 6ª Ed. Madrid, España: ELSEVIER Mosby. 2007.p 477.

¹²⁵ ROHRBACH, Cecilia. En búsqueda de un cuidado universal y cultural. Revista de Investigación y Educación en Enfermería. Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería Investigación y Educación en Enfermería. Medellín, Vol. XXV N.º 2, septiembre de 2007. P. 116.

¹²⁶ LEININGER, Madeleine. Transcultural Nursing. Concepts, theories, research and practices. Op. cit, p. 83.

¹²⁷ LEININGER, Madeleine M. Part I. The Theory Of Culture Care And The Ethnonursing Research Method. En: LEININGER, Madeleine M. y McFARLAND. Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research, and Practice. Third ed. The United States of America: McGraw-Hill, 2002. p.79.

¹²⁸ McFARLAND, Marilyn. Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. Op. cit.,. p 476.

¹²⁹ Ibid. p. 477.

profesional, para hacer más coherente el cuidado brindado por los cuidadores familiares a personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza del municipio de Cáqueza.

Del mismo modo, para Leininger el cuidado es referido como el fenómeno abstracto y concreto ligado a experiencias o a comportamientos que permiten asistir, sostener o habilitar a otros con necesidades evidentes o anticipadas para mejorar o estimular una condición humana o un modo de vivir o para afrontar la muerte¹³⁰. En este sentido, Leininger en los estudios realizados afirma que gracias a la inclusión de la apreciación cultural a la práctica de enfermería se evidencia un ejercicio profesional diferente, definido y fundamentado en principios culturales y diseñado específicamente para orientar los cuidados de la enfermería a los individuos, las familias, los grupos y las instituciones, de igual forma, sostiene que la cultura y la asistencia son los medios más generales y holísticos que permiten conceptualizar y comprender a las personas¹³¹.

En este sentido, Leininger considera que la enfermería transcultural influye en el estudio formal, la investigación y la práctica, debido al mundo multicultural en que vivimos¹³², para disponer de conocimientos y competencias en enfermería transcultural, capaces de orientar las acciones y las decisiones para obtener resultados positivos y eficaces¹³³.

En el presente estudio se hace énfasis en lo expuesto por Leininger quien desarrolló su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales basada en la convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan de los demás¹³⁴, debido a que la cultura determina los patrones y estilos de vida que influyen en las decisiones de las personas, tiene en cuenta la totalidad y la perspectiva holística de la vida humana y la existencia a lo largo del tiempo, incluyendo factores culturales sociales, la visión del mundo, la historia y los valores culturales, el contexto ambiental, las expresiones del lenguaje y los modelos populares o genéricos y profesionales de cuidado.

¹³⁰ LEININGER, Madeleine. *Qualitative Research Methods in nursing*. New York: Grune & Stratton. Edition 1985 p. 320.

¹³¹ MARRINER-TOMEY, Ann, RAILE ALLIGOW, Martha. *Modelos y teorías en enfermería*. 4ª ed. Harcourt Brace. España. 1999. P. 510.

¹³² LEININGER, Madeleine. *Qualitative Research Methods in nursing*. Op. cit. p. 322.

¹³³ *Ibid.* p. 323.

¹³⁴ LEININGER, Madeleine. *Culture Care Theorie. Research and practice*. Op. cit. p 97.

Por otra parte, Leininger ha sostenido que el cuidado es la esencia de la enfermería y el rasgo predominante, distintivo y unificador de esta disciplina. Dicho cuidado es un dominio complejo, engañoso y a menudo, integrado de una estructura social y en otros aspectos de culturas¹³⁵. De acuerdo con lo anterior Leininger desarrolló la etno-enfermería, la cual se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería, según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tiene de ellos una cultura determinada (o su representante), a través de las manifestaciones émicas locales de las personas, expresadas por el lenguaje, las experiencias, las convicciones y el sistema de valores, sobre fenómenos de enfermería reales o potenciales, como pueden ser la asistencia, la salud y los factores ambientales¹³⁶. Con la teoría de los cuidados transculturales y el método de etno-enfermería basado en creencias émicas (visión interna), es posible acceder al descubrimiento de cuidados fundados y basados en las personas, ya que se emplean principalmente datos centrados en los informantes y no en las convicciones o prácticas éticas (visiones externas) del investigador¹³⁷.

Leininger sostiene que los elementos que distinguen de forma genuina a la enfermería de las contribuciones de otras disciplinas, es un conocimiento y una práctica asistencial basada en la cultura. La razón principal del estudio de la teoría de los cuidados es que ante todo, la idea de la asistencia parece un factor crítico para el crecimiento, el desarrollo y la supervivencia de los seres humanos¹³⁸. La segunda razón es el propósito de explicar y comprender plenamente el conocimiento cultural y los roles que asumen las personas que prestan y reciben cuidados en las diferentes culturas, para suministrar una asistencia coherente con cada entorno cultural¹³⁹. El tercer conocimiento adquirido sobre los elementos asistenciales sirve como base para promover la curación y el bienestar de los pacientes y para afrontar la muerte o la supervivencia de las culturas humanas a lo largo del tiempo¹⁴⁰. Cuarto, la profesión de enfermería ha de estudiar la asistencia sistemática desde una perspectiva cultural amplia y holística, para descubrir las expresiones y los significados de los cuidados, la salud, la enfermedad y el bienestar, como parte del conocimiento de la enfermería¹⁴¹.

¹³⁵ MARRINER-TOMEY, RAILE ALLIGOW. 1999. Op. cit., p. 505.

¹³⁶ LEININGER, Madeleine. Qualitative Research Methods in nursing. Op. cit. p. 314.

¹³⁷ LEININGER, Madeleine. Transcultural nursing: Concepts, theories and practice. Op.cit. p 122.

¹³⁸ LEININGER, Madeleine. Culture Care Theorie... Op. cit. p. 101.

¹³⁹ Ibid.

¹⁴⁰ Ibid. p 101.

¹⁴¹ Ibid. p 102.

Dentro del cuidado cultural se puede evidenciar que consiste en suministrar una asistencia coherente con el entorno cultural, por tanto, el enfermero debe esforzarse para explicar el uso y el sentido de la asistencia, de forma que los cuidados como prácticas genéricas o populares, valores, creencias y modos de vida culturales suministren una base precisa y fiable para la planificación y puesta en marcha eficaz de una asistencia específica de cada cultura y “para la identificación de los rasgos comunes o universales de esta actividad”¹⁴². Así, para Leininger el cuidado hace referencia a los fenómenos abstractos y concretos que están relacionados con experiencias de asistencia, apoyo y autorización o conductas para con los demás que reflejen la necesidad evidente o prevista de mejorar el estado de salud de la persona o de los estilos de vida¹⁴³.

Según Vásquez¹⁴⁴: “el comprender el cuidado desde la perspectiva de Leininger, implica aprender de las personas sus formas de vida, sus contextos, sus sentimientos, sus preocupaciones, sus creencias, prácticas y valores, en sucesos tan diversos como maternidad, paternidad, nacimiento, adolescencia, adultez, vejez, enfermedad y muerte, con el fin primordial de ofrecer un cuidado coherente con la cultura”. Este aprendizaje sobre el cuidado que los individuos adquieren, necesariamente se desarrolla cuando se interactúa con las personas a las que se cuida; en el caso puntual del presente estudio, el cuidador principal por su convivencia continua con el anciano en situación de discapacidad comprende aún mejor los alimentos que debe cocinarle, la forma en que debe disponer de sus objetos, el vestuario que más le agrada, entre otros. Se enfatiza entonces que la interacción requiere preparación, sensibilidad y pensamiento crítico, para descubrir y captar las distintas significaciones que las personas dan a sus vidas y sus propios cuidados¹⁴⁵.

El presente estudio busca describir los cuidados genéricos tradicionales o populares, denominados por Leininger, y señalados como conocimiento y habilidad de los indígenas “denominado como tradicional” y populares “denominado como caseros”, aprendidos y transmitidos que se usan para facilitar las acciones de asistencia, apoyo, capacitación y facilitación para con otra persona, grupo o institución que presente una necesidad evidente o prevista de mejora del modo de vida humano o de bienestar, o de afrontar impedimentos físicos o mentales o la misma muerte.¹⁴⁶ Entonces, estos cuidados genéricos o populares son importantes pues facilitan el cuidado cultural, por ser transmitidos de generación en generación desde el lugar de vivienda, con el fin de

¹⁴² MARRINER-TOMEY, RAILE ALLIGOW. 1999. Op. cit. p. 507.

¹⁴³ Ibid. p. 508.

¹⁴⁴ MUÑOZ, Lucy; VÁSQUEZ, Martha Lucía. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. Op. cit. p. 32.

¹⁴⁵ Ibid, p.35.

¹⁴⁶ MARRINER-TOMEY, RAILE ALLIGOW. Op. cit. p. 509.

brindar cuidado de modo que no se interfiera con la cultura de quienes se hacen partícipes en el mismo, como se presenta en este estudio realizado en el área rural.

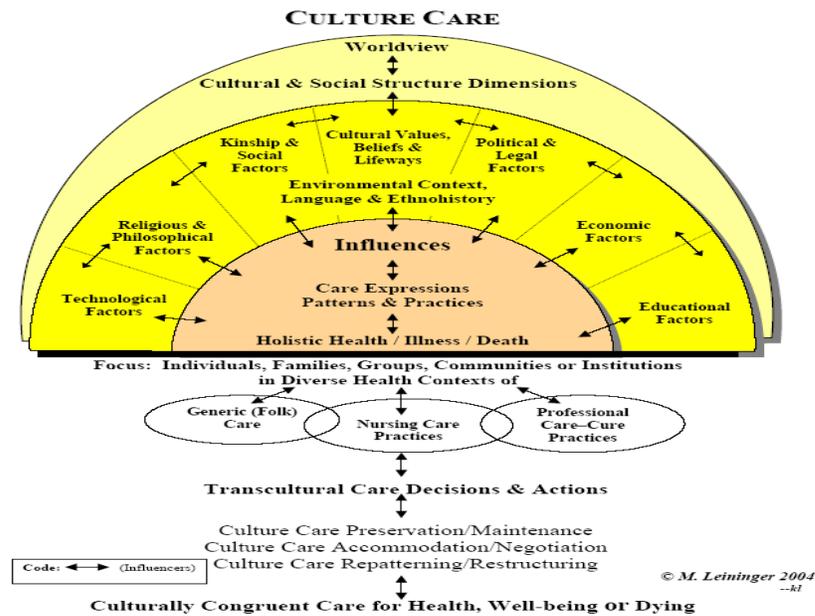
De esta manera los planteamientos de la teoría de Leininger que guían la presente investigación, facilitan la descripción de los resultados del concepto de cuidado, el cuidado popular y el contexto sociocultural de los cuidados ofrecidos por los cuidadores principales. Teniendo en cuenta el conjunto de hechos, situaciones y experiencias determinadas que otorgan significado a las expresiones e interrelaciones sociales humanas, observadas por cada cuidador, en especial en el escenario sociopolítico, ecológico y cultural que ofrece el Municipio de Cáqueza Cundinamarca, el cual es denominado por Leininger como el contexto del entorno.¹⁴⁷ Estos factores son los encargados de afectar directa o indirectamente los cuidados brindados a las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza del municipio de Cáqueza.

Para Leininger es importante que al analizar los datos encontrados a partir de las experiencias de vida de cada cuidador familiar se establezcan dimensiones de la estructura social y cultural, los cuales son definidos como aquellos patrones dinámicos y rasgos o factores interrelacionados de una cultura particular (subcultura o sociedad), que incluye valores religiosos, familiares (sociales), políticos (y legales), económicos, educativos, tecnológicos y culturales, factores etnohistóricos y la forma como estos factores pueden estar interrelacionados y funcionan para influir el comportamiento humano en los diferentes contextos ambientales.¹⁴⁸ Los mencionados factores hacen referencia a los destacados en el modelo del sol naciente (Figura 1), los cuales influyen directamente en el cuidado ofrecido por los cuidadores familiares a personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza en el área rural del municipio de Cáqueza.

¹⁴⁷ Ibid. p. 509.

¹⁴⁸ LEININGER, M. Part I. The Theory Of Culture Care And The Ethnonursing Research Method. Op. cit. p. 103.

Figura 1. Modelo del sol naciente de Leininger, que representa la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales



Tomado de: ORIÁ MO., XIMENES LB, ALVES MDS. Madeleine Leininger and the Theory of the Cultural Care Diversity and Universality: an Historical Overview. Online Braz J Nurs 2005 August; 4(2) Disponible en: www.uff.br/nepae/objn402oriaetal.htm (Consultado el 18 de noviembre de 2009).

En este sentido, hay otras autoras que también han hecho estudios para dar otras conceptualizaciones sobre el tema, por ejemplo se hace necesaria la inclusión de la definición de cuidado popular dado por Kreutz¹⁴⁹, quien define el cuidado popular como las expresiones culturales arraigadas en la conciencia y ejercidas por el individuo con el fin de brindar un cuidado. Dicho concepto es basado en la antropología para comprender los cuidados de las heridas en habitantes de São Gonçalo, Estado de Mato Grosso, Brasil. En este estudio se pueden evidenciar las narraciones de ocho mujeres con el respectivo análisis de datos que posibilitan comprobar que el grupo tiene maneras peculiares de explicar las heridas, revelando una concepción etiológica de multicausalidad, del mismo modo, ellas admiten las causas naturales, sociales y sobrenaturales que orientan sus procedimientos terapéuticos que se oponen a aquellas preconizadas por los profesionales, teniendo en cuenta que una de las finalidades del cuidado popular es facilitar el cuidado de enfermería incluyendo el contexto cultural del individuo, en este caso, los cuidados ofrecidos por los cuidadores familiares a los ancianos en situación de discapacidad y pobreza del área rural.

¹⁴⁹ KREUTZ Irene, BARBOSA Merighi. Cuidado popular com feridas: representações e práticas na comunidade de São Gonçalo, Mato Grosso, Brasil. Cuidado popular con heridas: representaciones y prácticas en la comunidad de São Gonçalo, Mato Grosso, Brasil. Revista SCiencia Enfermería. 2003; (9)1, p. 39-53.

Por otra parte, Nubia Romero¹⁵⁰ expresa que gracias al cuidado popular se reconoce el derecho a la pluralidad, a la diversidad, a la multiculturalidad y, por ende, se busca cómo ejercer unos cuidados culturales congruentes, seguros y significativos para las personas y colectivos en el contexto de su diversidad cultural. Sugiere además que el cuidado popular es una condición normal y deseada para el momento de desarrollo teórico y práctico en que se encuentran los cuidados culturales¹⁵¹, de este modo, será siempre una herramienta para conocer como cuidan en otras culturas, el valor proporcionado a las plantas, los cuidados caseros, la tradición oral, los amuletos y demás acciones en busca de prevenir o recuperar el estado de salud satisfactorio.

Romero en su investigación también refiere que el crecimiento de la pobreza, que margina y excluye, la creciente migración y los desplazamientos, la exclusión de saberes tradicionales y populares, la ineficiencia de los sistemas de salud, entre muchos otros fenómenos¹⁵², han sido la base para incursionar en el terreno de la investigación en cuidados culturales, al mismo tiempo que se van creando características específicas que definen los cuidados profesionales y los cuidados populares como estrategia de la enfermería comunitaria que su ideal es no agredir la cultura del sujeto de cuidado.

De la mano con lo anterior está implícito, lo afirmado por Kreutz en otra de sus investigaciones, en donde se evidencia que el profesional de enfermería en su práctica comunitaria o clínica, muchas veces utiliza cuidados únicamente legitimados por la ciencia, asumiendo una relación de superioridad y distanciamiento y quebrando el diálogo intercultural; diálogo que ha de buscar, además de relacionar cuidados, articular acciones de encuentro con la tradición para comprenderla y comprenderse mutuamente en el acto de cuidar¹⁵³, lo cual es congruente con las características de la valoración del cuidado popular propuesto por Leininger.

Finalmente, para poder analizar el cuidado brindado a la persona anciana por el cuidador familiar, es preciso como investigadora reconocer el cuidado genérico que es definido por Leininger como los conocimientos y habilidades tradicionales o folclóricas, culturalmente aprendidos y que usan las personas, grupos o instituciones en sus actos de asistencia, apoyo o facilitación hacia sí mismos y hacia otros para aliviar o mejorar una condición de

¹⁵⁰ ROMERO, Nubia. Investigación, Cuidados enfermeros y Diversidad Cultural. Op. cit. p. 114.

¹⁵¹ Ibid. p. 114.

¹⁵² Ibid. p.115.

¹⁵³ KREUTZ, Irene; MUNHOZ GAIVA, María Aparecida; AZEVEDO, Rosemeiry Capriata de Souza. Determinantes socio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006; 15(1): 89-97.

salud, incapacidad, estilo de vida o para enfrentar la muerte¹⁵⁴. Esto se considera la *visión émica* de la gente.

En definitiva, para la realización de esta investigación se hace necesaria la aplicación de conceptos específicos mencionados en la teoría de Leininger¹⁵⁵, la autora de *La enfermería transcultural* sostiene que el cuidado “es un fenómeno abstracto y concreto relacionado con la asistencia, ayuda, experiencias de capacidad o comportamientos hacia otras personas con necesidades evidentes o anticipadas”, lo cual permite evidenciar aspectos tales como la diversidad y universalidad del cuidado. La diversidad del cuidado cultural hace referencia a las variaciones y diferencias en los significados, patrones, valores, formas de vida o símbolos,¹⁵⁶ lo cual en la presente investigación facilita el análisis de datos frente a la experiencia de cada uno de los cuidadores familiares, analizando la forma de cuidado en el anciano dependiendo de su enfermedad crónica. La universalidad del cuidado es definida a partir del significado del cuidado dominante y uniforme que es establecido con la elaboración de patrones culturales¹⁵⁷ que más adelante se explican de acuerdo por lo informado en cada una de las entrevistas realizadas a los colaboradores.

3.2 Modelo de tradiciones de salud de Rachel Spector

Según Spector¹⁵⁸, el modelo de tradiciones de salud hace referencia a un concepto holístico de la salud y explora qué hacen las personas desde una perspectiva tradicional para mantener, proteger y restablecer la salud. Se basa en el principio de que la salud es un fenómeno en el que se relacionan tres aspectos: mente, espíritu y cuerpo. Estos aspectos cambian continuamente y se interrelacionan en el mismo contexto de la persona (familia, cultura, trabajo, comunidad, historia y medio ambiente y el equilibrio entre estos factores es lo que se denomina salud; lo anterior se puede evidenciar en la tabla 3.

Solo cuando se pierde la condición de salud óptima el individuo se ve obligado a modificar su actual conducta con el fin de recuperar el anterior estado; es entonces en donde la persona busca hallar equilibrio con su familia, la comunidad y las fuerzas de la naturaleza del mundo que le rodea como estrategia para obtener la salud, con lo cual son

¹⁵⁴ MARRINER-TOMEY, RAILE ALLIGOW. Op.cit. p. 510.

¹⁵⁵ LEININGER, Madeleine M. Part I. The Theory of Culture Care And The Ethnonursing Research Method. Op.cit. p. 103

¹⁵⁶ Ibid. p. 103.

¹⁵⁷ Ibid. p. 103.

¹⁵⁸ SPECTOR, Rachel. Las culturas de la salud. Op.cit. p. 33.

consideradas las creencias y las prácticas tradicionales con el fin de reestablecer la salud.

Para Spector, los métodos tradicionales requieren del conocimiento y la comprensión de los recursos relacionados con salud, desde la perspectiva cultural y etnorreligiosa de la persona. Dichos métodos pueden usarse en sustitución de otros modelos o como complemento de ellos. Por tanto, no son alternativos, puesto que son parte integral de la herencia de la persona, debido a que cada persona proviene de una cultura y un proceso de socialización única, pertenece a una comunidad que, sin duda, tiene sus recursos y redes de apoyo. Por ello, para dispensar unos cuidados innovadores y garantizar la calidad habrá que situar a cada persona en su comunidad¹⁵⁹.

De acuerdo con este método se establecen nueve facetas interrelacionadas con la salud: física mental y espiritual y los métodos personales de mantener, proteger y restaurar la salud (Tabla 3), donde por ejemplo, se aprecia, como para el mantenimiento de la salud a nivel físico se ha encontrado la práctica de llevar ropa y dieta adecuada, ejercicio y descanso; a nivel mental, la concentración, las redes de apoyo social y familiar y en lo espiritual el culto religioso con oración y meditación.

Para comprender mejor el método propuesto por Spector, se ilustran a continuación dos tablas (3 y 4) que describen el modelo de tradiciones de salud tanto a nivel personal como comunitario¹⁶⁰.

Tabla 3. Nueve facetas interrelacionadas de la salud y métodos personales de mantener, proteger y restaurar la salud

SALUD	FÍSICA	MENTAL	ESPIRITUAL
MANTENIMIENTO	Ropa y dieta adecuada Ejercicio / descanso	Concentración Redes de apoyo social y familiar	Culto religioso Oración / meditación
PROTECCIÓN	Ciertos alimentos Prendas simbólicas	Evitar personas que se cree que causan mal	Costumbres religiosas, supersticiones, amuletos
RECUPERACIÓN	Remedios homeopáticos, hierbas, alimentos especiales, masajes, acupuntura.	Relajación Curanderos, sanadores tradicionales	Rituales religiosos Meditación Exorcismo

Fuente: SPECTOR, Rachel. Las culturas de la salud. Prentice Hall. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Alicante. España 2002 p. 33.

¹⁵⁹ Ibid. p. 5.

¹⁶⁰ Ibid. p.34.

Tabla 4. Nueve facetas interrelacionadas de la salud y métodos comunitarios de mantener, proteger y restaurar la salud.

SALUD	FISÍCA	MENTAL	ESPIRITUAL
MANTENIMIENTO	Disponibilidad de ropa comida y refugio Aire puro y agua	Accesibilidad a fuentes tradicionales de entretenimiento y “reglas culturales”	Culto religioso Oración / meditación
PROTECCIÓN	Provisión del conocimiento sobre alimentos, prendas simbólicas. Evitar frío y calor excesivos	Actividades familiares Conocimiento para evitar personas y situaciones nocivas	Disponibilidad de amuletos y objetos simbólicos
RECUPERACIÓN	Disponibilidad de hierbas y otros remedios	Disponibilidad de sanadores tradicionales que usen hierbas	Accesibilidad a sanadores, conocimiento de oraciones

Fuente: SPECTOR, Rachel. Las culturas de la salud. Prentice Hall. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Alicante. España 2002 p. 33.

A partir de las tablas 3 y 4 Spector explica las facetas y aspectos relacionados con la salud física, mental y espiritual, los cuales tienen su correspondencia con el mantenimiento, protección y recuperación de la salud, tanto individual como colectiva y están inmersos en la parte integral de la herencia de la persona al complementarse unos a otros¹⁶¹. Del mismo modo, Spector asegura que son diversos los motivos por los que la gente elige otros sistemas de cuidados como los expuestos anteriormente, en vez de los modernos. Esto se confirma con las actividades diarias percibidas en los cuidadores al ejercer su rol dado a sus prácticas y creencias de salud, pobreza, dificultad de acceso a los sistemas modernos, las barreras de lenguaje y la preferencia por los cuidados proporcionados por los familiares, además del alcance de las prácticas y creencias en salud como la alopática y la homeopática¹⁶².

Según Spector, a partir de las facetas interrelacionadas de la salud y métodos para mantener, proteger y restaurar la salud, se extrae la herencia cultural, que va a condicionar las estrategias para afrontar el proceso de enfermar y todo aquello que lo rodea, incluido el medio hostil que supone para una gran mayoría el sistema médico

¹⁶¹ SPECTOR, Rachel. Las culturas de la salud. Op.cit., p. 34.

¹⁶² Ibid. p. 41.

moderno¹⁶³. Dichos mecanismos están íntimamente relacionados con la historia personal, familiar y cultural de cada individuo, a la cual se adhiere con distinta intensidad.

A su vez muchos de los cuidados proporcionados por los cuidadores son clasificados de acuerdo con las **facetas** y métodos propuestos por Spector quien analiza el mantenimiento (Tabla 5), la protección (Tabla 6) y la recuperación (Tabla 7) de la salud a partir de historias familiares de salud aportadas por estudiantes de distintos orígenes étnicos y religiosos, los cuales son descritos a continuación:

Tabla 5. Mantenimiento de la salud de personas de distintos orígenes étnicos y religiosos

ORIGEN ÉTNICO Y RELIGIOSO	MANTENIMIENTO DE LA SALUD
Austriacos (EEUU)	Ingerir alimentos integrales, frutas y verduras de cultivo propio. Amasar y cocer el propio pan.
Americanos nativos, negros, bautistas	Comer equilibradamente tres veces al día, vestirse adecuadamente según el clima
Africanos, negros ortodoxos	Hacer limpieza, hacer oración al levantarse por la mañana
Canadienses	Hacer limpieza, llevar una buena alimentación, consideran que las personas gordas son sanas, mencionan siempre la salud en las oraciones.
Europeos del este (EEUU), judíos	Ir al médico cuando se está enfermo, cuidar a los demás no a sí mismo, pensar que la salud propia no es prioritaria, ir al médico dos veces en el año, ir al médico cuando se está embarazada.
Ingleses bautistas	Comer bien, dar paseos diarios, leer, mantenerse abrigado.
Ingleses católicos	Realizar ejercicio, no tomar alcohol, ni tabaco, trabajar duro, tener abierta por la noche la ventana de la habitación. Tomar baños. No llevar ropa sucia nunca, mantener la casa limpia, lavarse las manos antes de las comidas, lavar los utensilios antes de cocinar. Descansar.

¹⁶³ Ibid. p. 41

Tabla 5. Mantenimiento de la salud de personas de distintos orígenes étnicos y religiosos (Continuación)

ORIGEN ÉTNICO Y RELIGIOSO	MANTENIMIENTO DE LA SALUD
Ingleses episcopales	Llevar una dieta adecuada y tomar vitaminas. Descansar, tomar aceite de hígado de bacalao.
Franceses católicos	Tomar comida adecuada. Descansar. Llevar ropa adecuada y tomar aceite de hígado de bacalao a diario.
Canadienses franceses, católicos	Vestir adecuadamente en invierno, hacer deporte, mantenerse activo y dormir mucho.
Alemanes (EE.UU), católicos	No ir nunca descalzo y llevar ropa interior abrigada. Lavarse antes de comer y cambiarse la ropa a menudo. Tomar aspirinas. Llevar una dieta adecuada.
Iraníes (EE.UU), musulmanes	Hacer limpieza, llevar una dieta adecuada.
Irlandeses (EEUU), católicos	Llevar una dieta equilibrada. Tomar vitaminas, bendecir la garganta. Llevar medallas o escapularios. Llevar ropa de abrigo. Descansar y acostarse pronto. Evitar la “comida basura”. Mantener buenos hábitos y buenos pensamientos. Hacer limpieza. Mantener los pies abrigados y secos. Hacer ejercicio al aire libre y tomar aire fresco y sol. Cepillarse los dientes. Llevar ropa limpia.
Italianos (Estados Unidos) católicos	Llevar una alimentación variada, comer mucha fruta. Al finad de cada comida cepillarse los dientes. Consumir mucha pasta, vino, queso, verduras ensaladas, pan con melaza o con aceite. Hacer ejercicio en forma de trabajo físico. Acostarse y levantarse temprano.
Noruegos (Noruega), luteranos	Tomar aceite de hígado de bacalao. Hacer limpieza. Descansar.
Nueva Escocia, católicos	Descansar. Llevar una dieta adecuada.
Polacos (EE.UU), católicos	Realizar revisiones médicas. Consumir alimentos nutritivos. Descansar. Tomar aceite de hígado de bacalao.
Suecos (EE.UU), Protestantes	Llevar una dieta balanceada. Caminar mucho. Realizar revisiones médicas periódicas. Tomar aceite de hígado de bacalao.

Fuente: SPECTOR, Rachel. Historias familiares de salud aportadas por estudiantes de distintos orígenes étnicos y religiosos. Las culturas de la salud. Prentice Hall. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Alicante. España 2002. p. 50 – 57.

De acuerdo con la tabla 5, se evidencia que la mayoría de las personas de diferentes culturas hacen énfasis en la comida, en el descanso, en hacer ejercicio, mantener limpieza tanto del cuerpo como de la casa, uso de ropa de acuerdo con el clima, permitir una adecuada ventilación en la vivienda y mantener buenos hábitos, pensamientos y de oración. Por tanto, estos hallazgos a partir del estudio de Spector entre estudiantes universitarios permite la discusión frente a los resultados arrojados en la presente investigación y, por ende, establecer cuáles son los cuidados para el mantenimiento de la salud por parte de los cuidadores familiares de personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza en el área rural del municipio de Cáqueza.

Tabla 6. Protección de la salud de personas de distintos orígenes étnicos y religiosos

ORÍGEN ÉTNICO Y RELIGIOSO	PROTECCIÓN DE LA SALUD
Austriacos (EEUU)	Depositar alcanfor en una bolsita colgada del cuello durante el invierno para prevenir sarampión y fiebre escarlatina.
Americanos nativos y negros, bautistas	Mantenerse alejado de los enfermos, asistir a revisión periódica donde el médico.
Africanos negros (Etiopía)	Tomar comida caliente y agria.
Canadienses	Dormir, tomar comida buena y en cantidad, aplicar hierbas, aplicar alcanfor alrededor del cuello para ahuyentar los malos espíritus.
Europeos del este (EEUU), judíos	Tomar precauciones como llevar ropa adecuada para el frío, no salir con el pelo mojado, descansar lo suficiente, quedarse en cama si no se encuentra bien.
Ingleses bautistas	No registra.
Ingleses católicos	Llevar una dieta adecuada, consumir verduras frescas, vitaminas, poca carne, mucho pescado y no fritos. Descansar. Mantener la casa caliente en el invierno.
Ingleses episcopales	No refieren.
Franceses católicos	En primavera tomar azufre y melaza durante tres días como laxante para eliminar parásitos.
Canadienses franceses, católicos	Tomar azufre y melaza en primavera para limpiar todo el sistema.
Alemanes (EE.UU), católicos	No tomar dulces en las comidas, beber agua en las comidas, tomar mucha leche. Tomar melaza azufrada.

Tabla 6. Protección de la salud de personas de distintos orígenes étnicos y religiosos (Continuación)

ORÍGEN ÉTNICO Y RELIGIOSO	PROTECCIÓN DE LA SALUD
Iraníes (EE.UU), musulmanes	Llevar ropa según la estación y el clima. Procurar que no se mojen los pies si llueve. Vacunarse.
Irlandeses, (EEUU), católicos	Hacer una limpieza intestinal durante ocho días. En primavera tomar azufre y melaza para limpiar la sangre. Evitar a los enfermos. Poner una cebolla bajo la cama para mantener las vías respiratorias permeables. Durante la gripe llevar una bolsita de alcanfor al cuello. Nunca acostarse con el pelo mojado. Evitar los malos espíritus. No mirarse en el espejo por la noche y cerrar la puerta de los armarios. Mantener el vínculo familiar, trabajar por objetivos. Alimentar la fe religiosa.
Italianos (Estados Unidos) católicos	Colocar dientes de ajo alrededor del cuello para prevenir resfriados y mal de ojo. Un lacito rojo cumple la misma función. Mantenerse abrigado si hace frío, llevar los pies siempre calientes. Comer adecuadamente. No bañarse o lavarse el pelo durante la menstruación. No salir con el pelo mojado especialmente en la noche. Mantenerse alejado de las corrientes. Colocar unas tijeras abiertas bajo el colchón de la cuna de los niños para protegerlos del mal.
Noruegos (Noruega), luteranos	Vacunarse.
Nueva Escocia, católicos	Colocar rodajas de cebolla asadas en el fondo del horno y proporcionarlas a todos.
Polacos (EE.UU), católicos	Hacer ejercicio. Tomar alimentos nutritivos. Efectuar una buena higiene personal.
Suecos (EE.UU), protestantes	Comer una manzana al día. Llevar una dieta equilibrada, vestirse adecuadamente según el clima. Bendecir las gargantas el día de San Blas.

Fuente: SPECTOR, Rachel. Historias familiares de salud aportadas por estudiantes de distintos orígenes étnicos y religiosos. Las culturas de la salud. Prentice-Hall. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Alicante. España 2002. P 50-57.

Según lo establecido por Spector en la tabla 6, las personas de diferentes grupos étnicos protegen la salud practicando en su gran mayoría costumbres relacionadas con la ingesta de alimentos nutritivos, consumo de agua, uso de vacunas, protegerse del frío, evitar visitas a personas enfermas, uso de alcanfor en los resfriados y evitar malos espíritus, entre otros. Así mismo, en el municipio de Cáqueza hay cuidados dirigidos a proteger la salud de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza, que de acuerdo con su condición de vida, el padecimiento del estado degenerativo de la

enfermedad crónica, pueden variar pero la práctica tradicional transmitida de generación en generación es la misma.

Tabla 7. Recuperación de la salud de personas de distintos orígenes étnicos y religiosos

ORÍGEN ÉTNICO Y RELIGIOSO	RECUPERACIÓN DE LA SALUD
Austriacos (EEUU)	En resfriados tomar leche hervida con miel durante el día, bebidas con limón durante la noche
Americanos nativos y negros bautistas	En hemoptisis, poner las llaves en una cadena alrededor del cuello. Con dolor de garganta, chupar yemas de huevo, tomar miel o limón.
Africanos negros (Etiopía)	Tomar comida caliente y agria como limón, ajo fresco, mostaza o pimienta roja. Tomar medicinas hechas de raíces y hojas de plantas. En resfriados tomar leche hervida con miel.
Canadienses	Problemas renales, tomar infusiones. Resfriados, tomar limón caliente. Heridas infectadas, aplicar cebolla cruda en la herida. Tos, tomar un trago de whisky. Sinusitis, depositar alcanfor en una bolsita prendida a la camisa. Fiebre, ponerse mantas y aplicar calor. Cefalea, tumbarse y descansar en completa oscuridad
Europeos del este (EEUU), judíos	En resfriados, tomar líquidos, aspirinas y descansar. Dolor de estómago, llevar una dieta blanda y ligera. Mialgias, aplicar masajes con alcohol. Dolor de garganta, hacer gárgaras con agua salada y tomar té con limón y miel.
Ingleses bautistas	Para otalgia, tomar té con miel, aplicar aceite de hígado de bacalao tibio en oído y quedarse en cama. Resfriados, calentar un vaso y ponerlo en la espalda.
Ingleses católicos	En heridas aplicar tabaco húmedo, para resfriados, tomar sopa de pollo, infusiones de raíces, paños calientes en el pecho.
Ingleses episcopales	Resfriados y dolor de garganta aplicar alcanfor en el cuello. Ponerse una bufanda roja alrededor del cuello.
Franceses católicos	En resfriados frotar el pecho con vick vaporup y tomar miel.
Canadienses franceses, católicos	En resfriados tomar leche caliente con brandy. Colocar cataplasma caliente en el pecho. Dolor de espalda: colocar cataplasma de mostaza. Erupciones tomar baño de avena. Verrugas: frotar con patata y tirarla por encima del hombro izquierdo.
Alemanes (EE.UU), católicos	Otalgia: aplicar gotas de leche caliente en el oído. Estreñimiento: colocar supositorios de jabón de marfil. Dolor de garganta: hacer gárgaras con agua salada. Calambres: hacer infusión con jengibre. Dieta de recuperación tras una enfermedad: leche hervida con copos de trigo y un huevo.
Iraníes (EE.UU), musulmanes	Dolor de garganta: hacer gárgaras con agua y vinagre. Tos: tomar miel y limón. Mialgias: aplicar alcohol y agua. Erupciones: colocar almidón de maíz.

Tabla 7. Recuperación de la salud de personas de distintos orígenes étnicos y religiosos (Continuación)

Irlandeses, (EEUU), católicos	Ir al médico solo en caso de urgencia. Fiebre: tomar baños fríos y friegas con alcohol. Picaduras de insecto: aplicar vaselina o ácido bórico. Quemaduras: aplicar emplastos de avena. Cefalea: aplicar emplasto caliente en la frente, descansar en la cama y dormir mucho.
Italianos (Estados Unidos) católicos	Tomar sopa de pollo para todos, desde resfriado hasta puerperio. Quemaduras: aplicar paño caliente con avena sobre la lesión. Fiebre: taparse con mantas para sudar. Calambres: aplicar crema de menta. Cólico: aplicar aceite caliente sobre el abdomen. Acné: aplicar orina de bebé. Resfriados: tomar vino caliente y café con anís. Dolor de muelas: aplicar Whisky localmente.
Noruegos (Noruega), luteranos	Dolor de garganta y resfriados: tomar una bebida caliente de menta y aplicar vick vaporup.
Nueva Escocia, católicos	Resfriados: hervir zanahorias hasta que se deshagan y cebolla hervida con miel como expectorante. Otalgia: aplicar gotas de alcanfor caliente en el oído.
Polacos (EE.UU), católicos	Cefalea: tomar aspirina y líquidos calientes. Mialgias: aplicar compresas calientes. Resfriados: beber líquidos calientes, sopas de pollo y miel.
Suecos (EE.UU), protestantes	Tos: tomar leche caliente y mantequilla. Cansancio: comer una lechuga. Molestias de estómago: beber soda. Anemia: tomar aceite de hígado de bacalao. Fiebre: taparse con mantas para sudar.

Fuente: SPECTOR, Rachel. Historias familiares de salud aportadas por estudiantes de distintos orígenes étnicos y religiosos. Las culturas de la salud. Prentice-Hall. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Alicante. España 2002. P 50-57.

Según lo establecido por Spector en la investigación con estudiantes, al intentar determinar la recuperación de la salud dependiendo de la cultura, se encuentra entonces que las personas practican pautas de cuidado para la recuperación de la salud, las más sobresalientes son: bebidas calientes con infusiones de limón en caso de resfriado, uso de medicamentos formulados, descanso y asistir al médico entre otros. Al igual que en estos grupos étnicos, los cuidadores familiares del municipio de Cáqueza tienen alta influencia de su sistema cultural, es decir, que la cultura predomina en las diferentes formas de cuidado interpretadas y puestas en práctica a nivel familiar.

3.3 Cuidados populares

La ejecución del cuidado realizado a las personas ancianas, muestra una mezcla de prácticas populares con conocimientos profesionales, las cuales son utilizadas

respondiendo a la lógica establecida en la comprensión de la situación de salud y la toma de decisión¹⁶⁴ de los cuidadores. Sin embargo en este estudio se analizan las prácticas populares consideradas como todo aquello que el cuidador familiar sabe y hace para mantener, proteger o recuperar la salud¹⁶⁵.

Un estudio realizado por Mejía¹⁶⁶ describe los cuidados populares de las familias en situación de pobreza con personas ancianas que presentan limitación física, de cinco barrios de Bogotá-Colombia. Los resultados aportan tres temas culturales: 1) “Estar pendiente en la familia: un dar y recibir entre lo visible e invisible”, 2) “En la familia sabemos lo que nos pasa y hacemos lo que sea necesario para aliviarnos”, y 3) “Como familia hemos aprendido a movernos en medio de las dificultades y con las ayudas... Lo que permite mostrar que los cuidados populares responden a las necesidades de las familias mediante acciones de cuidado popular para mantener, proteger o recuperar la salud física, mental y espiritual”. Igualmente la investigadora encontró que en las familias predominan acciones para el mantenimiento de la salud dirigidas al vestuario, el movimiento, la alimentación, el tomar aguas para purificar el organismo, fortalecer el apoyo familiar, pensar que la vida es prestada y dar gracias a Dios por la vida. En la protección: Evitan las bebidas oscuras dadas por desconocidos, la comida que regalan, la que hace daño, uso de yerbas amargas para limpiar la casa y evitar la brujería y creer en Dios para protegerse. En la recuperación tomar bebidas calientes, uso de remedios caseros a los que les tienen fe como infusiones o tés de hierbas, baños y mezcla con varias hierbas. Consultar médiums y caciques para quitar los efectos de la brujería Consultar libros de hierbas medicinales y vendedoras de hierbas en la plaza y buscar la fortaleza en Dios para afrontar las pérdidas.

Los anteriores resultados de los cuidados populares en estas familias dejan ver que estos son construidos, compartidos, transformados y transmitidos en la familia, encierran un mundo de valores y significados de las interacciones familiares, tienen impreso el saber hacer y el saber usar de las familias para cuidar la salud según su cultura y la influencia del contexto sociocultural, encaminada a mantener, proteger y recuperar la salud física, mental y espiritual. Del mismo modo, los cuidados populares mencionados por los cuidadores familiares que ofrecen cuidado a las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza están relacionados con las facetas del modelo de cuidado tradicional propuesto por Spector, quien no da una definición sobre el concepto de cuidado popular, pero aclara “lo que la gente hace”¹⁶⁷, lo cual ilustra las prácticas de cuidado generadas a partir de un conocimiento previo, expresado como heredado.

¹⁶⁴ CASTELLANOS SORIANO, Fabiola. Comprendiendo el cuidado de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza. Trabajo de grado para optar el título de Doctorado en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 2009. p. 106.

¹⁶⁵ MEJÍA ITUYÁN, Luz Dary. Cuidados populares de las familias en situación de pobreza... Op. cit.p.36.

¹⁶⁶ Ibid. p.159.

¹⁶⁷ SPECTOR, Rachel. Las culturas de la salud. Op. cit. p. 33.

Otros autores hablan sobre los cuidados populares, es el caso de Sánchez¹⁶⁸, quien sostiene que el cuidado que descubre expresiones y significados como parte de su conocimiento tiene en cuenta sus valores, creencias y modos de vida de los individuos, lo cual es congruente con los cuidados populares que se ofrecen a las personas ancianas, reportados en este estudio para ampliar el conocimiento.

3.4 Cuidadores familiares de personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza

En la familia, la mayor responsabilidad del cuidado suele recaer sobre uno de los miembros de la misma denominado cuidador familiar, en un elevado porcentaje es una mujer: esposa, hija, nuera o nieta¹⁶⁹. Los cuidadores familiares de personas ancianas, son aquellas personas que asumen el rol de cuidar a otra, que por tener alguna limitación o discapacidad no puede hacerlo por sí misma¹⁷⁰.

El cuidador familiar asume la responsabilidad de ayudar en actividades de la vida diaria y de ocuparse de algunas de las funciones que por sus condiciones de salud no puede seguir realizando¹⁷¹. En este sentido se evidencia que el cuidado proveído a los familiares es informal, por tanto, el cuidador familiar es la persona familiar o no que proporciona la mayor parte de los cuidados y apoyo diario a quien padece una enfermedad o requiere ayuda para el desarrollo de las actividades sin recibir remuneración económica por ello¹⁷². En la presente investigación se encuentra que todas las personas que cuidan a los ancianos están bajo una relación familiar, sobresaliendo los cuidados brindados por la hija, nieta, nuera y esposa.

Del mismo modo, se evidencian características de los cuidadores familiares como la de brindar un cuidado de forma laica, es decir, cuidadores que dan cuidado sin estar preparados para ello¹⁷³, debido a que laico es aquella persona no iniciada en una ciencia

¹⁶⁸ SÁNCHEZ, Beatriz. Dimensión espiritual del cuidado de enfermería. Un análisis de los aspectos históricos y teóricos. Op.cit. p. 29.

¹⁶⁹ HIDALGO, G María Isabel. Estado de los cuidadores principales de pacientes domiciliarios. Boletín epidemiológico de Murcia. Dirección general de salud pública. 2003; (24)6: 49.

¹⁷⁰ MORENO María Elisa, NÁDER Andrea y LÓPEZ DE MESA Clara. Relación entre las características de los cuidadores familiares de pacientes con discapacidad y la percepción de su estado de salud. Avances en Enfermería. 2004; (22)1: 27.

¹⁷¹ Ibid. p 30.

¹⁷² ESCUDERO, Bibiana. Cuidadores informales. Necesidades y ayudas. Revista ROL de Enfermería. 2001; 24 (3) p 183.

¹⁷³ PICKARD, Susan and GLENDINNING, Caroline. Comparing and contrasting the role of family carers and nurses in the domestic health care of frail older people. Health and Social Care in the Community. 2002; 10(3), p 144.

que participa activamente en ella. Otra característica del cuidador de personas con discapacidad está agrupada en un perfil: por lo general son mujeres, con relación de parentesco con su sujeto de cuidado de esposas, nueras e hijas, con una gran predominancia el rol de hijas cuidadoras^{174 175 176}. La tercera y cuarta característica corresponden a que las cuidadoras principales por lo general están en un grupo etáreo entre adultos medios y adultos mayores y no escogen voluntariamente su rol de cuidador, sino que de un momento a otro se ven involucradas con la práctica de cuidado de la persona anciana en situación de discapacidad, sin tener una preparación previa¹⁷⁷.

Por otra parte, gracias a diferentes estudios realizados para comprender la relación entre la carga de actividad del rol de cuidador y los sentimientos percibidos, como por ejemplo el realizado por Perry¹⁷⁸, que demuestra la existencia de un factor de riesgo en los cuidadores principales: la gran cantidad de sentimientos verbalizados por los cuidadores que les genera el asumir un nuevo y diferente rol, sumado a los que previamente desempeñaban, lo cual incrementa de esta manera el número de responsabilidades que de alguna forma hacen que se presente en estas personas pérdida de la privacidad, pérdida del tiempo libre, disminución de la vida social y problemas en el estado de salud¹⁷⁹.

3.5 Consideraciones sobre la relación cuidado, vejez, cronicidad, discapacidad y pobreza

La vejez, el envejecimiento y los diversos aspectos que estos eventos abarcan, han sido tema de estudios y disertaciones que intentan describir, analizar y explicar sus diferentes aspectos, pasando por lo biológico-cronológico, lo socio político y cultural. Sin embargo, aun la definición cronológica de la vejez, la forma como se envejece y el significado de este proceso son construcciones socioculturales dinámicas que varían de una época a otra, de una cultura a otra, e incluso de una persona a otra¹⁸⁰ y su análisis abarca una multiplicidad de aspectos.

¹⁷⁴ ESCUDERO, Bibiana. Cuidadores informales. Op.cit., p 187.

¹⁷⁵ LARA, Laydis. SILVEIRA, Pablo. "Síndrome del Cuidador" en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. Revista Cubana de Enfermería. La Habana 2001; (17)2

¹⁷⁶ MORIMOTO T, SCHREINER A, ASANO H. Perception of burden among family caregivers of post-stroke elderly in Japan. International Journal of Rehabilitation Research. 2001; p. 224.

¹⁷⁷ SMITH Lorraine, LAWRENCE Maggie, KERR Susan, LANGHORNE Peter, KENNEDY R Lees. Informal carers' experience of caring for stroke survivors. Journal of Advanced Nursing (impact factor: 1.48). 06/2004; 46(3):235-44. DOI:10.1111/j.1365-2648.2004.02983.x

¹⁷⁸ PERRY, Joann. Daughters Giving Care to Mothers Who Have Dementia: Mastering the 3 R's of (Re)Calling, (Re) Learning and (Re) Adjusting. Journal of Family Nursing. Vol. 10 N° 1, 2004. p 50-69.

¹⁷⁹ LADINO GIL, Lina, LADINO GIL, Yurani. Op. cit., p 32.

¹⁸⁰ TRIVIÑO S, PELCASTRE B, MÁRQUEZ M. Experiencias de Envejecimiento en el México Rural. Revista de Salud Pública México 2006; 48: 31-38. En: VARGAS ACEVEDO, Carolina Andrea. Efecto del modelo de cuidado cultural para personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza residentes en el área rural

Como fenómeno característico de la evolución, el envejecimiento se nos impone diariamente por sus consecuencias morfológicas, fisiológicas y psicológicas, afectándonos de un modo particular, las alteraciones de las funciones mentales, del comportamiento, físicas y su relación paciente – entorno – familia¹⁸¹. Así mismo, “la vulnerabilidad del anciano ante numerosos tipos de estrés se acentúa con las restricciones sociales y económicas, con el deterioro de los mecanismos biológicos de adaptación y con el debilitamiento de la eficacia y vigor de las funciones orgánicas cerebrales”¹⁸². Por otra parte, una estimulación sensorial, afectiva y social insuficiente puede reducir también el rendimiento funcional del anciano y provocar así incapacidades pasajeras o permanentes.

En este sentido, “las enfermedades crónicas cursan en el ser humano con trastornos orgánicos y funcionales”¹⁸³ que desencadenan reacciones a nivel cognitivo y físico, modificando de esta manera el estilo de vida, limitando las personas a diferentes tipos de discapacidad y enfrentándolas a la imposibilidad de satisfacer sus necesidades de desarrollo social e interacción personal con otros. Lo anterior aumenta, ya que la persona en edad avanzada, sometida al proceso de envejecimiento, impone al anciano, consecuencias morfológicas, fisiológicas y psicológicas que afectan de un modo particular las funciones mentales y de comportamiento, al igual su relación paciente – entorno – familia¹⁸⁴. Del mismo modo, la vulnerabilidad del anciano a numerosos tipos de estrés se acentúa con las restricciones sociales y económicas, con el deterioro de los mecanismos biológicos de adaptación y con el debilitamiento de las funciones orgánicas y cerebrales¹⁸⁵.

Hasta bien entrado el siglo XX, en todos los países sin excepción, los familiares de las personas mayores dependientes eran los principales responsables de que éstas recibieran los cuidados necesarios¹⁸⁶. Aunque el origen concreto de esta responsabilidad fuera distinto en las diferentes sociedades, en todos los casos intervenían motivos

del Municipio de Cáqueza Cundinamarca. Tesis presentada para optar el título de Magister en salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. 2008.

¹⁸¹ NOREÑA, Juan Camilo. Entendiendo el envejecimiento en el ser humano. Revista Colombiana de Cirugía Plástica. Hospital Universitario de la Samaritana. Octubre – noviembre 2000. Vol. 12 p 12.

¹⁸² Ibid, p 11.

¹⁸³ SÁNCHEZ, Beatriz. El cuidado de la salud de las personas que viven situaciones de enfermedad crónica en América Latina. Actual. enferm;5(1):13-16, mar. 2002.

¹⁸⁴ Ibid.

¹⁸⁵ POTTER, Patricia. Fundamentos de enfermería. Teoría y práctica. Mosby Doyma. Madrid España 1996. P. 468.

¹⁸⁶ MONTGOMERY, C. El cuidado de las personas mayores dependientes. 1999. Disponible en <http://www.zaintzea.org/documentacion/EI%20cuidado%20de%20las%20personas%20mayores%20dependientes.pdf> Consultado el 22 noviembre 2011

morales y/o económicos. En cuanto a los primeros, es necesario señalar que la mayoría de tradiciones culturales (religiosas o civiles) hacen énfasis en la responsabilidad para con la familia. Por su parte, el motivo económico que en mayor medida estimulaba a que los familiares se hicieran cargo de las personas dependientes era la herencia. En efecto, debido a que las personas mayores eran propietarias de la mayoría de activos familiares (tierras, animales, casa...), la posibilidad de heredar actuaba como un incentivo que estimulaba a los descendientes de la persona mayor dependiente a proporcionar a ésta los cuidados que necesitara. Por supuesto, los lazos emocionales que unían a los miembros de una familia también generaban, en muchas ocasiones, los incentivos para proporcionar la asistencia requerida¹⁸⁷, especialmente en la necesidad de cuidados de larga duración, que requieren actividades como ayudar a una persona mayor a comer, a vestirse o a bañarse, a afeitarse, secarse después del baño, entre otros. Así, por ejemplo, cuando una persona mayor sufre un infarto cerebral que le ocasiona una pérdida de movilidad, lo más habitual es que durante el resto de su vida requiera de la ayuda de otras personas para realizar cierto número de actividades de la vida diaria (AVDs).

Otra característica de los cuidados de larga duración es la de que pueden ser dispensados sin grandes requerimientos tecnológicos. Así, por ejemplo, para que alguien pueda ayudar a comer a una persona mayor, no se necesita tener unos conocimientos específicos ni tampoco un instrumental sofisticado. De hecho, la falta de grandes requerimientos tecnológicos, tanto humanos como materiales, posibilita que los cuidados de larga duración puedan ser provistos por los familiares de la persona dependiente. En efecto, los cuidados de larga duración no son sólo el número de horas diarias que el cuidador principal brinda para garantizar bienestar al anciano, sino que se hace referencia a los años de cuidado que dicho cuidador se ha responsabilizado del anciano con vínculo familiar, lo que permite evidenciar la sobrecarga de cuidado por tener que asumir el rol de forma continua, desmesurada, con incremento de la edad tanto del anciano que se cuida como del cuidador, nivel económico desfavorable y afectación de la percepción del cuidado¹⁸⁸.

No obstante, para los cuidadores familiares de personas ancianas es relevante tener en cuenta que en edad avanzada hay alteración de la discriminación tanto frente a los estímulos internos, como frente a los externos, lo cual se evidencia en la relación con factores ambientales, como la regulación del calor y el frío y el control de la homeostasia corporal¹⁸⁹. Lo mismo sucede con la disminución de la sensibilidad táctil relacionada con algunas enfermedades crónicas, como las neuropatías, que reducen las alarmas de dolor que son normales frente al daño, lo cual exige conceder mayor atención por parte de los

¹⁸⁷ MONTGOMERY. Ibid.

¹⁸⁸ SÁNCHEZ, Beatriz. El cuidado de la salud de las personas que viven situaciones de enfermedad crónica en América Latina. Op.cit.

¹⁸⁹ Ibid.

cuidadores¹⁹⁰ con el fin de reducir caídas, traumas, lesiones mayores, a tal punto de tener que acondicionar su vivienda, elaborar pasamanos, sillas acordes con las necesidades del anciano,¹⁹¹ dejar bastones de apoyo y adaptar la habitación del anciano mejorando el desempeño de quien se cuida.

Durante el proceso de envejecimiento aparecen limitaciones físicas y biopsicosociales dentro de las cuales podemos encontrar con mayor frecuencia: disminución de la agudeza visual y auditiva, alteración de la marcha, pérdida de control de esfínteres, lesiones en miembros inferiores por úlceras varicosas, aislamiento por la deficiencia en el movimiento, depresión, pérdida de la autonomía y de la independencia, de adaptabilidad, disfunción y discapacidad particularmente a nivel de la movilidad, las cuales son limitaciones que plantean retos y preocupaciones que recaen sobre la persona discapacitada y su cuidador principal. “En el mundo actual crecen los procesos de discapacidad y se ven potenciados en la medida en que las personas envejecen”¹⁹².

Sin embargo, según las estadísticas del DANE, 40 por ciento de las personas por encima de los 85 años requiere ayuda para su desempeño de la vida cotidiana y para el año 2050, en Colombia, la población mayor de 80 años tendrá un aumento significativo y se proyecta que tres millones de ancianos requerirán apoyo para el cuidado diario, por tanto se hace prioritario establecer estrategias que acompañen y protejan a las familias que asumen esta carga social. De igual forma, aproximadamente 80 por ciento de los ancianos mayores de 65 años tienen al menos un problema crónico de salud, lo cual demuestra un trastorno sobre el estado de movilidad y dependencia a otro individuo.¹⁹³

Sin embargo, existen otras patologías crónicas que influyen directamente sobre la discapacidad del anciano, por ejemplo, la angina de pecho¹⁹⁴ es una enfermedad de las arterias coronarias que cursa con dolor torácico, habitualmente inducido por el estrés o por el ejercicio mínimo luego de un largo periodo de sedentarismo; en la lista de los factores de riesgo se tienen historia familiar de cardiopatía, obesidad, hiperlipidemia, tabaquismo y estrés¹⁹⁵. “El tratamiento es variable, pero generalmente comprende la administración

¹⁹⁰ POTTER, Patricia. Fundamentos de enfermería. Teoría y práctica.. Op.cit. 468.

¹⁹¹ CARRASQUILLA, J. Manual del cuidador primario. Club de Alzheimer. Medellín Colombia. 2007, p. 7.

¹⁹² Ibid.

¹⁹³ DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE) Reporte preliminar del Censo Nacional, enero 2006. Bogotá Colombia. Op.cit.

¹⁹⁴ RINCÓN OSORIO F. Propuesta de guía de enfermería del paciente con infarto agudo del miocardio. Revista Actualizaciones en Enfermería. 2004; (7)4:12.

¹⁹⁵ Ibid. p.12.

de medicamentos vasodilatadores, la puesta en práctica de un plan de ejercicios, la interrupción del consumo de tabaco, la reducción de peso y el control de estrés”¹⁹⁶.

Los accidentes cerebrovasculares se producen por la oclusión de vasos que suministran sangre a una determinada porción del cerebro o la ruptura de vasos que sangran en el cerebro, con lo cual se produce una disminución del flujo sanguíneo en esa área¹⁹⁷. “Los factores de riesgo son la hipertensión, hiperlipidemia, diabetes e historia familiar”¹⁹⁸. Con lo anterior se sustenta la teoría de Carrasquilla, quien afirma que “debido a las patología de tipo coronario, se aumenta el sedentarismo y por ende el índice de adquirir atrofia de músculos del aparato locomotor, permitiendo que cada vez más el anciano dependa de algún individuo para su movilidad”¹⁹⁹.

En consecuencia, el proceso de envejecimiento en cada individuo cursa de manera diferente, por ello la patología crónica discapacitante es evidenciada con consecuencias individuales; se presentan entonces patologías muy comunes como por ejemplo de origen respiratorio, cardiovascular y cerebrovascular²⁰⁰, las cuales son las más típicas en la población anciana del área rural del Municipio de Cáqueza, con la consecuente alteración de la movilidad y de la realización de las actividades de la vida diaria, evidenciándose mayor dependencia al cuidador principal que ofrece sus cuidados en casa.

De igual manera, la implementación de trabajos hogareños, o trabajos en casa permiten mejorar la calidad de vida de los ancianos rurales que refieran alguna discapacidad y que necesiten ayuda para hacer sus actividades básicas²⁰¹. Por tanto, si la discapacidad deteriora la calidad de vida del ser humano en edad anciana²⁰², el aporte dado por el cuidador principal es valioso debido a que este cumple con la estrategia de ayuda al anciano que reside en el área rural²⁰³.

¹⁹⁶ POTTER, Patricia. Op.cit., p. 486.

¹⁹⁷ RINCÓN OSORIO F. Op.cit. p.14.

¹⁹⁸ POTTER, Patricia. Op. cit. p.488.

¹⁹⁹ CARRASQUILLA, J. Manual del Cuidador Primario. Op. cit. p. 22.

²⁰⁰ DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE) www.dane.gov.co, última consulta abril 2008.

²⁰¹ ARSLANTAS, Didem, Life quality and daily life activities of elderly people in rural areas. Eskisehir-Osmangazi University, Medical Faculty, Department of Public Health, Meselik-Eskisehir (26). 480, Turkey 2004. P 482.

²⁰² Ibid. p. 482.

²⁰³ Ibid. p. 482.

Por otra parte, “The Rotterdam Study” ha descrito el nivel de morbilidad y multimorbilidad en personas ancianas, y hace referencia a los signos y síntomas patológicos más frecuentes en este grupo poblacional, además de las enfermedades con mayor prevalencia²⁰⁴, describe que la multimorbilidad es considerado como el fenómeno común en los sujetos ancianos, usualmente crónicos, con un rango de 35 a 99 por ciento de los individuos mayores de 60 años. Hace referencia a que el anciano padece más de tres patologías de tipo crónico de manera simultánea²⁰⁵, situación que requiere de cuidados, generalmente ofrecidos por un familiar.

También se ha encontrado alta influencia de diversas religiones tanto en los ancianos como en los adultos medios, sobre la percepción de la enfermedad y la forma de adquirirla²⁰⁶, Se ha descubierto una estrecha relación entre la religión del individuo y la forma de adquirir la enfermedad, de igual forma, las maneras de tratar los síntomas y describe que la participación religiosa es la apreciación y participación que tiene el anciano con el fin de apropiarse de una religión e identificarse con la misma, posterior a esto puede solicitar al Dios supremo para obtención de su salud o recuperación de la misma.

Así mismo, cabe añadir, que debido a la gran cantidad de ancianos que se desplazan de sus hogares en el área rural hasta los hospitales en las grandes ciudades en los Estados Unidos, se crea una estrategia para mejorar la calidad de vida de los ancianos en situación de discapacidad y los recursos a sus cuidadores formales e informales²⁰⁷. Dicha estrategia consiste en adecuar un plan domiciliario de atención ambulatoria conforme con la condición de salud de los ancianos y su condición de vida en el área rural con el fin de que alcancen los mejores niveles de salud y seguridad social. En muchos casos los ancianos dejaban de asistir a sus controles médicos por las largas distancias por recorrer y por las inadecuadas rutas de acceso a las ciudades en época de lluvia y huracanes, del mismo modo, debido a las características del área rural, muchos de los ancianos dejaban de asistir a sus controles médicos por las largas distancias por recorrer y por las inadecuadas rutas de acceso, pero ahora con la incursión del plan domiciliario se redujo notablemente esta problemática²⁰⁸

Para concluir, se encuentra que las personas que han tenido mayor apoyo social y que son afectivamente sanas durante su vida (a lo largo de todo el ciclo vital humano), son

²⁰⁴ SCHRAMA, Miranda. Setting and registry characteristics affect the prevalence and nature of multimorbidity in the elderly *Journal of Clinical Epidemiology* (61) 2008. p 62.

²⁰⁵ *Ibid* p 62.

²⁰⁶ BROWN, Philip H, TIERNEY, Brian. Religion and subjective well-being among the elderly in China. *The Journal of Socio-Economics* 38 (2008) p 310- 315.

²⁰⁷ LADITKA, James N, LADITKA Sarah B. Health care access in rural areas: Evidence that hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions in the United States may increase with the level of rurality. *The Journal of Socio-Economics* (36) 2008. p 115.

²⁰⁸ LADITKA, James N, LADITKA Sarah B. *Ibid*. p 115.

aquellos ancianos que corren menor riesgo de padecer enfermedad crónica discapacitante, mientras que aquellas personas que durante su vida mantuvieron conflictos, padecieron de depresión, abandono en la niñez, baja autoestima, se evidencia que son aquellos ancianos con mayores índices de discapacidad, obesidad, desórdenes metabólicos, osteoartritis, entre otros²⁰⁹. De la misma forma se muestra que los ancianos que padecen discapacidad crónica degenerativa son “curados” debido a las prácticas religiosas que en su comunidad practican. En este sentido, es calidad de vida cuando la familia interviene en el cuidado del anciano, le aporta en el aspecto económico para la realización de las actividades de la vida diaria, como apoyo en la satisfacción de necesidades básicas y en la participación de dichas prácticas religiosas.

Sin duda, “la pobreza tiene un efecto de mayor vulnerabilidad en las personas con discapacidad”²¹⁰. De igual modo, Carrasquilla afirma que las familias con personas ancianas con discapacidad y pobreza son más susceptibles de padecer disfuncionalidad familiar, desadaptación al medio y crisis del rol. Por tanto, es una prioridad consolidar propuestas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con este tipo de familias, como una forma de reconocimiento a su aporte social y una estrategia de garantizar la salud a un grupo fundamental en el mantenimiento de la salud de una sociedad²¹¹.

3.6 El papel de la mujer en el cuidado

A partir de lo mencionado por Colliere sobre la práctica de las mujeres cuidadoras en beneficio de otros con el fin de propiciar salud²¹², se describe que el cuidado se ha generado desde el comienzo de la vida, de la relación del hombre con el dolor y de la importancia de ocuparse de la vida para que esta pueda persistir, asegurando su continuidad, la existencia y la supervivencia. Se muestra entonces que algunas manifestaciones de cuidado como por ejemplo el manejo de recursos con el fin de ordenar la distribución de productos vegetales, el momento de maduración de las plantas, el uso de las mismas para hábitos de vida cotidiana y acciones para mantener la vida con el fin de permitir al grupo reproducirse y perpetuarse, entre otros, han sido siempre encargados al género femenino por su cercanía a la naturaleza y de dar vida a otro²¹³.

En efecto, el cuidado ha permanecido desde los orígenes alrededor de la mujer, para Colliere, las actividades curativas proporcionadas se organizan principalmente en torno a

²⁰⁹ LADITKA, James N, LADITKA Sarah B. Op. cit., p 122.

²¹⁰ CARRASQUILLA, J. Op. cit., p. 27.

²¹¹ Ibid., p.14.

²¹² COLLIER, M.F. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados en Enfermería. Madrid, Mc Graw-Hill, Interamericana, 1997:26-32.

²¹³ Ibid, p. 19.

dos polos, desde el nacimiento hasta la muerte, desde las actividades de cooperación para el éxito en el alumbramiento hasta las actividades de amortajar el cuerpo sin vida; del mismo modo categoriza el cuerpo como el lugar donde se expresa la vida individual y colectiva, templo del alma que resurge y restaura gracias a los alimentos, las bebidas, emplastos, lo brindado por la naturaleza. El papel de la mujer es imprescindible en el cuidado, puesto que ella cuida por medio de su cuerpo al recién nacido²¹⁴, de esta manera alrededor del cuerpo se crean cuidados de primera necesidad como por ejemplo el proporcionar aseo, en donde se percibe la práctica de la limpieza sencilla como el conjunto de estímulos producidos por el tacto, por el contacto con el agua, por el uso de plantas sedantes, participando de un juego de relaciones entre el que recibe los cuidados y quien los presta.²¹⁵

De esta manera, en la cronicidad se evidencia que a medida que la persona enferma se hace más dependiente y requiere de más cuidados, generalmente brindado por cuidadoras, donde las acciones de las cuidadoras principales, se hacen más complejas y demandan mayor dedicación y tiempo, estos aspectos afectan la salud física y mental de los cuidadores²¹⁶, porque la enfermedad crónica y la discapacidad, hacen referencia a trastornos orgánicos y funcionales que modifican el estilo de vida, que son permanentes, multicausales y requieren de largos periodos de cuidado, tratamiento paliativo y control²¹⁷. En este orden de ideas, la forma de responder a los cambios en el estilo de vida impuestos por la enfermedad depende principalmente de los recursos para afrontarla, está determinada por la personalidad, la capacidad intelectual, el apoyo que el cuidador principal tenga para responder positivamente a limitaciones y experiencias de cuidado.

²¹⁴ COLLIER, MF. Promover la vida. Op.cit. p.22.

²¹⁵ Ibid., p. 22.

²¹⁶ STOBBER, Laura. Efectividad de una intervención de consejería para ayudar a cuidadores familiares de pacientes crónicamente enfermos. 1997. P.15

²¹⁷ SÁNCHEZ, Beatriz. Op.cit.

4. Ruta cualitativa: descripción del abordaje etnográfico de la investigación

En este capítulo se describe el marco de diseño que direcciona la investigación, están contemplados: el diseño del estudio, los criterios de inclusión, la detección y captación de los colaboradores, el abordaje cualitativo etnográfico y el análisis de la información.

4.1 Diseño del estudio

Debido a que la pregunta de investigación está encaminada a conocer los cuidados populares brindados por los cuidadores familiares a personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza en el área rural de Cáqueza, se debe enfocar el análisis de la investigación bajo el lente de la metodología cualitativa, definida por Castellanos²¹⁸ como la necesidad de adentrarme en el fenómeno de una manera holística, dado que implica explorar la subjetividad y el contexto (al tiempo que lo aprecio como un todo), algo que no lograría con una metodología de tipo cuantitativo. Del mismo modo, desde el enfoque cualitativo se analizan los datos desde la metodología etnográfica, puesto que esta exige contextualizar y comprender bajo qué circunstancias ocurre el fenómeno de interés²¹⁹, en este caso los cuidados populares.

En la actualidad se registran pocos estudios que abarquen los hallazgos que esta investigación ilustra, por tanto, el método cualitativo es empleado para explorar áreas sobre las cuales no se conoce mucho y sobre las que se procura tener un conocimiento nuevo, al igual que para obtener detalles complejos de algunos fenómenos difíciles de extraer o aprender mediante otros métodos²²⁰. De forma tal que gracias al método cualitativo en la investigación se propicia la necesidad de realizar nuevos estudios con cuidadores familiares en el área rural de Cáqueza.

²¹⁸ CASTELLANOS SORIANO, Fabiola. Comprendiendo el cuidado de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza. Op.cit. p. 106.

²¹⁹ DELGADO, Juan Manuel y GUTIÉRREZ, Juan. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Editorial Síntesis, 1999. p. 672.

²²⁰ STRAUSS, Anselm y COBIN Juliet. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Universidad de Antioquia: Contus – Editorial.

El presente estudio es descriptivo con abordaje cualitativo etnográfico. Según Walter Runciman²²¹ la especificidad de la etnografía como enfoque es la descripción, que incluye tres niveles de comprensión: el nivel primario o “reporte” que informa qué ha ocurrido (el “qué”); la “explicación” o comprensión secundaria que alude a sus causas (el “por qué”); y la descripción o comprensión terciaria que se ocupa de lo que ocurrió para sus agentes (el “cómo es” para ellos). Por consiguiente, Jacobson²²² (1991: 4-7, citado por Guber) afirma que “adoptar un enfoque etnográfico es elaborar una representación coherente de lo que piensan y dicen los nativos, de modo que esa “descripción” no es ni el mundo de los nativos, ni cómo es el mundo para ellos, sino una conclusión interpretativa que elabora el investigador”.

En este sentido, la etnografía permite “explicar que las creencias y los valores son compartidos por los participantes, que las creencias y los valores son aprendidos y que el comportamiento tiene patrones”²²³. Por lo tanto, el optar por la etnografía en su triple acepción tiene el fin de vincular la teoría y la investigación en la interpretación del fenómeno de estudio, tratando de reflejar lo que el observador vio, oyó y sintió en “el campo” frente las realidades observadas²²⁴, y favoreciendo nuevos descubrimientos producidos en el trabajo de campo y en el investigador²²⁵. Lo anterior se correlaciona con lo afirmado por Castellanos²²⁶: “En la etnografía interpretativa los textos son siempre dialógicos, en ellos siempre se identifican las voces de los colaboradores y del investigador”.

Cabe resaltar lo afirmado por Leininger, la investigación cualitativa anima a los colaboradores a compartir sus ideas, conocimientos y experiencias; lo cual permite comprender aún mejor el cuidado popular. Desde luego, por medio de la etnografía se tuvo acceso a las creencias, sentimientos, y prácticas de cuidado ofrecidos por cada uno de los cuidadores familiares debido a que se entró al lugar donde se desarrollaba la práctica dirigida a brindar cuidado a los ancianos en situación de discapacidad y pobreza, puesto que, así como lo describe Wolcott, la etnografía permite describir lo que

²²¹ RUNCIMAN, W.G. A Treatise on Social Theory. Vol. I: The Methodology of Social Theory. Cambridge: Cambridge University Press, 1983. Citado por GUBER, Rosana. La etnografía. Método, campo y reflexividad. Bogotá: Grupo editorial Norma, 2007. p. 13.

²²² JACOBSON, David. Reading Ethnography Buffalo, Suny Press. Citado por GUBER, Rosana. La etnografía. Método, campo y reflexividad. Bogotá: Grupo editorial Norma, 2007. p.15.

²²³ MORSE, Janice M. “Emerger de los datos”: los procesos cognitivos del análisis en la investigación cualitativa. En: Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2006. p. 46.

²²⁴ MARTÍNEZ MIGUÉLEZ, Miguel. Recolección de la información necesaria y suficiente. En: Ciencia y arte en la metodología cualitativa. México: Trillas, 2004. p. 89-90.

²²⁵ GUBER, La etnografía. Método, campo y reflexividad. Op.cit., p. 20.

²²⁶ CASTELLANOS SORIANO, Fabiola. Comprendiendo el cuidado de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza. Op.cit. p. 109.

las personas hacen de manera habitual y explicar los significados que dan cada uno de los entrevistados²²⁷. La etnografía ha sido objeto de diversas clasificaciones en términos de las escuelas, tipos y ámbitos, que han generado a partir de sus transformaciones y evoluciones, lo cual es más aplicable al plano de la enfermería, dado que está clasificada en cuatro subgrupos: holísticas, particulares, interseccionales y etnohistóricas²²⁸. En el caso del presente estudio en donde se pretende conocer el cuidado popular, se evidencia la influencia holística en el abordaje cualitativo.

Ahora bien, en la presente investigación se aprecia la etnografía en sus tres acepciones: enfoque, método y texto²²⁹. En la etnografía como enfoque se evidencia el cuidado popular desde la percepción de cada cuidador familiar que brinda cuidado a la persona anciana en situación de discapacidad y pobreza; en la etnografía como método se puede apreciar los hallazgos a partir de la realización de observación participante en las visitas realizadas, elaboración de diarios de campo, entrevistas a profundidad a cada colaborador e inmersión al campo para vislumbrar los conocimientos culturales en el área rural del municipio de Cáqueza; y en la etnografía como texto porque con base en los hallazgos se deja un documento donde la investigadora plasma su interpretación frente a la cultura de los cuidadores y las bases teóricas en enfermería.

Finalmente, la investigación está mediada por la reflexividad, definida por Guber como la conciencia del investigador sobre su persona y los condicionamientos sociales y políticos, género, edad, pertenencia étnica, clase social y afiliación política que suelen reconocerse como parte del proceso del conocimiento²³⁰. Por tanto, la investigadora interpreta sus hallazgos frente a los conceptos que la comunidad tiene en su propia cultura, lo que es congruente con lo afirmado por Castellanos²³¹ “la reflexividad describe la lucha entre el ser investigador y convertirse en un miembro de la cultura”.

4.2 Campo de investigación

De acuerdo con Guber (2005)²³², el campo es una cierta conjunción entre un ámbito físico, actores y actividades, que conforma la porción de lo real que se desea conocer, el

²²⁷ WOLCOTT, Harry. *Ethnography: Way of seeing*. Walnut Creek. Alta Mira Press 1999 p. 51.

²²⁸ MORSE, Janice. *Asuntos críticos de investigación cualitativa*. Universidad de Antioquia. Traducido por Eva Zimmerman, 2003.

²²⁹ CASTELLANOS SORIANO, Fabiola. *Op. cit.* p. 110.

²³⁰ GUBER, Rosana. *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Bogotá: Enciclopedia Latinoamericana de sociocultura y comunicación. Grupo editorial Norma, 2007. p.56.

²³¹ CASTELLANOS SORIANO, Fabiola. *Comprendiendo el cuidado de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza*. *Op.cit.* p. 111.

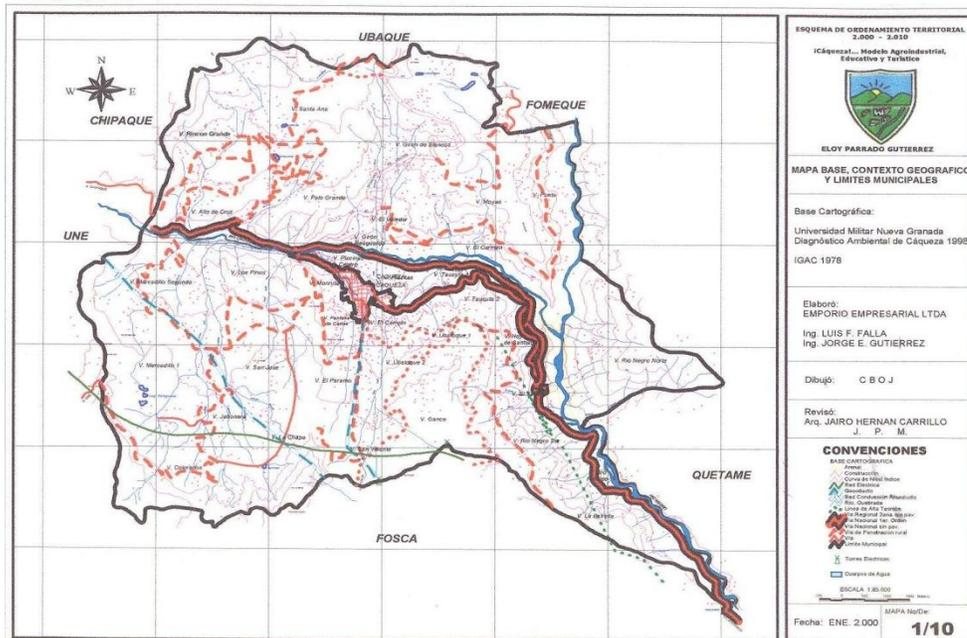
²³² GUBER, Rosana. *El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2004. p.47.

mundo natural y social en el cual se desenvuelven los grupos humanos que lo constituyen, y en consecuencia, este campo contiene la materia prima que el investigador transforma en material utilizable para la investigación. En esta investigación, el campo corresponde a nueve veredas del municipio de Cáqueza, a 12 cuidadores familiares de personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza, área rural de Cáqueza, los cuales fueron llamados colaboradores claves.

4.2.1 Municipio de Cáqueza

Cáqueza en lengua Chibcha quiere decir cercado o región sin bosque, los primitivos pobladores fueron los Gúchipas, de la nación Chibcha, dependientes del cacique Ebaque. Es un municipio del departamento de Cundinamarca (Colombia), capital de la Provincia de Oriente cundinamarqués, situado a 39 kilómetros del Área Metropolitana de Bogotá, fue fundado por el Oidor Luis Enríquez mediante la descripción legal del 23 de octubre de 1600 . Como capital de la Provincia de Oriente, se ubica en la zona central de región, por lo cual limita con seis municipios de la misma, que le favorece en el intercambio económico, cultural y social .

Figura 2. Mapa del Municipio de Cáqueza, contexto geográfico, límites municipales y vías de acceso.



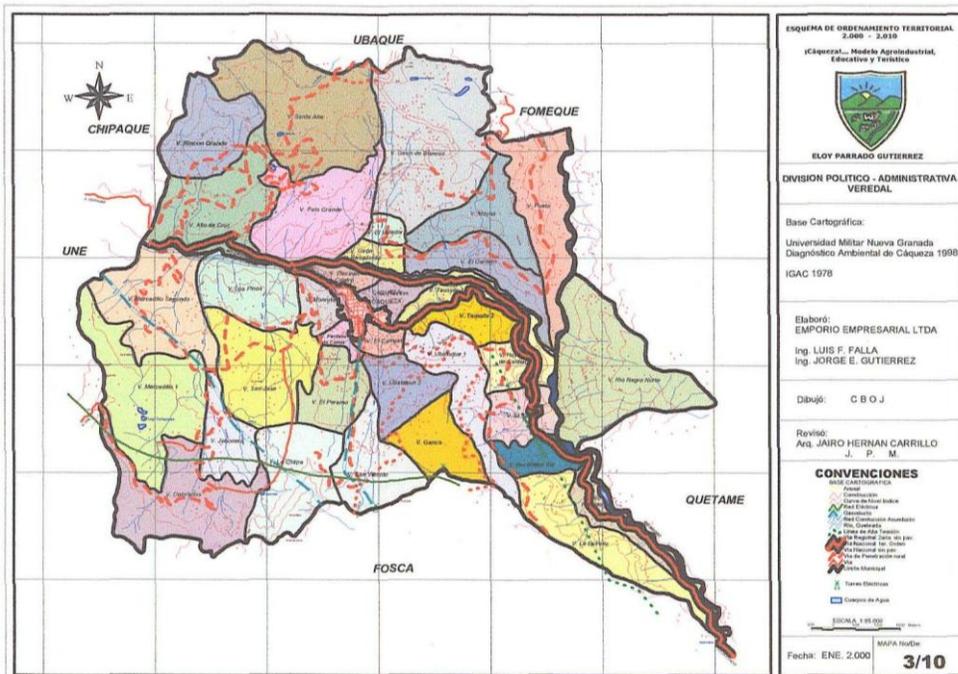
Fuente: Perfil epidemiológico de Cáqueza. Alcaldía Municipal de Cáqueza. Secretaría de desarrollo social y económico. 2008

Incluso, con el fin de facilitar las vías de acceso, en la actualidad, según el Plan de Ordenamiento Territorial (POT), se están adelantando reformas en la vía terrestre en el sector El Antojo-Cáqueza-Villavicencio, otra vía terrestre comprende el tramo Bogotá-Villavicencio, del sector Km 55 la cual compromete los municipios de Guayabetal, Quebrada Perdices, Caño Seco y Cáqueza por el costado oriental del municipio, a nivel del Km 87 vía Villavicencio. En cuanto a túneles de acceso, por la vía a Villavicencio se están adelantando obras en el tramo Bijagual – Buenavista y de El mirador, que facilita el recorrido a Cáqueza por el costado nororiental del mismo. Finalmente hay ruta de acceso por el costado suroccidental en el tramo comprendido entre Puente Real – El Antojo²³³.

El municipio de Cáqueza, tiene como misión según la última versión del Plan de Desarrollo denominado “Por la vía correcta”, conseguir el mejoramiento en la calidad de vida de cada uno de sus habitantes, siendo vendedor de óptimos servicios y promotor de desarrollo a través de la implementación de programas y proyectos que permitan lograr una autonomía fiscal y financiera, para alcanzar eficaces resultados y lograr impactos sociales que avancen en la construcción del desarrollo de sus habitantes .

²³³ INGETEC Ingenieros Consultores. Proyectos de vías terrestres y férreas en Cundinamarca. Colombia. Op.cit. p 17.

Figura 3. Mapa del Municipio de Cáqueza, división política – administrativa veredal y vías de acceso.



Fuente: Perfil epidemiológico de Cáqueza. Alcaldía Municipal de Cáqueza. Secretaría de Desarrollo Social y Económico. 2008.

Foto 1-2. Casco urbano del Municipio de Cáqueza



Fuente: Alcaldía Municipal de Cáqueza. Secretaría de Desarrollo Social y Económico.

Sobre los anteriores aspectos cabe resaltar que la Secretaría de Desarrollo Económico ha planteado estrategias con el fin de satisfacer las necesidades de salud de la población ubicada tanto en la parte urbana como rural. Sin embargo a nivel rural se evidencia que para acceder a los sistemas de salud de la región se hace necesario el traslado de quien requiere la atención médica hasta el casco urbano del Municipio para poder brindar allí el manejo médico; cada una de estas personas son trasladadas por algún miembro familiar o conocido, pero también es claro que se activó el sistema en el que se movilizaba el

personal de salud hasta el área rural con el fin de detectar deterioro de salud de aquellos a quienes no es posible trasladar hasta el servicio médico.

El plan de desarrollo del municipio, incluye cuatro dimensiones a saber:

1. “Gobernar es servir”, basado en la Dimensión social, en la cual se trabajarán los sectores de educación, salud, bienestar social, recreación y deportes, cultura y vivienda.
2. Dimensión económica, conformada por los sectores agropecuarios, de turismo y de otras producciones.
3. Dimensión ambiental, hacen parte de esta los sectores de servicios públicos, infraestructura, con el esquema del Plan de Desarrollo, medio ambiente y renovación urbana, orientado a mantener en completo bienestar el hogar.
4. Dimensión política administrativa, conformada por una estrategia financiera y una reorganización administrativa²³⁴, en la que el municipio se hace cargo de distribuir equitativamente sustento económico a cada uno de los individuos más necesitados como por ejemplo los ancianos, quienes reciben un subsidio si están en situación de discapacidad y pobreza, además de estar bajo la cobertura del SISBEN, lo cual facilita la reorganización económica interna de las familias proporcionado por el trabajo de la mujer campesina y cuidadora.

Enunciadas estas dimensiones, la social es considerada como el ente que examina los aspectos que inciden en la calidad de vida de hombres y mujeres y que están directamente relacionados con el cubrimiento de sus necesidades básicas insatisfechas²³⁵.

Paralelamente el Plan de desarrollo tiene en cuenta los servicios sociales que ofrece el Municipio a su población, determinando el déficit en cuanto a cobertura y calidad, estimando así la demanda futura de servicios, con el fin de que sean proporcionados con mayor énfasis a aquellas personas que son más vulnerables y que requieren acentuación en el cuidado. Para ello, se caracteriza la oferta institucional en los sectores de Salud y Bienestar Social, Educación, Cultura, Recreación, Deportes, Productiva y así mismo en los factores de empleo y vivienda de la población como variables que inciden sobre el nivel de calidad de vida; se encuentran entonces diversos planes como talleres y actividades lúdicas que benefician a la población de ancianos y mujeres cabeza de hogar, al realizarse con el fin de que estos cada vez estén más capacitados y puedan afrontar de mejor manera situaciones económicas adversas, estas actividades incluyen: manualidades, elaboración de comestibles para la venta, actividades culturales, mejoras para siembras, entre otros.

²³⁴ ALCALDÍA MUNICIPAL DE CÁQUEZA. Op.cit., Artículo 4. p 2.

²³⁵ Ibid. Artículo 4. p2.

Por otra parte, la dimensión social nos proporciona la información poblacional, siendo los habitantes del Municipio los directos beneficiarios de las acciones que se determinen en el Plan de Desarrollo, que establece las tendencias de crecimiento poblacional, con un índice de ancianos y niños en aumento porcentual en ambos grupos, tanto en el área urbana como rural, con el fin de proyectar escenarios futuros y prever las demandas derivadas de los procesos de desarrollo socioeconómico que inciden en el Municipio, de igual forma, la dimensión social tiene en cuenta escenarios para las mujeres, como los de participación ciudadana y encuentros que generen recursos económicos dentro del hogar.

De esta manera el Plan de Desarrollo tiene en cuenta aspectos como: distribución geográfica de la población, patrones de poblamiento, procesos de migraciones, composición por género y rangos de edad, con el fin de dar oportunidad al género femenino, que en nuestro estudio es principalmente quien tiene la responsabilidad de solventar económicamente un hogar, cuidar a los ancianos en situación de discapacidad y pobreza, brindando cuidados en muchas oportunidades permanentes, por el grado de total dependencia de las personas ancianas con discapacidad que requieren que sus cuidadoras participen en las actividades de la vida diaria, administración de medicamentos, traslado de personas para recibir asistencia médica, entre otros.

Los datos anteriores muestran las características generales del campo de la presente investigación, donde la Universidad Nacional de Colombia ha estado presente mediante el desarrollo de diversos estudios. En ese sentido, la investigadora como auxiliar de investigación del Grupo de Cuidado Cultural de la Salud, accedió al campo apoyando la realización de cuatro entrevistas a personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza, de la zona rural del Municipio de Cáqueza sobre el conocimiento en el uso de hierbas medicinales²³⁶, proceso que facilitó familiarizarse con este campo y como una forma de preparación para la inserción al mismo durante el periodo comprendido entre agosto de 2009 y marzo de 2010.

4.2.2 Colaboradores de la investigación

La decisión de trabajar con cuidadores familiares de personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza, en el área rural de Cáqueza, primero fue motivada por la participación como auxiliar de investigación en el Grupo de Cuidado Cultural de la salud, que ha fijado su interés por trabajar con las familias mestizas y afrodescendientes en situación de pobreza de contextos urbanos y rurales. El grupo ha explorado el universo popular de las personas ancianas, pero es necesario explorar las prácticas populares de los cuidadores principales y aquí está el aporte de la presente investigación.

²³⁶ MEJÍA I Luz Dary, LÓPEZ-D Alba Lucero, VELÁSQUEZ G Vilma F. Hierbas medicinales: un asunto más allá de las prácticas populares. Avances en el cuidado de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 2010. P. 385.

La observación participante se realizó mediante visita a los que se denominaron colaboradores generales: 20 cuidadores seleccionados de un listado de 60 personas con discapacidad, entregado por la alcaldía del programa de adulto mayor, los registros de esta actividad están consignados en los respectivos diarios de campo de la investigadora. De estas 60 personas se encontraron algunos que ya habían sido beneficiarios del estudio *Modelo de cuidado cultural para personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza*, por tanto se descartaron, otros no tenían deseos de participar y algunos eran menores de edad y sus padres no aceptaron firmar el consentimiento informado. De entre los 20 colaboradores generales visitados fueron seleccionados 12 colaboradores claves, que son cuidadores familiares de personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza, con quienes se profundizó la temática del cuidado popular brindado éstas, los colaboradores del estudio consiguen hablar abiertamente sobre sí mismos y acerca de su cultura.

De dicho listado se seleccionaron inicialmente unos cuidadores familiares recomendados por el programa, de acuerdo con los criterios de inclusión, luego se fueron contactando colaboradores por la estrategia de muestreo mixto²³⁷ o heterogéneo que combinó muestras casos-tipo y casos extremos; Según Hernández Sampieri, Fernández y Baptista (2010) “en ocasiones una misma investigación requiere de una estrategia de muestreo mixta que mezcle varios tipos de muestra”, en el caso del presente estudio se tomaron cuidadores de género femenino y masculino, con carga de cuidado y sin carga de cuidado, con cuidado de larga y corta data, que cuidan al anciano en las horas de la noche y del día. Cabe aclarar que a pesar de haber obtenido muestra masculina se aprecia en un mayor porcentaje a las cuidadoras de género femenino con relación al masculino. Así mismo, teniendo en cuenta el objetivo de la muestra de casos-tipo busca “la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad ni la estandarización”²³⁸, lo cual me permitió entrar en el análisis de los patrones culturales de los cuidados populares de los cuidadores principales del estudio.

Con las características de las muestras de casos extremos que según Creswell son “útiles cuando se interesa evaluar características, situaciones o fenómenos especiales, alejados de la “normalidad.”²³⁹ Los resultados mostraron las miradas particulares de los cuidadores familiares en relación con los cuidados populares que brindan a las personas ancianas en proporción al mantenimiento, protección y recuperación de la salud, según sus características individuales como el género, la edad y la condición de salud, el grado de discapacidad entre otros.

²³⁷ HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ-COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCIO, Pilar. Metodología de la investigación. 5ª ed. México: McGraw-Hill / Interamericana, 2010. p.397.p. 401.

²³⁸ Ibid. p.397.

²³⁹ CRESWELL, J, 2005. Citado por: HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ-COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCIO, Pilar. Op.cit., p.399.

Para comprender las características de los colaboradores de esta investigación, debo decir que como auxiliar de investigación entendí a la persona encargada de cuidar personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza en área rural de Cáqueza, quien proporciona la mayor parte de los cuidados y apoyo diario, teniendo una función más activa que pasiva²⁴⁰. De acuerdo con Leininger (2002)²⁴¹, hay dos tipos de colaboradores: generales y clave, los cuales se seleccionaron cuidadosamente a partir de los criterios de inclusión del estudio. Los colaboradores generales son abordados para comprender las reflexiones y las representaciones generales en la comunidad, y los colaboradores clave son los que permiten estudiar el fenómeno en profundidad por tener mayor información y apertura frente al mismo. Estos 12 colaboradores claves permitieron identificar elementos culturales generales sobre el fenómeno de estudio.

Fueron visitados los cuidadores familiares, cada uno de los 12 en sus casas ubicadas en diferentes veredas de la zona rural del municipio, mediante contacto fueron establecidas las fechas y hora de visita para hacer las entrevistas. Se realizaron los recorridos a las casas a través de caminatas y viajes en los camperos que trasladan personas por las carreteras que salen desde el “pueblo” para las diferentes veredas y en otras ocasiones a pie si la cercanía entre una y otra casa lo permitía. Estos 20 colaboradores generales eran personas de ambos sexos que brindan el cuidado popular a las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza, los cuales me facilitaron la inmersión al campo y revelaron indicios generales frente a la influencia del contexto sociocultural, pero algunos de estos no brindaron información a nivel de tema central de la investigación por tanto fueron excluidos. Fue importante establecer contacto con otros cuidadores que no habían sido visitados por la Universidad Nacional, en los momentos en que la investigadora hacía los recorridos a pie para ubicar los correspondientes al listado proporcionado con antelación por la alcaldía. Del mismo modo a medida que se visitaban, algunos cuidadores fueron facilitando los datos de ubicación de otros no visitados y que no aparecían registrados en dicho listado.

Sin embargo, luego de la realización de las visitas a los 20 colaboradores generales, y por la información recogida fueron seleccionados 12 colaboradores claves, pues algunos de los cuidadores fueron descartados porque no aportaron la información correspondiente a lo que se preguntaba, no estaban presentes el día de la cita acordada, no se animaron a hablar o su tono de voz no era adecuado para grabación de audio. Por tanto los otros 8 colaboradores generales enriquecieron al estudio al brindar información del ámbito cotidiano de cada uno de los cuidadores familiares y en la localización de nuevos cuidadores que no estaban en los listados de la alcaldía, los cuales son denominados por Guber como colaboradores porteros.

²⁴⁰ POLIT, Denise y HUNGLER, Bernadette. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, 2000. p. 25 y 676.

²⁴¹ LEININGER. Op. cit., p. 93.

A continuación se presenta en la tabla 8 el listado de colaboradores clave de la investigación con sus correspondiente edad, sexo, tipo de escolaridad, tiempo de cuidado en años, servicio de salud, relación familiar, vereda en que viven y enfermedad crónica de la persona anciana:

Tabla 8. Colaboradores claves de la investigación

Colaborador	Edad	Sexo	Escolaridad	Tiempo de cuidado en años	Servicio de salud	Relación familiar	Vereda de Procedencia	Enfermedad crónica del anciano
F01	34	F	Bachiller Incompleto	6	ARS	Nuera	Colorados	EPOC
F02	41	F	Bachiller Completo	9	ARS	Nuera	San José	ACV
F03	38	M	Primaria Completa	11	ARS	Hijo	Ubatoque	ACV
F04	29	F	Bachiller Incompleto	7	ARS	Nieta	Mercadillo	Hta Ceguera
F05	26	F	Bachiller Incompleto	6	ARS	Nieta	Los Pinos	Osteoporosis
F06	61	F	Primaria Incompleta	15	ARS	Esposa	Ubatoque	EPOC Artritis
F07	57	F	Primaria Incompleta	12	ARS	Hija	San José	DM Artritis
F08	69	F	Sin escolaridad	14	ARS	Hermana	Moyas	DM ACV
F09	63	M	Sin escolaridad	11	ARS	Esposo	El Carmen	HTA GOTA
F10	33	F	Bachiller Incompleto	6	ARS	Nuera	Pantano	ICC EPOC
F11	47	F	Técnica	12	ARS	Hija	Girón de Blancos	Artritis
F12	42	M	Bachiller Completo	9	ARS	Hijo	Jabonera	ICC DM

Fuente: Bejarano H. Tatiana A. Datos obtenidos de la investigación Cuidados populares brindados por cuidadores familiares a personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza, área rural de Cáqueza 2012.

En la tabla 8, se puede evidenciar que del total de cuidadores familiares, solo 3 corresponden al género masculino, lo que es un dato congruente con relación a lo consultado en la literatura: el cuidado es brindado en su gran mayoría por la mujer, que para el estudio es un dato representativo en las 9 restantes. En este sentido se evidencia que lo correspondiente al cuidado es brindado por 4 hijos/hijas, seguido de 3 nuera, 2 por esposos y 2 nietas y 1 hermana. A nivel de escolaridad, se evidencia que solo 4 personas tienen bachiller incompleto, seguido de bachiller completo con 3 y sin escolaridad a 2. Los datos arrojados expresan una de las razones por las cuales hay deterioro económico en el área rural, tal como afirman varios autores, son las necesidades básicas insatisfechas relacionadas con las escasas posibilidades de estudio. En lo que respecta a enfermedad crónica se tiene que 3 personas ancianas sufren de EPOC, ACV, artritis y DM, que en su gran mayoría comparten este tipo de enfermedades con otro tipo de patología.

Los colaboradores claves son cuidadores familiares que brindan cuidados a personas ancianas con discapacidad, como consecuencia de enfermedades crónicas como el edema pulmonar, hipertensión arterial con secuelas de ACV y evento coronario, catarata senil, pie diabético, exacerbación del EPOC, artritis degenerativa entre otros. Las 12 personas ancianas no podían salir solas de la casa y para el desplazamiento usaban bastón, muletas, sillas de ruedas o la ayuda física de sus familiares. Por lo general, las personas ancianas se encontraban durante las visitas en compañía de los cuidadores, apoyados de bastones y sillas rimax.

Los colaboradores claves fueron escogidos, a partir de los colaboradores generales, después de efectuar entrevistas, transcribirlas y analizar la información recolectada. La información que proporcionaron era acorde con los temas de sustento teórico de la investigación, personas que firmaron el consentimiento informado, cumplían con los criterios de inclusión como: ser cuidadoras familiares de personas ancianas en situación de discapacidad motora y pobreza, debido a que no lograban reunir en forma relativamente estable los recursos necesarios para cubrir las necesidades básicas, lo cual genera la dependencia total o parcial del cuidador familiar; residir en la zona rural del municipio de Cáqueza durante más de dos años y pertenecer a los estratos socioeconómicos 1 ó 2; el cuidador familiar podía ser pariente por consanguinidad o por afinidad de la persona anciana, ser mayor de 18 años y manifestar su voluntad de participar en el estudio.

Los cuidadores clave permitieron la saturación de la muestra, ofrecieron información acerca de su experiencia de cuidar personas ancianas en situación de discapacidad, evidenciando que la muestra estuvo adecuada cuando la saturación de los datos estuvo enriquecida²⁴². Se saturó la muestra con 12 colaboradores claves que facilitaron el conocimiento de los cuidados populares y para llegar al “entendimiento del fenómeno o saturación de categorías”²⁴³. El tamaño de la muestra en los estudios cualitativos sigue el concepto de saturación, cuando la recolección de nuevos datos no arroja ninguna luz sobre el tema objeto de la investigación²⁴⁴. Por lo tanto la investigadora analizó que la muestra final se consolidó cuando el cuidador familiar correspondiente al grupo de colaboradores clave que se estaba adicionando no aportaba información o datos novedosos²⁴⁵, lo cual permitió la saturación de las categorías para el análisis. Estos 12 cuidadores pertenecen a las veredas: Colorados, San José, Ubatoque, Mercadillo, Los Pinos, Girón de Blancos, Pantano de Carlos, La Jabonera, Moyas. Los 12 cuidadores

²⁴² ARIAS VALENCIA, María Mercedes. Triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. Archivo del portal para estudiantes. Consultado 8 de agosto 2010. Disponible en: <http://www.robertexto.com/archivo9/triangul.htm>.

²⁴³ HERNÁNDEZ, FERNÁNDEZ y BAPTISTA. Op.cit., p. 572.

²⁴⁴ GLASER, Barney & STRAUSS, Anselm (1967). The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research . New York: Aldine Publishing Company. Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1428/3027> Consultado el 23 de abril de 2011.

²⁴⁵ HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ-COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCIO, Pilar. Metodología de la investigación. Op.cit. p. 395.

familiares denominados colaboradoras clave (Tabla 8) de los casos de interés respondieron afirmativamente con los objetivos planteados en la investigación.

▪ 4.2.2.1 Criterios de inclusión

A continuación se mencionan los criterios de inclusión o características propias que deben tener los cuidadores familiares para poder asignarles la denominación de colaboradores clave:

- Cuidadores familiares de personas ancianas en situación de discapacidad motora y pobreza, que la hace dependiente total o parcialmente del cuidador principal.
- Habitaban en la zona rural del municipio de Cáqueza durante más de dos años y pertenecen a los estratos socioeconómicos 1 ó 2.
- El cuidador familiar podía ser pariente por consanguinidad o por afinidad o no de la persona anciana
- Cuidador familiar mayor de 18 años
- Manifestaron su voluntad de participar en el estudio.

4.3 Trabajo de campo y reflexividad: abordaje cualitativo etnográfico

El trabajo de campo fue un proceso largo y complejo. La investigadora llegó al municipio de Cáqueza en el año 2008, donde dio sus primeros pasos en la investigación cualitativa, apoyando al Grupo de Cuidado Cultural de la Salud, en la realización de cuatro entrevistas a personas ancianas sobre el uso de las hierbas medicinales en la zona rural, allí tuvo la oportunidad de desplazarse por varias veredas y conocer directamente la situación de las familias campesinas. Los ocho meses iniciales correspondieron a la observación participante, donde la investigadora se acercó a la Alcaldía, al programa de adulto mayor, lugar donde proporcionaron la lista de adultos mayores con discapacidad residentes en el sector rural del municipio.

Se efectuaron diversos recorridos para ubicar los 20 colaboradores generales, proceso que duró aproximadamente 90 horas, donde se dedicó tiempo ubicando el domicilio de los cuidadores, de acuerdo con los datos registrados en la lista ofrecida por la Alcaldía. Algunos fueron contactados telefónicamente para acordar cita de encuentro o la profesional encargada del programa, quien suministró datos sobre localización de los cuidadores. Algunos recorridos se hicieron a pie y otros en expresos que hacen viajes a las veredas. Se ingresó a varias casas situadas a la orilla de la carretera, donde le brindaron a la investigadora orientación para ubicar el domicilio de otros cuidadores incluidos en la lista. En este punto se analizan los largos recorridos que hacen los campesinos, muchas veces cargados con productos que llevan o traen del pueblo, los

cuales también son usados para trasladar a una persona anciana con discapacidad hasta el pueblo para ser atendida en un centro hospitalario.

Para identificar los cuidados populares ofrecidos por los cuidadores familiares a las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza en el área rural de Cáqueza, se decidió emplear la etnografía, mediante observación participante y entrevista a profundidad.

La investigadora fue entrenada por la Directora de tesis y una compañera del Grupo de Cuidado Cultural, cuando efectuó el trabajo como auxiliar de investigación. Esta experiencia facilitó la entrada al campo y la adquisición de habilidad para desplazarse por el campo y hacer el acercamiento a los cuidadores, aunque a veces la investigadora se sentía muy sola en medio del campo, especialmente cuando tuvo que recorrer trayectos a pie y ganarse la confianza de la gente para que la apoyaran en el encuentro con los cuidadores. Cada visita tuvo una duración aproximada de dos horas y en un día fueron visitados en promedio dos cuidadores, teniendo en cuenta la distancia que la investigadora debió recorrer entre uno y otro cuidador.

Para la aplicación de la reflexividad, la investigadora adoptó el rol de observador, tuvo en cuenta las labores principales de los habitantes del área rural del municipio de Cáqueza, se hizo partícipe de actividades de los cuidadores familiares propuestas por la alcaldía en la Casa de la Cultura con el fin de conocerlos, analizar sus necesidades, ganar su confianza, puesto que en su gran mayoría son personas que no expresan sus sentimientos fácilmente a extraños y esto podría ser una dificultad para la recolección de datos por parte de la investigadora.

El hecho de estar presente en las actividades permitió a la investigadora comprender el significado de ciertas palabras propias de la región que eran desconocidas y de este modo pudo aprender a relacionarse con los cuidadores familiares como si fuera una más del área rural participando con ellos en la observación y observando para participar con ellos. Por ende cada uno de los cuidadores familiares accedió a dar a conocer su reflexividad logrando finalmente en la investigadora su comprensión de características comunes del cuidado brindado por cuidadores familiares a personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza en el municipio de Cáqueza.

Para la investigadora, cada uno de los viajes al área rural del municipio hizo que en su interior analizara más a fondo la situación que viven los cuidadores familiares al tener que brindar cuidado bajo condiciones altamente difíciles como son: falta de apoyo, recursos económicos bajos, dificultad en los traslados, gran dependencia de los ancianos con respecto a su cuidador, deterioro de la enfermedad crónica, entre otros, lo cual permitió deducir y exteriorizar su admiración por cada uno de ellos, por la batalla que diariamente tienen que sortear y por el desafío que con valentía han tenido que asumir. La investigadora se da cuenta de que solo cuentan con los conocimientos adquiridos de tiempo atrás por sus madres, abuelas y vecinos o que ellos mismos han inventado; porque es lo que tienen a la mano y no les genera mayores inversiones económicas.

Posterior a la realización del análisis de los datos arrojados en las entrevistas y al darle cierre al estudio, en su vida personal, la investigadora experimentó la carga de cuidado al tener que brindarlo a su recién nacido prematuro con múltiples problemas que acarrea el nacer a las 28 semanas de gestación, experimentar en carne propia el hecho de asumir el rol de cuidadora familiar a pesar de llevar en el área asistencial más de 5 años de experiencia en UCI, unidad de quemados, urgencias, emergencias, oncología, medicina interna y otras, porque en ese momento no era la enfermera con habilidades para preparar mezclas y diluciones, ni para reanimar pacientes, era la madre que tiene que apoyarse de lo que le decían las otras madres del programa canguro para poder salvarle la vida a su bebé. La investigadora recordó y aprendió que era indispensable el uso de la bayetilla roja para protegerlo del frío, al igual que colocarle gorro y cangurarlo para evitar que perdiera calor. Mantenerle todo limpio para que no se enfermara, sus cobijas limpias, cambio de pañal, lavarme las manos, etc. Por las mañanas debía dejarlo al sol para que no se pusiera amarillito, que tenía que “darle su comidita a sus horas” lactarlo como habían dicho: cada 2 horas, no bañarlo porque perdería los pocos gramos de peso ganado. Ponerle el oxígeno a 0.5 para recuperarlo de la membrana hialina. Todo eso hizo pensar que los cuidadores familiares desempeñan la mejor función puesto que lo hacen con” amor, mucho valor, conocimiento y paciencia”²⁴⁶.

4.3.1 Observación participante

La observación participante, según Guber, consiste en integrar el equipo de colaboradores, es decir, interactuar con ellos y conversar sobre su cotidianidad, para luego tomar registro de lo que detecta en situaciones específicas con cada uno de ellos. Entonces fue importante que como investigadora mantuviera siempre la percepción ante los hechos de la vida cotidiana de cada colaborador, la forma de brindar cuidado, cómo se expresaba hacia la persona anciana, cómo estaba organizado su hogar, grado de dependencia de la persona anciana con respecto al cuidador principal, entre otros, lo cual permitía adquirir un grado de mayor confiabilidad acerca de la información obtenida.

Así pues, se hace frente en la realización simultánea de la relación observar versus participar, participar para observar, observar para participar e involucramiento versus separación²⁴⁷ y la ejecución de las entrevistas etnográficas a los cuidadores familiares tanto generales como claves. Se analiza entonces que gracias a la observación participante registrada en el diario de campo de la investigadora, se logra el objetivo de detectar situaciones reales en los que se expresan y generan los cuidados populares en su compleja articulación con el cuidado ofrecido por los cuidadores al anciano en situación de discapacidad y pobreza. En este sentido se evidencia la consignación en el diario de campo de la investigadora de las percepciones y experiencias de cada uno de los cuidadores familiares que relataban sus hechos de la vida cotidiana en su rol de

²⁴⁶ NKONGHO, Ngozi. El inventario de habilidad de cuidado. The caring ability inventory. En: STRICKLAND O, WALTZ C. Measurement of Nursing Outcomes. Vol. Foru. 1999. Op. cit. 87.

²⁴⁷ GUBER, Rosana. La etnografía. Método, campo y reflexividad. Op. cit. p.56-61.

cuidador, para luego organizar las impresiones de lo vivido y escuchado de manera sistemática y congruente.

4.3.2 Entrevista Etnográfica

Teniendo en cuenta que la realidad de un grupo es expresada a través del diálogo sobre la vida diaria y la informalidad de los comentarios de quienes brindan cuidado a personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza en el municipio de Cáqueza, se hicieron las entrevistas, previa firma del consentimiento informado (Anexo 1), las cuales fueron grabadas en medio magnético de audio, basado en lo descrito por Guber “la entrevista es una estrategia para hacer que la gente hable sobre lo que piensa, sabe y cree sobre una situación, a la cual una persona: investigador obtiene información sobre algo interrogado”²⁴⁸. La información obtenida hace referencia al sentido de los hechos, a sentimientos, opiniones y emociones de los cuidadores principales frente al brindar cuidado a las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza. Para esto la entrevista se vale de tres procedimientos: la atención flotante del investigador, la asociación libre del informante y la categorización diferida del investigador”²⁴⁹. Así, las preguntas van permitiendo el conocimiento del contexto y se fue realizando un encuentro ente los cuidadores y la investigadora.

Se empezó con preguntas norteadoras según la situación particular de cada cuidador, teniendo como soporte la información entregada por la Alcaldía sobre el programa de adulto mayor. Se entrevistó a los cuidadores familiares durante las visitas realizadas por la investigadora en cada uno de sus hogares, en su gran mayoría en presencia del anciano que cuidan. A continuación se presentan ejemplos de preguntas norteadoras:

¿Usted a quién cuida? (Nombre de la persona cuidada)

¿Qué le pasa a... (Nombre persona cuidada)?

Debido al tipo de respuesta dada por el cuidador familiar en esta pregunta, la investigadora gracias a su observación participante analiza que los cuidadores denominaban a la discapacidad en el familiar como: “verla(o) así”, por lo que incluye en su vocabulario la expresión de “verla (o) así”. En la realización de las entrevistas la investigadora logra captar que cuidar a la persona anciana es denominado por el cuidador familiar como “ver por ellos” y “estar pendiente”, de la misma manera comprende que la discapacidad en la persona anciana es considerada como “estar así”, como lo refieren las investigadoras del grupo de cuidado cultural de la salud, así que se continúa preguntando de la siguiente forma:

¿Cómo ve usted por....(nombre persona cuidada), al estar así?

²⁴⁸ Ibid., p 45.

²⁴⁹ GUBER, Rosana. El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2004. p. 138-139.

¿Cómo está usted pendiente de....(nombre persona cuidada), al estar así?

Al final se encontró que la expresión “Ver por él (ella)....” Era la expresión que agrupaba toda una serie de acciones de cuidado que ofrecen los cuidadores familiares, donde se contemplan varios aspectos relacionados como el contexto, las cualidades del cuidado, las acciones de cuidado y el valor que ellos asignan a su labor.

Lo anterior facilitó la expresión de los cuidados populares, abordados principalmente desde lo propuesto por Spector, frente al mantenimiento, protección y recuperación de la salud, teniendo la precaución de lograr la profundidad sin inducir las respuestas.

Finalmente en el proceso de retirada se hace referencia al análisis por parte de la investigadora cuando se encuentra con la muestra saturada y decide terminar con la observación participante y las entrevistas etnográficas. Se habló con cada uno de los colaboradores claves bien sea por vía telefónica o personalmente para informar que luego se presentarían los resultados del estudio en una reunión programada en la Casa Cultural del municipio, allí asistieron los cuidadores familiares para una actividad informativa programada por la Alcaldía, allí se devolvió la información a cada participante clave y al grupo de cuidadores en general, se dio las gracias por los aportes realizados y por la amabilidad con que acogieron a la investigadora.

4.3.3 Registro de datos

La investigadora hace un proceso sistemático en la realización de las visitas y entrevista a los cuidadores familiares en sus domicilios en la zona rural de Cáqueza y hace el registro en el diario de campo la observación participante con los aspectos más relevantes de la misma, con el fin de analizar de forma preliminar los datos, teniendo en cuenta los aspectos del estudio. De acuerdo con el análisis realizado con la directora de tesis es un trabajo bastante agotador, pero necesario en el proceso de recolección de datos cualitativos.

La recolección de datos tuvo lugar entre febrero de 2009 y febrero de 2011. Consistió en 26 entrevistas a 12 cuidadores familiares (51 horas de grabación) y veinte horas de observación participante en los domicilios de los cuidadores familiares. Las entrevistas a profundidad fueron acordadas previamente con los participantes. Cada entrevista tuvo una duración de entre 60 y 120 minutos y todas se hicieron en el domicilio del cuidador, en la zona rural de Cáqueza. Las entrevistas se grabaron y se transcribieron en su totalidad. Se verificó escuchando las grabaciones 2 veces y comparando con registros escritos de las transcripciones para garantizar que fueron escritos los diálogos en su totalidad.

Foto 3. Panorámica desde la carretera llegando a Cáqueza



Fuente: Tomado del archivo de la investigación: Cuidados populares brindados por cuidadores familiares a personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza, área rural de Cáqueza 2012.

Además se obtuvieron *datos en la sombra*²⁵⁰, que se obtienen de personas muy cercanas, ejemplo cuidadores secundarios, por lo general familiares, que no se identificaban como los cuidadores familiares que se encontraron al realizar la visita, y que ofrecieron datos generales diferentes a los proporcionados por el cuidador familiar. En los trece meses siguientes se efectuaron las entrevistas etnográficas y se mantuvo contacto telefónico con los colaboradores clave para obtener información complementaria.

Es importante mencionar que al mismo tiempo que se recogía información gracias a las entrevistas en medio de audio, se hacía la transcripción, dando a lugar al reconocimiento de información y la aplicabilidad para el estudio, descartando así la que no era útil para un posterior análisis de datos. Cabe resaltar que las transcripciones de la entrevistas eran discutidas con la directora de tesis, lo que permitía hacer ajustes en el contenido del documento escrito de la investigación.

En algunas entrevistas se presentaron problemas con la grabación y en el momento de realizar la transcripción no se percibía adecuadamente lo que el colaborador informaba, porque en ese momento recibía otra visita, los llamaban porque los necesitaban en la casa de algún vecino, las preguntas que se daban correspondían a temas que hacían salir a flote experiencias negativas que conllevaban llanto con posterior petición de suspender la entrevista, uso de tono de voz muy bajo o ruido de animales presentes en ese momento, lo cual no facilitaba la escucha de la opinión del colaborador. En el caso de participantes claves, se usaron los registros del diario de campo para completar la información y se corroboró la información en la siguiente visita.

²⁵⁰ MORSE J. Editorial using shadowed data. *Qualitative Health Research* 2001;11:291-292. En: DE LA CUESTA, Carmen. *Cuidado artesanal: la invención ante la adversidad* Op.cit .p39.

4.3.4 Muestreo

Según Leininger²⁵¹, el muestreo se determina por pertinencia, adecuación, conveniencia, oportunidad y disponibilidad.

La pertinencia se refiere a la selección de las cuidadoras familiares participantes clave, que aportaron al estudio y aseguraron el atributo de la información específica del fenómeno de estudio “cuidados populares”. En esta investigación participaron las cuidadoras familiares como sujetos de la investigación.

Adecuación, se refiere a la compilación u obtención de la mayor y mejor información, está se consiguió por “saturación teórica”, o sea cuando ya se ha recolectado y analizado toda la información suministrada por las cuidadoras familiares y no aparece nueva información.

Conveniencia se refiere a dos aspectos: elección del lugar, que debe ser apropiado para que las cuidadoras familiares, compartan la información objetivo de la investigación, y le permita al investigador comprender claramente la realidad que se investiga. En este caso las entrevistas se realizaron en su hábitat natural: la vivienda rural de las cuidadoras familiares,

La oportunidad se refiere a estar en el momento y lugar indicado para recolectar la información; el lugar y la hora fueron acordados con las adolescentes puérperas, una vez se realizó la captación y aceptaron participar en la investigación, previo consentimiento informado.

4.4 Análisis de datos

La recolección y el análisis de datos fueron procesos simultáneos “para evidenciar hallazgos, necesidades de verificación y finalmente lograr y verificar la saturación de la información”²⁵², “donde cada paso exige un trabajo grande de ir a la literatura y regresar al cuidador, volver a los datos para profundizar en ellos y así lograr acertar en los propósitos y objetivos propuestos”²⁵³ del estudio. Este propósito se consiguió a pesar de

²⁵¹ LEININGER, Madeleine, MCFARLAND, Marilyn. Universalidad y diversidad del cuidado cultural. Op. cit., p. 25.

²⁵² MURCIA PEÑA, Napoleón. Investigación cualitativa. Armenia: Editorial Kinesis, 2000. Citado por MELGUIZO HERRERA, Estela. Creencias y prácticas de cuidado de la salud de ancianos en situación de discapacidad y pobreza en la Comuna 9 de Cartagena. Tesis para optar al título de Doctor en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Programa de Doctorado en Enfermería, 2010. p. 74.

²⁵³ GIRALDO Clara Inés. Cuidado artesanal: la invención ante la adversidad. Presentación. Editorial Universidad de Antioquia: Facultad de Enfermería. Medellín, 2004.p.xii.

tener algunos problemas para articular las perspectivas emic y etic en la construcción de frases que abstraían lo encontrado en los datos y permitían comprender el fenómeno de estudio.

Para el análisis de datos me basé en la propuesta de Leininger²⁵⁴, de acuerdo con las cuatro fases de análisis de datos cualitativos (Figura 2), que permite seguir un análisis sistemático de datos. Las primeras dos fases de análisis de datos incluyen el registro de los datos de campo correspondientes a la Recolección y documentación de datos, Identificación y caracterización de descriptores y componentes culturales. La tercera y cuarta fase de análisis de datos requiere que el investigador identifique patrones y análisis contextual (tercera fase) y Temas culturales, formulaciones teóricas (cuarta fase)²⁵⁵. Para facilitar el proceso de análisis, los datos de los cuidadores familiares recolectados a través de la observación participante y de las entrevistas etnográficas fueron “procesados, codificados y clasificados en un programa Word para el análisis final en cada fase de análisis con temas finales”²⁵⁶.

Cuando el investigador ha delimitado su campo de observación y ha centrado la atención sobre un tema particular, el análisis ocupa casi todo su tiempo a pesar de continuar recogiendo algunos datos suplementarios²⁵⁷. Con esta claridad y seguridad, recorrí las cuatros fases propuestas por Leininger.

Tabla 9. Fases de análisis de datos cualitativos propuestos por Leininger

Cuarta Fase <i>Temas mayores, resultados de la investigación, formulaciones teóricas y recomendaciones</i> Esta es la fase más alta del análisis de datos, síntesis e interpretación. Requiere síntesis del pensamiento, configuraciones, análisis, interpretación de los resultados y formulaciones creativas de los datos de las fases previas. La tarea del investigador es abstraer y presentar los temas mayores, los resultados de la investigación, las recomendaciones y algunas veces formulaciones teóricas
Tercera Fase <i>Patrones y análisis contextual</i> Los datos son inspeccionados para descubrir la saturación de ideas y los patrones recurrentes similares o diferentes de significados, expresiones, formas estructurales, interpretaciones o explicaciones de los datos relacionados con el dominio de interés. Los datos son examinados para mostrar patrones con respecto a los significados en el contexto junto con la credibilidad de los datos y la confirmación de los resultados.

²⁵⁴ LEININGER, Part I. The Theory Of Cultura Care And The Ethnonursing Research Method. Op. cit., p. 95.

²⁵⁵ . Ibid. p. 95.

²⁵⁶ LEININGER, Part I. Op.cit., p. 95.

²⁵⁷ Ibid., p. 81.

Tabla 9. Fases de análisis de datos cualitativos propuestos por Leininger (Continuación)

<p>Segunda fase Identificación y categorización de descriptores y componentes</p>
<p>Los datos son codificados y clasificados con relación al dominio de interés y algunas preguntas. Los descriptores emic y etic son estudiados dentro del contexto para identificar similitudes y diferencias. Los componentes recurrentes son estudiados desde sus significados.</p>
<p>Primera fase Recolectar, describir y documentar los datos crudos</p>
<p>Los investigadores recolectan, describen, graban e inician la recolección de datos relacionados con el propósito, el dominio de interés o las preguntas bajo estudio. Estas fases incluyen: grabar las entrevistas de los informantes generales y los claves; hacer observaciones y las experiencias de participación; identificar los significados contextuales, hacer interpretaciones preliminares, identificar símbolos; grabar los datos relacionados con el fenómeno bajo estudio desde una perspectiva émica, pero atendiendo a los datos éticos. Los datos son condensados y la totalidad de los diarios de campo son procesados directamente en el computador.</p>

Tomado de: LEININGER, Madeleine y McFARLAND, Marilyn. *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research, and Practice*, McGraw Hill, 2002. Traducido por Fabiola Castellanos²⁵⁸, modificada para esta tesis.

A continuación se describe el proceso realizado de la siguiente manera: La primera fase comenzó desde el momento de la recolección de los datos. Registré los datos de la observación

1) *Recolección, descripción y documentación de datos*: participante en el diario de campo y de inmediato fueron digitalizados en el programa Word. De igual manera, las entrevistas etnográficas fueron grabadas y transcritas en documentos, de las cuales se efectuaron varias lecturas para comprender la conversación desarrollada con los cuidadores familiares y captar sus ideas. Se dio uso al diario de campo donde está consignada la información de todas las observaciones durante toda la investigación y por cada cuidador principal general o clave.

2) *Identificación y caracterización de descriptores y componentes culturales*: En la segunda fase, codifiqué los descriptores culturales para facilitar la comprensión de los datos y realicé la categorización a partir de dichos descriptores. Una vez listos los datos crudos en los documentos Word, se enmarcaron los descriptores culturales o “segmentos más significativos de los datos”²⁵⁹, en los cuales se identificaban algunas ideas y significados relacionados con el fenómeno de estudio desde la perspectiva emic²⁶⁰. Los

²⁵⁸ CASTELLANOS SORIANO, Fabiola. *Comprendiendo el cuidado de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza*. Op.cit., p. 140-141.

²⁵⁹ COFFEY, Amanda y ATKINSON, Paul. *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Traducido por Eva Zimmerman. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2003. p. 31.

²⁶⁰ LEININGER, Part I. Op. cit., p. 95.

descriptores y componentes culturales se construyen a partir del análisis detallado de las transcripciones elaboradas en la fase anterior. Se hace una matriz para ir ubicando los descriptores y poder construir a partir de las subcategorías las categorías (ver comentarios) y así poder comprender los datos recolectados. La elaboración de la matriz de análisis, permite fácilmente la formulación de conceptos. Los datos obtenidos en las prácticas populares fueron organizados de acuerdo con el modelo de tradiciones de salud de Spector.

3) *Análisis de patrones y contexto*: En esta fase se identifican los patrones culturales a partir de las categorías encontradas (ver comentarios). El análisis del diario de campo permitió configurar los factores de la estructura social que influye en el cuidado.

4) *Temas culturales, resultados de la investigación, formulación teórica y recomendaciones*²⁶¹: Aquí se describen los tres temas culturales que permiten finalmente completar el proceso de análisis de los datos, que fue cíclico, dinámico y a la vez muy complejo y dispendioso, debido a que muchas veces produce angustia, ansiedad, incertidumbre, por no saber a dónde se va a llegar. Este proceso permite comprender que “el proceso de análisis no debe considerarse una etapa diferente de la investigación sino una actividad reflexiva permanente que influye en toda la recolección de los datos, la redacción, la recolección adicional,²⁶² haciendo diagramas para visualizar las relaciones encontradas.

4.5 Control de riesgos

Control de sesgos del investigador. Para controlar este sesgo, la investigadora tuvo en cuenta:

- Capacitación en entrevista a profundidad, observación participante y elaboración de diario de campo en el grupo de investigación de “Cuidado cultural de la salud”
- Consulta y revisión de metodología de la investigación cualitativa y estudios en investigación cualitativa en diferentes problemas de investigación.
- Revisión de varios estudios y bibliografía en investigación descriptiva interpretativa – cualitativa.

4.5.1 Control de manejo y organización de la información.

Para controlar este riesgo la investigadora tuvo en cuenta lo siguiente:

- Se enumeraron las entrevistas grabadas, así como consentimientos informados.

²⁶¹ LEININGER, M. Culture Care Theorie. Op.cit. p. 108.

²⁶² COFFEY y ATKINSON, Op cit., p. 7.

- Las entrevistas se transcribieron fielmente a la grabación y se guardaron en un CD.

4.5.2 Control de la fidelidad de la información.

Este riesgo es controlado por el investigador a través de la transcripción completa de la entrevista en profundidad, en las 24 horas posteriores a la grabación, se analizó y se preparó la siguiente entrevista.

4.6 Rigor metodológico

Para mantener el rigor metodológico de esta investigación, se tuvo en cuenta los “criterios de credibilidad, confirmabilidad, significado de contexto, patrones recurrentes, saturación y transferibilidad”, propuesto por Madeleine Leininger²⁶³:

1. Credibilidad: da cuenta de la confianza, precisión o credibilidad de los descubrimientos que la investigadora ha encontrado y que han sido establecidos entre la investigadora y los colaboradores, en este caso los cuidadores familiares a través del diálogo sobre sus experiencias y conocimiento del fenómeno²⁶⁴. Es así como esta investigación tiene resultados verdaderos y reales sustentados en las entrevistas grabadas, transcritas textualmente y la objetividad de la investigadora al analizar los datos con la directora de tesis.
2. Confirmabilidad: es la evidencia repetida y documentada en gran parte de las cuidadoras familiares observadas y de los datos con repetidas explicaciones de los datos a partir de las cuidadoras familiares sobre la comprensión del cuidado brindado a su familiar anciano con discapacidad. La confirmabilidad reafirma lo que la investigadora ha encontrado con respecto al fenómeno de estudio. Por lo tanto la investigadora fue neutral en la interpretación y análisis de la información, este proceso fue revisado de manera constante y rigurosa por la directora de tesis.
3. Significado en contexto: son los hallazgos que resultan comprensibles con significados relevantes para los cuidares familiares estudiadas en ambientes diferentes o similares²⁶⁵. Este criterio se enfoca en la significancia de las interpenetraciones y entendimientos de las acciones, símbolos, eventos, comunicaciones y otras actividades de las cuidadoras dentro de contextos totales o específicos en los cuales algo ocurrió o pasó.
4. Patrones recurrentes: son las instancias, series de sucesos, experiencias repetidas que tienden a ocurrir en un periodo de tiempo en formas y contextos designados.

²⁶³ LEININGER, Madeleine y MCFARLAND, Marilyn. Universalidad y diversidad del cuidado cultural. Op. cit., p. 32 y 33.

²⁶⁴ Ibid. p. 33.

²⁶⁵ Ibid. p. 33.

“Las experiencias, expresiones, eventos o actividades repetidas que reflejan patrones de comportamiento secuenciales identificables en el tiempo son usados para sustituir este criterio”²⁶⁶.

5. Saturación se refiere a “incorporar” los significados, en forma completa, comprensiva y exhaustiva, de toda la información que pudo generalmente ser conocida o comprendida sobre el cuidado que ellas realizan como cuidadoras familiares que participaron en la investigación. Saturación quiere decir que la investigadora ha realizado una exploración completa del fenómeno de estudio y no se encuentran datos o conocimientos adicionales de los cuidadores familiares y éstos manifiestan y se observa que no hay más para ofrecer dado que han dicho o compartido todo. Los datos revelan duplicaciones de contenido con ideas, significados, experiencias, descripciones y otras expresiones similares desde los cuidadores familiares. En la investigación se dio cuando se recolectó y analizó toda la información suministrada por los cuidadores familiares y que no aportaba algo diferente a los hallazgos anteriores.
6. Transferibilidad: es cuando los hallazgos pueden ser transferidos a otro contexto o situación similar y aún preservan significados, interpretaciones e inferencias particularizadas del estudio completo. “Dentro de la meta de la investigación cualitativa no está el propósito de producir generalizaciones sino de obtener conocimiento a profundidad de un estudio particular, este criterio busca cualquier similitud en los hallazgos bajo condiciones ambientales, contextos o circunstancias similares que uno pudiera hacer desde los hallazgos”²⁶⁷. Fue responsabilidad de la investigadora establecer este criterio que pudo ser logrado en un nuevo contexto de investigación. Por tanto se describen objetivamente los cuidados populares brindados por las cuidadoras familiares y su contexto para ofrecer la posibilidad de extender los resultados a otros grupos, de contextos y características similares.

4.7 Validez y veracidad del estudio

La validez y veracidad de los estudios cualitativos se construye desde el momento de recolectar los datos, la forma de manejarlos y analizarlos, proceso seguido de cerca por la directora de tesis que insistió en el rigor científico del mismo. Para garantizar la validez cualitativa del estudio se tuvo especial cuidado en la recolección de datos de manera abierta, permitiendo al cuidador familiar expresar libremente sus ideas y experiencias frente al cuidado ofrecido a las personas ancianas, se pretende buscar su punto de vista escuchando y grabando lo que decía, se revisó minuciosamente junto con la directora de tesis las transcripciones de las entrevistas para garantizar su veracidad. La recolección secuencial, lograda en dos entrevistas a cada cuidador, permitió usar el análisis emergente para dirigir la recolección de datos.

²⁶⁶ LEININGER, Madeleine y MCFARLAND, Marilyn. Universalidad y diversidad del cuidado cultural. Op. cit., p. 32 y 33.

²⁶⁷ Ibid. p. 32.

Con el fin de maximizar la validez de los datos, en marzo del presente año se presentaron los análisis del estudio a los participantes y también al grupo de cuidadores beneficiarios del programa de adulto mayor que participan con la Universidad Nacional. Durante el encuentro, posterior a la presentación los cuidadores familiares hicieron observaciones de acuerdo con su perspectiva de cuidado, dando lugar a la retroalimentación para refinar el análisis.

En este mismo mes, con el fin de maximizar la validez de los datos, se verifican los datos a través de una nueva visita al campo de investigación. Se tuvo la oportunidad de estar presente durante la realización de un taller de cuidadores de personas ancianas del grupo de cuidado cultural de la salud, en la casa de la cultura, liderado por la profesora Vilma Velásquez. Allí encontré diez de los colaboradores claves (80% correspondiente) de la investigación, espacio que me permitió abordarlos de manera individual, para presentarles los resultados del estudio, a los cuales respondieron de forma afirmativa que si coincidían la información final recolectada con lo que ellos pensaban, sentían y creían trayendo a colación lo mencionado por Guber de su experiencia con las entrevistas.

Posterior a esto se reunieron tanto los cuidadores claves como el grupo general y se presentaron los resultados, siendo aprobados por el grupo en general en un espacio dentro de la casa de la cultura. Esta dinámica permitió la verificación de los resultados, los cuales son presentados a continuación en el siguiente capítulo.

Finalmente, se mencionan en la investigación los siguientes mecanismos: la **veracidad** de la información que se recoja y emita, las grabaciones de las entrevistas y la conservación de los formatos utilizados en la investigación serán evidencias de este principio de no maleficencia, el cual será explicado más adelante. En ese mismo sentido a los documentos que surjan de la presente investigación, se les garantizará también el principio de **fidelidad**, por lo que estos documentos, registros, instrumentos, actas de reuniones serán custodiados de forma segura por la investigadora, preservando la confidencialidad de la información y el anonimato de los participantes.

4.8 Aspectos éticos de la investigación

Se ajusta a la Resolución No 008430, de 1993, del Ministerio de Salud, referente a las “Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”. Esta propuesta que es un programa para promover la salud es clasificada sin riesgo²⁶⁸ y cumple con lo estipulado en su Artículo 4, en relación a la generación de conocimiento que contribuya a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y al control de los problemas de salud de la población objeto del estudio.

²⁶⁸ COLOMBIA. Ministerio de Salud. Resolución 008430 por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.

Teniendo en cuenta que la presente investigación trata con seres humanos, es necesario presentar el consentimiento informado por escrito de los sujetos de investigación (ver anexo 1), después de haber informado sobre los objetivos del estudio. Dicho consentimiento está ajustado a los requisitos que se establecen en el Artículo 15 de la Resolución 8430 de 1993 y al cumplimiento de los requerimientos del artículo 6 de la resolución en mención, el Código de Núremberg y el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). De igual manera lo enuncia la responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia en la Ley 911/2004 en su capítulo IV artículo 29 “En los procesos de investigación en que el profesional de enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental. Los datos se recogieron de común acuerdo con las fechas propuestas por los cuidadores familiares.

Teniendo en cuenta las pautas internacionales para la evaluación ética de los estudios epidemiológicos (CIOMS en colaboración con la OMS, 1991) esta investigación cumple con los cuatro principios éticos básicos, *el respeto por las personas, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia.*

El respeto por las personas incorpora al menos otros dos principios éticos fundamentales, a saber: a) **La autonomía**, que exige que a las personas que estén en condiciones de deliberar acerca de sus metas personales se les respete su capacidad de autodeterminación, por tanto se permitió la autonomía a cada uno de los cuidadores familiares al brindarles la libertad para que expresaran sus emociones. Del mismo modo los participantes podrán decidir libremente su participación en estudio, además se aclarará que ellos pueden retirarse del mismo de forma libre y autónoma. Se informará a los participantes los objetivos e importancia del estudio, la importancia de la lectura y firma del consentimiento informado. b) **La protección de las personas cuya autonomía está menoscabada o disminuida**, lo que requiere que a quienes sean dependientes o vulnerables se los proteja contra daños o abuso.

La búsqueda del bien es la obligación ética de lograr los máximos beneficios posibles y de reducir al mínimo la posibilidad de daños e injusticias. Este principio da origen a normas que exigen que los riesgos de la investigación sean razonables frente a los beneficios previstos, que la investigación esté bien concebida, donde los investigadores sean competentes para llevar cabo la investigación y para garantizar el bienestar de los que participan en ella.

La no maleficencia ("No hagas daño") ocupa un lugar preponderante y protege contra daños evitables a los participantes en la investigación, se hará en coordinación con el Hospital San Rafael, por si llegase a presentar alguna situación que demandara los servicios del mismo. La investigadora principal como estudiante de maestría fue capacitada y entrenada en entrevistas etnográficas en el semillero de cuidado cultural de

la salud y tiene capacidad de intervenir, orientar a los integrantes del estudio a las instituciones o través de las intervenciones educativas, en caso necesario.

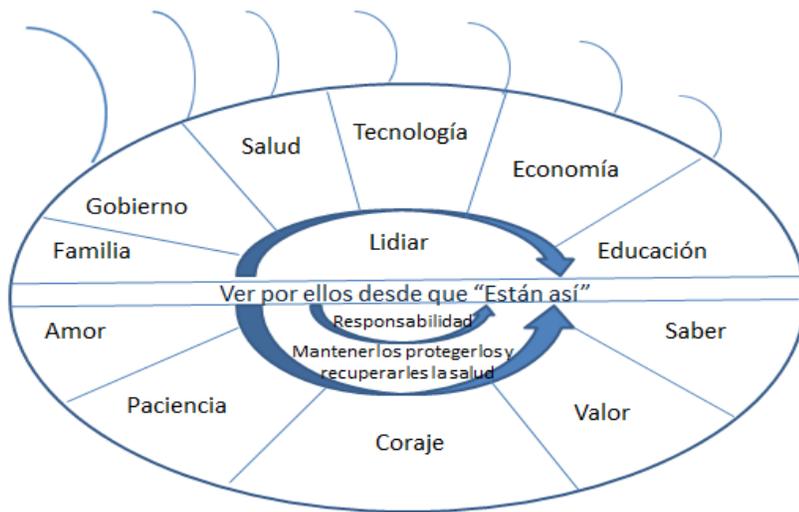
*La justicia exige que los casos considerados similares se traten de manera similar, y que los casos considerados diferentes se traten de tal forma que se reconozca la diferencia. Cuando se aplica el principio de la justicia a personas dependientes o vulnerables, su aspecto más importante son las reglas de la *justicia distributiva*.*

5.El ojo del cuidado popular brindado por los cuidadores familiares de personas ancianas

En este capítulo se presentan los hallazgos y discusión de los resultados encontrados en la investigación. Como resultado de la reflexibilidad de los resultados, el Ojo del Cuidado Popular (figura 4), permite comprender en forma integral lo que los cuidadores familiares conciben por cuidado a su familiar, manifestado, como el “**Ver por ellos desde que están así**”, tema cultural presentado en la tabla 10. Lo que implica en primer lugar, el patrón cultural: Lo que implica la responsabilidad de **estar pendiente, que le nace a uno y requiere de mucho amor, valor, paciencia, coraje y de un saber**; en segundo lugar, el patrón cultural que refleja los cuidados populares brindados por los cuidadores familiares para mantener, proteger o recuperar la salud: **Procuramos mantenerlos bien, protegerlos para que no se enfermen más y utilizar ayudas a las que les tenemos fe**; en tercer lugar, el patrón que refiere la influencia del contexto social sobre dichos cuidados: **Lo duro de lidiarlos con escasos recursos de la familia y del gobierno, lo que sabemos y nos han enseñado**, que demuestra como el cuidado popular en la zona rural, es ejercido principalmente por cuidadoras familiares, que “lidian” diariamente con un contexto de pobreza para el cuidado del familiar y finalmente el patrón cultural de **Ver por ellos todo el tiempo**, señala como este cuidado demanda mucho tiempo, que es invisible, continuo y permanente. Esta invisibilidad se puede atribuir al carácter femenino y doméstico del cuidado: un trabajo de mujeres, natural y socialmente esperado²⁶⁹.

²⁶⁹ DE LA CUESTA BENJUMEA, Carmen. Cuidado artesanal: La invención ante la adversidad. Op. cit. p. 10.

Figura 4. El Ojo del Cuidado Popular



Fuente: Bejarano H Tatiana A. Datos obtenidos de la investigación Cuidados populares brindados por cuidadores familiares a personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza, área rural de Cáqueza 2012.

Tabla 10. Patrones del tema cultural

CATEGORÍAS	PATRONES CULTURALES	TEMA CULTURAL
La responsabilidad de estar pendiente con paciencia y coraje	La responsabilidad de estar pendiente desde que “está así”, con amor, valor, paciencia, coraje y lo que sabemos.	Ver por ellos desde que “están así”.
Cuidar es algo que le nace a uno con amor y valor		
Hay saberes para ver por el familiar que “está así”		
Procuramos mantenerlos bien, ayudándolos en las actividades de la vida diaria y cuidando sus pertenencias con sabiduría	Procuramos mantenerlos bien, protegerlos para que no se enfermen más y utilizar ayudas a las que les tenemos fe.	
Preferible cuidarlo a que se enferme más		
Utilizamos ayudas a las que les tenemos fe, para mejorar su salud		

Tabla 10. Patrones del tema cultural (Continuación)

CATEGORÍAS	PATRONES CULTURALES	TEMA CULTURAL
Lidiar para subsistir con pocos recursos, pocas ayudas del gobierno y del sistema de salud	Lo duro de lidiar con escasos recursos de la familia y del gobierno, lo que sabemos y nos han enseñado.	
Lo duro de lidiarlos diariamente sin ayuda de la familia y escasos recursos tecnológicos		
Lidiar con lo que sabemos y lo que nos han enseñado		
Ver por ellos todo el tiempo		
Pido ayuda a Dios para saber cómo lidiar		
Un castigo grave, lidiar con ellos estando así y uno enfermo		
Un castigo grave es ver por ellos estando así y uno enfermo.		

Fuente: Bejarano H. Tatiana A. Datos obtenidos de la investigación Cuidados populares brindados por cuidadores familiares a personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza, área rural de Cáqueza 2012.

Tema cultural: VER POR ELLOS DESDE QUE “ESTÁN ASÍ”

A continuación se presentan los patrones correspondientes al tema cultural. Así mismo se describen cada una de las categorías y subcategorías de dichos patrones con el fin de conocer el cuidado popular brindado a las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza.

Los hallazgos de la presente investigación permiten identificar que la forma más representativa por parte de los cuidadores para denominar la situación de discapacidad en el anciano que cuidan es “estar así”. Aquí se entrelazan las cargas que son relacionadas con las penas, los males (como denominan ellos a las enfermedades), la dificultad para salir solo de su casa, sobrellevando la edad avanzada, bajo el agravante de la pobreza.

5.1 Patrón No. 1: La responsabilidad de estar pendiente desde que “está así”, con amor, valor, paciencia, coraje y lo que sabemos

“Lo que uno más necesita, es que a uno le nazca estar pendiente, porque eso no debe ser obligación, sino que a uno le nazca con amor y aceptarlo hacer, si, con paciencia, valor pa’ hacer las cosas y tiempo, tiempo pa’ ayudarle a ella.” F04EC

“Siempre estoy pendiente de ella... desde que está así... acompañándola, pendiente que no le falte nada” F02EB

Estas afirmaciones se refieren a la acción de “Estar pendiente”, que denota la responsabilidad o preocupación que tienen los cuidadores familiares por el cuidado de su familiar enfermo y es sustentado como la forma en que se brinda atención para apoyar las necesidades del anciano que se cuida. Denota una preocupación para que las personas ancianas se “sientan bien” y en varias oportunidades se convierte en una razón de ser del cuidador. A continuación se describen los patrones culturales: La responsabilidad de estar pendiente con paciencia y coraje y cuidar es algo que le nace a uno con amor y valor (Tabla 11). Estar pendiente es “Que pone mucha atención en una persona o una cosa o se preocupa mucho por ella”²⁷⁰: Cuidar es “poner interés y esmero en la ejecución de algo”, “asistir a alguien que lo necesita”²⁷¹, mientras que responsabilidad: “cumplimiento de las obligaciones, o cuidado al hacer o decir algo”²⁷². Para el cuidador familiar es clave amparar al anciano que cuida bajo la responsabilidad de estar pendiente con paciencia y coraje.

Conforman este patrón dos categorías: 1. Estar pendiente es una responsabilidad que requiere paciencia y coraje. 2. Para cuidarlos hay que tener coraje. Los cuidadores pueden en ocasiones sentirse tristes por la carga de responsabilidad diaria frente al cuidado, pero siempre hay una fuerza interna que los ayuda a no caer²⁷³. En el caso particular de esta investigación, los cuidadores familiares hacen referencia a la disposición para el cuidado gracias al coraje del que cada uno dispone para poder continuar con su rol de cuidador. Del mismo modo, la función del rol tiene que ver con el papel que desempeña una persona en la sociedad caracterizado por un factor personal mediado por su carácter y demostrado por la paciencia al realizar las actividades.²⁷⁴ 3. Hay saberes para ver por el familiar, lo cual implica tener un conocimiento previo heredado de generación en generación, propio de su región: el área rural del municipio de Cáqueza.

5.1.1 Categoría No. 1: La responsabilidad de estar pendiente con paciencia y coraje

“...Es una responsabilidad, primero que todo porque es mi mamá y porque uno debe cuidar a sus padres así como ellos nos cuidaron a nosotros...” F09EB

²⁷⁰ The Free Dictionary. Consultado en : <http://es.thefreedictionary.com/lidiar> 26 de abril de 2012.

²⁷¹ Diccionario de la lengua española. Consultado en: <http://www.wordreference.com> 26 de abril de 2012.

²⁷² <http://www.wordreference.com>

²⁷³ MORENO, NÁDER y LÓPEZ. Relación entre las características... Op.cit: p 30.

²⁷⁴ Ibid. p.29.

“Estar pendiente de lo uno, que le hizo falta lo de esto, que hay que tráele lo otro, toca... uno estar ahí, con paciencia...” F06EC

“Coraje, esos si se necesita, porque con él hay que estar... mirando que se hace” F03EB

“Eso le toca a uno no afligirse sino echarse coraje porque imagínese todo lo que hay por hacer” F12EC

La paciencia es un elemento clave que guía al cuidador principal para atender a la persona anciana con discapacidad. La paciencia se adquiere con el tiempo y es altamente valorada por los cuidadores, es un atributo que se adquiere a medida que se cuida al anciano, aquí se resalta la importancia de cuidar a sus padres debido a que ellos los han cuidado (a los cuidadores) desde cuando estaban pequeños, con mucha paciencia y dedicación de tiempo. Tiene su origen en las experiencias del mundo de la vida, y son analizadas a partir de la experiencia de cada cuidador, que dan una sensibilidad para cuidar nuestra vida y la de nuestros semejantes. Antes de ser una obligación, es una responsabilidad, se presenta como un valor fundamental, es decir como un recurso de humanización²⁷⁵ del cuidado.

Por otra parte, se percibe que los cuidadores familiares se revisten de coraje, una fortaleza que los impulsa a continuar con su quehacer cotidiano, además de brindar cuidado a la persona anciana en situación de discapacidad. Es el motor con el cual viven día tras día en el área rural, es lo que los empuja a seguir cuidando al anciano sin importar las adversidades cotidianas²⁷⁶.

5.1.2 Categoría No. 2: Cuidar es algo que le nace a uno con amor y valor

“Lo que uno más necesita es que a uno le nazca, porque eso no debe ser obligación, sino que a uno le nazca con amor y hacerlo, así....Porque la quiero, porque es mi mamá, eso es lo que me motiva. Con el amor es suficiente... con mucho amor y valor ”

F01EB

“Valor, porque qué más’... mucho valor pa’ cuidarla” F02EC

Querer mucho al familiar es un sentimiento importante para asumir la responsabilidad de cuidar. Cuidar a otro no requiere de ningún conocimiento ni capacitación, solo basta con

²⁷⁵ HOYOS V, Guillermo. Ética ciudadana con énfasis en género. En: Cuidado de la vida. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Cátedra Manuel Ancizar. Diciembre 2006. p.60.

²⁷⁶ VEGA, Olga Marina. Habilidad del cuidado de los cuidadores primarios de adultos discapacitados por enfermedad cerebrovascular del Norte de Santander. Trabajo de grado para optar el título de Magister en Enfermería con énfasis en Cuidado al paciente crónico. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2005. p. 74

hacerlo de corazón, de esta manera los cuidados ofrecidos por las mujeres han estado vinculados con la preservación de la vida. Romero afirma que “el cuidado tiene sus raíces en el afecto, en lo mágico, lo religioso, lo histórico-social y lo femenino²⁷⁷. Valoración que se da al gusto de cuidar, ya que este nace con la persona. El cuidador se siente bien, no percibe el cuidado como obligación sino como una cualidad con la que se nace. Esto no solo se da con el cuidado hacia un familiar sino que también es para cualquier otra persona que necesite del cuidado. Este valor está ligado a “se nace para cuidar” ya que también para este, el componente de sentimiento de amor se conjuga para fortalecer el valor del cuidado. Valor es el resultado de la interpretación que hace el cuidador de la utilidad, deseo, importancia de cuidar, para hacer frente a la situación de discapacidad del familiar, el valor da la fuerza para enfrentar la situación cotidiana de cuidar.

Así mismo, el valor para cuidar se obtiene de experiencias del pasado, ser sensible y estar abierto a las necesidades del presente,²⁷⁸ tal como lo menciona la doctora NKongho en el inventario de la habilidad de cuidado, en donde además se expresa que el amor está relacionado por el vínculo estable con el otro²⁷⁹.

De esta manera, el “estar pendiente”, para los cuidadores principales rurales de Cáqueza, está caracterizado por la “responsabilidad”, considerada esta como “un valor que está en la conciencia de la persona, que le permite reflexionar, administrar, orientar y valorar las consecuencias de sus actos, siempre en el plano de lo moral²⁸⁰, es la energía con la que “nace la persona” para mejorar el bienestar, de quien se cuida y que a su vez solo es posible si se actúa bajo el amor, valor, paciencia y coraje (Figura 5). Se aprecia en esta figura que para el cuidador el centro de su cuidado es “estar pendiente” de la persona anciana con discapacidad, para ello cuenta con los factores del inventario de la habilidad del cuidado propuestos por Nkongho para poder ofrecer el cuidado popular en el área rural. La línea punteada que divide cada factor se presenta de esta forma debido a que estos emergen entre sí y ninguno está dado por sí solo.

5.1.3 Categoría No. 3: Hay saberes para ver por el familiar que “está así”

“Ver por ella, lo aprendí desde chico, mi abuelita también estuvo así, eso es lo que más usamos y lo manejamos así...” F03EB

²⁷⁷ Romero, M.N. La mujer como cuidadora en la historia de la enfermería. En Avances de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Bogotá. 2000; (18)2: 31.

²⁷⁸ NKONGHO, Ngozi. Inventario de la habilidad de cuidado. Op.cit. p. 12.

²⁷⁹ Ibid., p. 12.

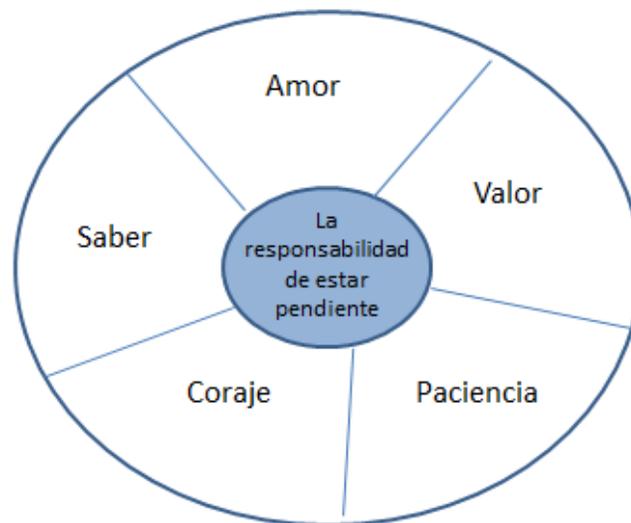
²⁸⁰ WIKIPEDIA. Enciclopedia libre. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Responsabilidad>, consultada: mayo 1 de 2012.

“Pues yo miraba a mi mamá y ella me enseñaba a cuidar a mi abuelita cuando estaba así” F01EB

Pues yo creo que sí porque de todas maneras yo como desde hace tiempos cuando estaba mi abuelita, la mamá de mi mamá, ella también era enfermita y yo me iba pa ‘llá a ver por ella y todo, entonces yo ya sé cómo es para un enfermo como es eso de cuidala” F06EB

En esta categoría se evidencia que el rol de cuidador existe a partir de su relación con el otro, adquisición de conocimientos, implica asumir una nueva posición social, con lo cual requiere un proceso de aprendizaje y conocimientos, así sean adquiridos con anterioridad²⁸¹. Lo cual hace establecer reciprocidad entre los conocimientos heredados de generación en generación y los aplicados en la actualidad por los cuidadores familiares a los ancianos en situación de discapacidad y pobreza.

Figura 5. El cuidado popular como la responsabilidad de “Estar pendiente”



Fuente: Bejarano H Tatiana A. Datos obtenidos de la investigación Cuidados populares brindados por cuidadores familiares a personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza, área rural de Cáqueza 2012.

Los dos patrones culturales dejan ver las particulares del cuidado de los cuidadores principales, corresponde a la mirada particular del cuidador familiar, donde el cuidado es vivido en íntima relación con la naturaleza amorosa, se efectúa en una relación de reciprocidad²⁸², entre el cuidador y su familiar. Para Romero²⁸³ el amor brindado al sujeto

²⁸¹ MORENO, NÁDER y LÓPEZ. Relación entre las características de los cuidadores... Op. cit. p. 29.

²⁸² COLLIER, M.F. Promover la vida. Op.cit. p.26-32.

²⁸³ ROMERO, M.N. La mujer como cuidadora en la historia de la enfermería. Op. cit. p. 31.

de cuidado está relacionado por su relación afectiva con este, lo cual se evidencia al encontrar que los cuidadores familiares están dentro del grupo o núcleo familiar del anciano con discapacidad.

Cobra relevancia el hecho de que se cuente con una habilidad o competencia que les facilite realizar esta función y que no debe ser tomada como una obligación sino como un acto que fluye porque se cuenta con el don o como una actividad que a cada uno le nace hacer. Así pues, la capacidad de tener coraje se debe adquirir en el momento de cuidar a una persona anciana, si se cuenta con coraje se hace cualquier cosa en beneficio del viejo discapacitado. Del mismo modo para los cuidadores el cuidado se brinda no como si fuera obligación; sino de manera responsable y humanizada, de este modo, los cuidadores tratan de cuidar a su familiar hasta el final.

5.2 Patrón No. 2: Procuramos mantenerlos bien, protegerlos para que no se enfermen más y utilizar ayudas a las que les tenemos fe.

En este subcapítulo se presenta el segundo patrón cultural: *Procuramos mantenerlos bien, protegerlos para que no se enfermen y utilizar ayudas a las que les tenemos fe* (Tabla 12), distribuido en tres categorías: 1. Procuramos mantenerlos bien, ayudándolos en las actividades de la vida diaria y cuidando sus pertenencias con sabiduría. 2. Preferible cuidarla a que se enferme y 3. Con diferentes ayudas a las que les tenemos fe, mejoramos su salud. Este patrón cultural expresa el elemento central del estudio como son los cuidados populares brindados por cuidadores familiares a personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza, del área rural de Cáqueza.

Del mismo modo, se presenta en este patrón cultural el mantenimiento, protección y recuperación de acuerdo con las nueve facetas propuestas por Spector en su estudio realizado con estudiantes de diferentes grupos étnicos en el mundo. Se analiza que esta investigación adelantada en el área rural del municipio de Cáqueza es de vital importancia porque destaca el conocimiento heredado tradicionalmente y que hoy en día se ve reflejado en los cuidados populares ofrecidos por cada uno de los cuidadores familiares. Como se indica en el título de este segundo tema cultural, se basa en el modelo de tradiciones de salud de Spector, a continuación se demuestran las categorías y patrones del mismo:

Tabla 11. Subcategorías, categorías del patrón cultural: Procuramos mantenerlos bien, protegerlos para que no se enfermen más y utilizar ayudas a las que les tenemos fe.

SUBCATEGORÍAS	CATEGORÍAS CULTURALES	PATRÓN CULTURAL
Estamos pendientes de su comida	Procuramos mantenerlos bien, ayudándolos en las actividades de la vida diaria y cuidando sus pertenencias con sabiduría	Procuramos mantenerlos bien, protegerlos para que no se enfermen más y utilizar ayudas a las que les tenemos fe.
Nos preocupamos por asearlos, vestirlos y sacarlos al sol		
Para que estén tranquilos los acompañamos, les hablamos, los distraemos y cuidamos sus pertenencias		
Se pide sabiduría a Dios para saber cómo cuidarlos		
Evitar que se caigan	Protegerlos para que no se enfermen más	
Evitar que se enfermen más		
Evitar visitas de algunas personas con sentimientos negativos		
Evitar visitas de personas con enfermedades contagiosas		
Siempre hay una protección Divina	Utilizamos ayudas a las que les tenemos fe, para mejorar su salud.	
Nos dejamos ayudar de médicos, homeópatas y yerbateros		
Utilizamos diferentes formas de tratamientos para mejorarlos		

Fuente: Bejarano H Tatiana A. Datos obtenidos de la investigación Cuidados populares brindados por cuidadores familiares a personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza, área rural de Cáqueza 2012.

5.2.1 Categoría No.1: Procuramos mantenerlos bien, ayudándolos en las actividades de la vida diaria y cuidando sus pertenencias con sabiduría

“Les hacemos su mantenimiento, teniéndolos bien limpiécitos, bañándolos temprano y rápido con agua calientica, secándolos, vistiéndolos y afeitándolos.Sacarlos al sol es importante para la salud porque les da ánimo de pararse, caminar, recoger vitaminas y se abrigan” F02EC

Este patrón refleja la forma como el cuidador familiar se responsabiliza de ayudar a una persona anciana con discapacidad, en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se incluye la alimentación, el aseo, el baño, vestido, movilidad personal, sueño y descanso. Al igual que las actividades instrumentales de la vida (AIVD) que conllevan un mayor sesgo cultural, están ligadas al entorno, son un medio para obtener o

realizar una acción, tales como mantenimiento de la propia salud, manejo del dinero, establecimiento y cuidado del hogar²⁸⁴. Se pide, más que conocimiento, sabiduría divina.

▪ **5.2.1.1 Subcategoría 1: Estamos pendientes de su comida**

Muestra los cuidados brindados por los cuidadores relacionados con la alimentación.

“Uno siempre está pendiente de la comida, viene y le trae su desayuno, vuelve y se va, le trae sus medias nuevas, vuelve y se va, le trae su almuerzo, vuelve y se baja otro ratito y vuelve y se baja otra vez que para sus oncesitas y vuelve y se baja y que su comida...” F01EC

Esta descripción de cuidado al proporcionar comida a la persona anciana refleja el papel especial que cumple el cuidador familiar y denota la dedicación por el bienestar del anciano. El mantenimiento de la salud en el cuidado de la persona anciana refleja una asistencia cotidiana del proporcionar una alimentación adecuada que favorezca el buen estado de la salud. Se evidencia entonces que la alimentación juega un papel fundamental en el cuidado ya que se considera que es desde está donde se mantiene sano al anciano que se cuida. En efecto, los cuidadores manejan tiempos específicos para suministrar dichas comidas y su gran foco de atención en el cuidado se centra en brindar la alimentación, al igual que la limpieza de los mismos.

“Todo previamente lavado...me lavo primero las manos para prepararles los alimentos, las verduras bien hervidas y las frutas bien lavadas... Porque de todas maneras pasan de mano en mano y eso trae muchos bichitos, porque todas las personas llegan y cogen y dicen este si este no, cogen la comida para saber que nunca la llevan, eso está de mano en mano y bien sucia, bien con muchos bichitos...” F01EB

La anterior experiencia empieza a vislumbrar cómo las recomendaciones de los profesionales de salud y de médicos naturistas inciden en las prácticas de las familias y facilitan la articulación del saber popular con el saber profesional, generando así la construcción y transformación continua de los cuidados populares de las familias. Esta experiencia empieza a mostrar que la realidad de las familias del estudio tiene dos caras que moldean la experiencia de cuidado, es decir, que el cuidado popular articula dos saberes (el popular y el profesional) construido desde la perspectiva de las familias.

De este modo, la alimentación tiene un impacto sobre la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas, puesto que el concepto de salud está dado como un comportamiento asociado al estilo de vida²⁸⁵. La comida no solo se usa para satisfacer la

²⁸⁴ ROMERO Dulce María. Actividades de la vida diaria. Op. cit. p.48.

²⁸⁵ VINACCIA, Stefano, OROZCO, Lina María. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Diversitas [online]. 2005, vol.1, n.2, pp. 125-137. ISSN 1794-9998.

necesidad de alimentarse. A través de ella se aprehenden normas y conductas sociales mediante las cuales los individuos participan y se incorporan a la vida social²⁸⁶. De esta manera las cuidadoras presentaron las siguientes características de *comer bien*:

“Pues cocinar todo muy bien, con ollas limpias, bien fresquito a sus horas, no que el desayuno tarde, porque eso no le sienta bien, o el almuerzo pegado a la comida, no. Todo bien calientico...” F04EB

“...Y que otra cosa lo mantiene a uno sano? Comiendo bien...” F04EB

Así, el cuidado de la comida relacionado con el mantenimiento de la salud refleja una asistencia cotidiana de “Comer bien”, relacionado con proporcionar alimentación 5 veces al día, fresca, caliente, limpia, bien cocinada, en ollas limpias (donde se cocina con gas). Se evidencia entonces que la alimentación juega un papel fundamental en el cuidado ya que se considera que es parte fundamental para el mantenimiento de la vida. Además se tiene algunas prácticas como cocinar bajito de sal. *“...toda la vida se ha cocinado bajito de sal...” F04EC*. Mantener una limpieza que va desde el lavado mismo de los alimentos como su buena cocción. En el suministro de la comida (cena) se tiene en cuenta el lapso de tiempo que transcurre entre la ingesta de la comida y el momento de irse a dormir, por ello tienen en cuenta de hacerlo dos horas antes de acostarse, esto con el fin de ayudar al funcionamiento del corazón.

“Pues todo bien lavado, limpio, con ollas bien limpias y las manos bien limpias... Tengo mucho cuidado en la dieta que le manda el médico... la última alimentación unas 2 horas antes de irse a dormir para que el corazón no se force mucho... se debe comer 2 horas antes de uno irse a dormir...” F07EB

De esta manera, es importante comprender los *significados que construyen los cuidadores* a partir de su experiencia individual y familiar con respecto a las prácticas de alimentación, así, como adentrarse en los significados que adquiere la comida en la configuración de la vida familiar, los contenidos normativos, la dinámica de organización de tareas y responsabilidades que configuran la vida cotidiana en torno a la satisfacción de esta necesidad fundamental, las redes familiares y sociales que se entrecruzan en el acto alimentario, los saberes intergeneracionales respecto a la comida y las formas de vida de los sujetos, las desigualdades sociales y de género en la realización del trabajo doméstico alimentario²⁸⁷.

Universidad de San Buenaventura, Medellín. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v1n2/v1n2a02.pdf>

²⁸⁶ SIMMEL, G. “Sociología de la comida”. *El Individuo y la Libertad. Ensayos de crítica de la cultura*. Barcelona: Península. 1986. p. 406

²⁸⁷ FRANCO, Sandra. Aportes de la sociología al estudio de la alimentación familiar. *Revista Luna Azul*. Manizales 2010. Disponible en: <http://lunazul.ucaldas.edu.co/index.php?option=content&task=view&id=575>, consultada en mayo 1 de 2012.

▪ **5.2.1.2 Subcategoría 2. Nos preocupamos por asearlos, vestirlos y sacarlos al sol.**

“Si señora, yo le caliento el agua y toca bañarlo, le hago mantenimiento, como se dice, lo baño, lo obligo a que se bañe” F04EB

El aseo diario, mediante el baño general del cuerpo se configura en una estrategia que permite mantener un buen estado de salud. Por ello los cuidadores los bañan a diario, así sea obligándolos, en general calientan el agua para el baño del anciano para mantener el calor de este. También están atentos de secarlos muy bien en especial cada uno de los espacios entre los dedos de los pies, esta acción la realizan de manera ágil para mantener limpios, secos y calientes los pies del anciano. En esta práctica, participan varios cuidadores, especialmente hijos.

“...Pues a mi mami yo la levanto y la baño temprano, la pongo al sol... bueno yo la baño como a la 6 de la mañana... dicen que el sol de la mañana es el mejor sol para el cuerpo, porque es el sol que no está como tan fuerte y es el que le va a servir para la salud, pues el sol es que es como el calorcito que le va a entrar al cuerpo de ella, le da vitaminas... el de la 9 de la mañana, ya después el sol es un poco más fuerte.” F01EC

Vestirlos rápidamente y sacarlos al sol son actividades complementarias que ellos asocian al cuidado de bañarlos, ellos prefieren el sol de la mañana porque consideran que es más benéfico para el anciano porque tiene vitaminas, les mejora el color de la piel y en general les brinda calor para mantener la salud.

“...Yo siempre lavo la ropa bien, aplanchada, para mantenerla bien, es que como ella sufre de los pulmoncitos...” F08EB

“Todo se le mantiene limpiecito, lavado, que las ollas, que la ropa, que la cocina, que la canasta donde se echa la comida” F03EC

Como acción de mantenimiento complementaria al aseo personal, corresponde con la limpieza o lavado de la ropa de los ancianos, se considera que la ropa aunque sea vieja debe estar limpia para mantenerla bien. Se mantiene limpia la casa, la ropa y sus cosas.

▪ **5.2.1.3 Subcategoría 3. Para que estén tranquilos los acompañamos, les hablamos, los distraemos y cuidamos sus pertenencias**

“...Acompañarla, estar pendiente de ella y crearle un buen ambiente, estar con ella en todo tiempo para que ella no se sienta sola, eso es muy importante...” F09EB

“...Vengo por aquí y le hablo, vengo y lo distraigo... los cuidados son no dejarlo solito... eso...” F01EC

Los cuidadores principales se preocupan constantemente porque el anciano no se quede solo ya que consideran que es probable que si pasa mucho tiempo solo se pueda enfermar, consideran que la compañía favorece estados de bienestar. Ya que, en la vivencia de la discapacidad y la enfermedad crónica se suele presentar el aislamiento social²⁸⁸ y la sociedad asume que los cuidadores de ancianos proveen un soporte emocional y físico, con un mínimo de preocupación, pero muchos estudios reportan una carga emocional grande²⁸⁹

“... porque si yo le cuido los animales a mi abuelita, ella va a estar más tranquila y no se preocupa tanto, porque ella vive por sus animales porque les den de comer, porque se los tengan bien, si ella está tranquila ella no se afana tanto y no se enferma” F02EB

En este orden de ideas, también es importante para los cuidadores colaborar en la ejecución de ciertas actividades como el cuidado de los animales, de la casa y de los objetos que tienen un significado especial para las personas ancianas. Esta práctica la hacen con el propósito de que los ancianos estén tranquilos.

“...dormir es lo mejor, porque cuando uno duerme, no se envejece tanto... cómo uno hace al día siguiente para hacer todas las cosas si amanece uno cansado... como sin energía. Uno se mantiene sano durmiendo bien...” F04EB

“...cuando llueve y hace frío, lo que yo le pongo es su ruanita, su ruanita roja, porque le gusta mucho, dice que la abriga bien, debajo de sus cobijas para que no sienta frío y pueda dormir tranquila... siempre han dicho que la roja, mi mamá, las abuelas, siempre han dicho que se usan así” F02EB

Cuidar la salud también depende de favorecer un ambiente adecuado para dormir, los cuidadores se inquietan porque los ancianos duerman, con el fin de que las energías en el sueño se recuperen y que durante el día el anciano tenga energías. Para el sueño se tiene una serie de prácticas con la comida, el uso de ropa, color de las cobijas. Del mismo modo es importante las horas dedicadas a descansar debido a que el sueño restaura la energía de las personas permitiéndole al individuo su óptimo desempeño²⁹⁰ En algunos casos los ancianos no duermen bien, unas veces por su patología, y otras por causas ambientales²⁹¹. Por consiguiente, es importante que el cuidador pueda

²⁸⁸ BIORDI, Diana . In-Home Care and respite care as self care. Washington: National Institute de Nursing Research, 2008 p.743.

²⁸⁹ PINTO Natividad. Comprender la situación de cronicidad que viven nuestros pacientes. La investigación y el cuidado en América Latina. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 1964.p. 313.

²⁹⁰ RIVERA, Suzaidy, VEGA, Edgar. Necesidad de descanso y sueño en el anciano. Interamericana: Madrid, España. 2002 p. 36.

²⁹¹ MEDINA CORDERO, Lorenzo. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. Enfermería Global, No. 17, 2009 p.12.

identificar las necesidades de cada anciano que se cuida con el fin de poner en marcha de actividades que lo mejoren.

▪ **5.2.1.4 Subcategoría 4: Se pide sabiduría a Dios para saber cómo cuidarlos**

“Yo le pido sabiduría a Dios para saber qué cocinarle, porque no todo le sienta bien, solo la sabiduría de Dios lo ayuda a uno” F11EC

Los cuidadores manifiestan la importancia de tener un Ser Supremo para poder brindar cuidado, sin importar, el sitio de reunión para poder entablar relación con ese Ser que los ayuda con el cuidado diario. El bienestar espiritual, da especialmente la sensación de que la vida tiene sentido y la paz²⁹², la participación religiosa y espiritualidad positivas parecen relacionarse con mejor salud²⁹³. Así, los cuidadores en Cáqueza participan en diferentes doctrinas religiosas como por ejemplo el catolicismo y los Testigos de Jehová, sus prácticas están de acuerdo a lo institucionalizado por cada una de estas. Se evidencia que hay personas pertenecientes a estos grupos que ofrecen apoyo a los cuidadores familiares permitiéndoles mantener confianza en sí mismos y poder proveer de una mejor manera los cuidados a las personas ancianas.

“... pero si es importantísimo leer los textos que me dan allá en el Reino, yo soy Testigo de Jehová y cuando me reúno me dan los textos para que yo me tranquilice” F12EC

“Por lo general yo llego agotada a mi culto pero luego con lo que me dice la líder yo regreso a mi casa como descansada... y de nuevo a retomar con lo que hay por hacer” F12EC

“En la iglesia venden unas novenas de la Virgen, yo las hago todo los días para que mi mamita esté bien” F13EC

Por otra parte, es pertinente mencionar que la espiritualidad está inmersa dentro del ámbito religioso, debido a que la espiritualidad puede relacionarse con sujetos existenciales o metafísicos; incluye reflexión y un sentido de unión o conexión con otros.²⁹⁴

²⁹² BRADY MJ, Peterman AH, FITCHETT G, et al.: A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psychooncology* 8 (5): 417-28, 1999 Sep-Oct.

²⁹³ MUELLER PS, PLEVAK DJ, RUMMANS TA: Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clin Proc* 76 (12): 1225-35, 2001.

²⁹⁴ SÁNCHEZ HERRERA, Beatriz. ¿Qué significa dar cuidado espiritual? Un aporte desde el cuidado a las personas con enfermedad crónica. *Avances en el cuidado de enfermería*. Universidad Nacional de Colombia. 2010. p. 174.

En la tabla 13 se presentan las prácticas populares ofrecidas por los cuidadores familiares a los ancianos en situación de discapacidad y pobreza en el municipio de Cáqueza con relación al mantenimiento de la salud. De acuerdo con lo estipulado por el modelo de tradiciones de salud de Spector, se tiene en cuenta las facetas en los diferentes niveles: tanto en el físico, como el mental y espiritual del cuidado integral.

Tabla 12. Prácticas populares relacionadas con el mantenimiento de la salud.

Prácticas populares	Físico	Mental	Espiritual
Mantenimiento de la salud	<p>Preparar y darle su comidita, toda bien limpia, hervidita, fresquita, a sus horas, calientica y como lo sugieren los médicos.</p> <p>Tenerlos limpiecitos con agua calientica, secándolos, vistiéndolos, afeitándolos y sacándolos al sol.</p> <p>Mantener limpia la casa, la ropa y sus cosas.</p> <p>Durmiendo bien</p>	<p>Para que estén tranquilos, los acompañamos, les hablamos, los distraemos y ayudamos a cuidar sus pertenencias</p>	<p>Pedirle sabiduría a Dios</p> <p>Leer textos bíblicos, de Atalaya y Despertar</p> <p>Tener fe para ayudarlos</p> <p>Encender velas a la Virgen para que traiga cosas buenas</p>

Fuente: Bejarano H Tatiana A. Datos obtenidos de la investigación Cuidados populares brindados por cuidadores familiares a personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza, área rural de Cáqueza 2012. Facetas tomadas y adaptadas del Modelo de tradiciones de salud de Rachel Spector (2003)²⁹⁵, para el análisis de los cuidados populares de los cuidadores familiares .

5.2.2 Categoría No. 2 Protegerlos para que no se enfermen más

Se basa en la creencia tradicional de que el mal, la enfermedad y el infortunio se pueden prevenir cuidándose, evitando personas y comidas dañinas²⁹⁶, expresado en las categorías evitar que se caigan, que se enfermen, visitas con personas negativas o con enfermedades contagiosas.

▪ 5.2.2.1 Subcategoría 1: Evitar que se caigan.

*“ Como se me puede caer, entonces yo trato de tenerle todo
Para que ella no se me vaya a caer y tenerle cuidado,
mis tíos le pusieron una baranda para que pudiera bajar de la cocina a la sala
sin tener que tropezarse, quitarle los obstáculos para que ella pueda caminar
y no se caiga...” F09EB*

²⁹⁵ SPECTOR. Cultura de la salud. Op. cit., p. 34.

²⁹⁶ Ibid. p. 35.

Los cuidadores familiares están alerta para evitar que los ancianos que cuidan se caigan, por ello les hacen acompañamiento y les prenden la luz, colocan barandas para facilitar los desplazamientos y en general despejan los espacios de la casa por donde se movilizan.

“...Pues nosotros le quitamos cositas que haya en el piso para que ella no se tropiece, no se vaya a pegar, es que ella es muy abuelita y una caída a esas alturas de la vida es tenaz...” F10EB

*“Darle la mano, porque se resbala, yo no sé, será por el piso, se resbala y se cae...”
“...hay que levantarse a llevarla a ella... a prenderle la luz...” F02EC*

En general se puede establecer la vivienda como un lugar “peligroso”. Es común observar la existencia de suelos irregulares o con desniveles, iluminación inadecuada, escaleras sin pasamanos o escalones muy altos; retretes muy bajos, falta de barras en las duchas, etc.²⁹⁷, por lo que los cuidadores tratan de prevenir las caídas que pueden significar una pérdida de la calidad de vida y carga sobre los cuidadores, teniendo en cuenta las características de las personas ancianas dada la pérdida de control del equilibrio, las dificultades en el andar y la disminución de la visión, los obstáculos que pueden encontrar en el hogar.

▪ 5.2.2.2 Subcategoría 2. Evitar que se enfermen más

*“Evitar un mal frío, el sereno, una mojada, evitar más que todo las gripas, un resfriado”
F08EB*

“...le caliento el agua porque el agua fría le hace daño para los bronquios, la seco rápido para que el frío no la enferme más...” F09EB

“... en las noches la abrigo bien, le doy su aromática para que no le de frío”. F01EB

A menudo los cuidadores evitan que se enfermen las personas ancianas, protegiéndolos del frío, del sereno y de estar mojados. Es de vital importancia para protegerse de enfermedades el resguardarse del frío. Los cuidadores generalmente ponen al anciano ropa que proporcione calor. Es común la utilización de ruanas, cobijas para cubrirse, sacos y camisetas elaboradas en material de bayetilla, el color rojo es sugerido para estos fines de protección al frío. Se evidencia entonces que el hecho de mantener una adecuada temperatura es importante para la salud del anciano²⁹⁸

²⁹⁷ VEGA, Esteban. Prevención de caídas en el adulto mayor. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXVII (590) 353-355 2009.

²⁹⁸ YUEH-CHING Chou, YUE-CHUNE Lee, LI-CHAN Lin, AI-NING Chang y WEI-YI Huang Social Social services utilization by adults with intellectual disabilities and their families. Social Science & Medicine, Volume 66, Issue 12, Pages 2474-2485. Available online 12 Marzo 2008. P. 23.

“No hay que darle cosas malas, comida dañina o que darle gaseosas, grasas o cosas oscuras porque eso es malo,” F05EB

“Se biega a cuidarlo, no se consume la cocacola, por ejemplo porque primero es muy dulce”. F01EC

“No hay que darle cosas dañinas porque eso la enferma más, que una fruta ya vieja, que una sopa pasada o trasnochada...” F03EB

Del mismo modo, hay una protección con el cuidado de las comidas dañinas, como son las gaseosas oscuras, las grasas, los cuales consideran producen enfermedades. Este cuidado se ve influido por las recomendaciones médicas en cuanto a comer bajo en sal, se evitan las grasas, gaseosas y en general el consumo de azúcares. Se protege al anciano de adquirir nuevas enfermedades o exacerbe las que ya padece.²⁹⁹

▪ **5.2.2.3 Subcategoría 3. Evitar visitas de personas con sentimientos negativos**

“...a nivel mental, es mejor procurar no juntarse con personas que le tienen rencor a uno... no se junta con esas personas y ya... si porque uno mismo es consciente que si hay cosas que le hacen daño para que hace eso”. “O sea que es una forma de protegerse también, si uno sabe que a esa persona le disgusta a uno... Si claro, si uno sabe que esa persona le hace daño a uno... pues la deja” F01EB

La protección de la salud mental consiste en evitar a ciertas personas de las que se sospecha que pueden ser perjudiciales o traer enfermedad. Se considera importante evitar estar cerca de personas que al parecer sienten rencor por el anciano, tienen malas intenciones o en otros casos se evita la mirada de alguna persona.

“...los daños que otros le pueden hacer a uno es que le miren mal a uno, a los cultivos, al ganado, a otros familiares...” F04EB

“Lo mejor es evitar conflictos con otras personas, por ejemplo olvidar las deudas para no enfermarse de la cabeza” F11EC

“ Cuando uno está disgustado uno se pone a trabajar y así uno olvida las cargas...” F13EC

También para la salud mental está evitar daños que otras personas pueden hacer, no solo a la persona, sino a los animales, a los cultivos, a otros familiares, el evitar conflictos y trabajar para olvidar los problemas. Se ha encontrado en los estudios realizados por Taylor en la Universidad de California, que el mantener campos energéticos negativos

299 SMITH, Lawrence. Informal Cares: Experience of caring for stroke survivors. Journal of Advanced Nursing 2004; 46(3). p. 224.

altera la condición de salud del individuo, evidenciándose por ejemplo en trastornos para la movilidad y el aprendizaje.³⁰⁰

Para los cuidadores familiares es importante mantenerse alejados de personas o situaciones que alteren su estado emocional, es por esto que una forma de proteger al anciano en situación de discapacidad y pobreza es evitando disgustos con otras personas, también es importante no establecer contacto con personas a las cuales se pueda recibir energía negativa, expresada por los cuidadores como rencor, lo cual es manifestado de forma negativa tanto a la corporeidad del anciano como a sus pertenencias. Cabe resaltar que también se aísla al anciano cuando hay sospecha de enfermedades contagiosas por parte de residentes cercanos.

▪ **5.2.2.4 Subcategoría 4. Evitar visitas de personas con enfermedades contagiosas**

“...pues evitar como contagios, que no vengan personas con otros virus, que con gripa...”
F08EB

“...evitar que otra persona venga contagiada, que venga de otro lado a visitarla, que le tosan la cara, cualquier cosita eso es...” F07EB

Los cuidadores protegen al anciano del contacto con otras personas que puedan tener virus, es así que impiden algunas visitas, que tosan en la cara o cualquier movimiento que indique contagio para el anciano. Los cuidadores refieren que la enfermedad se puede contraer si el anciano entra en contacto con otras personas con virus o que estén cursando con alguna enfermedad. En la literatura se halla que el contagio de las enfermedades se inicia por el contacto directo de otros individuos que padezcan la enfermedad prevalente del área en donde se habite³⁰¹, lo cual es congruente con lo expresado por los cuidadores.

▪ **5.2.2.5 Subcategoría 5: Hay una protección Divina**

“... yo leo los textos de Atalaya que vienen con pasajes bíblicos porque le enseñan a uno a protegerse del mal” F11EC

“A mí me enseñaron a encender una vela a la Virgen porque la luz atrae cosas buenas y aparta las enfermedades” F13EC

300 TAYLOR, Teefel y HEFLINGER Christian. Experience of Strain Among Types of Caregivers Responsible for Children With Serious Emotional and Behavioral Disorders. Journal of emotional and Behavioral disorders. 2002 Vol. 14, N3. p.157.

³⁰¹ SCHRAMA, Miranda. Setting and registry characteristics affect the prevalence and nature of multimorbidity in the elderly. Journal of Clinical Epidemiology (61) 2008.

“Por las noches con mi mamá rezamos el Rosario porque ella siempre ha dicho que eso es como una protección divina” F12EC

OP: Se evidencian crucifijos colgados en las habitaciones, velas encendidas al lado de las imágenes de Vírgenes. Se observan rosarios alrededor de los crucifijos, estampas de Vírgenes en la cocina, en el lugar donde almacenan los alimentos.

Los aspectos espirituales de la protección de la salud de los cuidadores consisten especialmente en que hay una protección divina cuando éstos rezan el Rosario, encienden velas a la virgen, colocan crucifijos en las habitaciones; es una tradición que se conserva de años anteriores. Tienen diferentes significados con respecto a la luz que irradia la vela encendida, la ubicación de estampas de Vírgenes en diferentes espacios del hogar. Del mismo modo para ellos es muy importante leer la Biblia y otros textos como por ejemplo Atalaya. Es necesario para algunas personas el tener contacto con algún ser supremo que garantice su bienestar sin importar los percances hallados³⁰². También se observó el uso de escapularios. En este sentido también es importante resaltar que los cuidadores usan artículos como los anteriores con el fin de proveerse de protección divina que genere ambiente de tranquilidad y confort emocional.³⁰³

Para concluir con este patrón, la tabla 14 presenta las prácticas populares realizadas por los cuidadores para la protección de la salud de las personas ancianas con relación al mantenimiento de la salud. De acuerdo con lo estipulado por el modelo de tradiciones de salud de Spector, se tiene en cuenta las facetas de protección en todos los niveles: físico evitando el malestar o daño corporal, mental evitando contacto con energías y enfermedades nocivas, y espiritual tratando de establecer comunión con un ser supremo, lo cual permite el establecimiento del cuidado integral.

³⁰² ROMERO, Nubia. Investigación, Cuidados enfermeros y Diversidad Cultural. Op.cit. p. 110.

³⁰³ Ibid., p. 116.

Tabla 13. Prácticas populares para la protección de la salud

Prácticas populares	Físico	Mental	Espiritual
Protección de la enfermedad	Evitamos que se caigan, no dejándolos solos, prendiéndoles la luz, dándoles la mano, colocándoles ayudas y retirando obstáculos. Evitamos que se enfermen, protegiéndolos del frío, del sereno y de estar mojados, Evitar visitas de personas con enfermedades contagiosas.	Evitar visitas de algunas personas rencorosas. Evitar conflictos. Olvidar deudas para no enfermarse de la cabeza. Trabajar para olvidar las cargas.	Los textos bíblicos lo protegen a uno del mal. Encender velas a la Virgen para que aparte las enfermedades. Rezar el rosario y colocarse escapularios para protección.

Fuente: Bejarano H Tatiana A. Datos obtenidos de la investigación Cuidados populares brindados por cuidadores familiares a personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza, área rural de Cárquez 2012. Facetas tomadas y adaptadas del Modelo de tradiciones de salud de Rachel Spector (2003)³⁰⁴, para el análisis de los cuidados populares de los cuidadores familiares.

5.2.3 Categoría No. 3: Utilizamos ayudas a las que les tenemos fe, para mejorar su salud.

Restaurar la salud en el sentido físico, constituye el empleo de remedios y diferentes personas a las que les tienen fe.

▪ 5.2.3.1 Subcategoría 1: Nos dejamos ayudar de médicos, homeópatas y yerbateros

“...lo que yo sé es de lo que a mí el internista me ha explicado... las pastillas para el dolor, para un dolor de cabeza... y para la tensión también..., lo mejor son los médicos del hospital de aquí de Cárquez” F04EB

“...se toma el agua de panela con la pasta... Verapamilo, hidroclorotiazida y asawin...y lo que toca es estar pendiente de los medicamentos de ella” F02EC

“... por ejemplo para el desvanecimiento de cabeza es el único problema que tenemos, porque es para lo único que no se le ha podido dar, a veces se le trae de donde Gilberto y hay veces que se trae la otra droga de donde Ester, otra homeópata, que también es buena.” F02EB

Entonces él cogió fe a esa droga de los Olivos y solo es con esa droga y por ejemplo si uno le dice que camine vamos para donde el otro médico él no va.” F09EB

³⁰⁴ SPECTOR. Cultura de la salud. Op. cit., p. 34.

“

Los cuidadores tienen confianza a las recomendaciones de los médicos que trabajan en el Hospital San Rafael del municipio de Cáqueza, del mismo modo confían en los médicos naturistas, por ello utilizan el Omega para mejorar las condiciones de salud del anciano. Se afirma que posterior a un deterioro en el estado de salud, el consumo frecuente del omega ha permitido que el anciano sienta una mejoría. Hay otros que asisten al centro médico los Olivos en donde proporcionan medicamentos de tipo naturista y hasta la fecha muchas personas han superado su situación de enfermedad. La medicina homeopática contribuye a mejorar el estado de salud. Por ello, la persona mayor se niega a asistir al médico alopático solo desea recibir la medicina homeopática. Sin embargo, la radio se consolida como una fuente de construcción de fe ya que desde allí las personas dan por hecho que dicha utilización de remedios es efectiva. En consecuencia, la utilización de dichos remedios está mediada por la fe que depositan en quienes promueven el consumo de estos remedios³⁰⁵. Los cuidadores familiares afirman que es necesario dar los medicamentos como dicen los médicos y llevarlos donde médicos, homeópatas, yerbateros y naturistas. La fe juega un papel importante para recuperar la salud, solo se usa aquello que garantice interiormente que le brindará sanación³⁰⁶

▪ **5.2.3.2 Subcategoría 2: Utilizamos diferentes formas de tratamientos para mejorarlos**

“El agua de hierbabuena... eso fue un vecino que nos dijo, eso tal vez él ya la había experimentado y le pareció y ahora él se sanó. Lo mismo sucede con la mata de insulina, la que usted ve allí. Eso es hervidito, se cogen las hojas, se meten las hojitas, se pone a hervir y luego se toma eso...” F02EC

“Y para la tensión... yo he escuchado que el jugo de guatila es muy buena para la tensión y para el azúcar en la sangre yo le hago una agüita de hierba de mandarina, de la cáscara de la mandarina que eso ayuda a disminuir el azúcar en la sangre...” F03EB

“...Y la pomada únicamente por las noches, en el día no se puede mojar, si se puede bañar pero con agua tibia... F04EB

“Para mejorar la úlcera varicosa se le aplican unos ungüentos ahí...” “Pues él tiene un montón de esa catarplasia de esa, pero yo no recuerdo el nombre...”

O sea que va al pueblo... sí y uno lo compra en las droguerías del pueblo y eso es un calmante” F04EB

“...se le hacen masajes en la espalda con las manos calientes por las tardes o noches y dice que siente un fresquito, él dice que le hagan un masaje...” F03EC

³⁰⁵ PICKARD, Susan and GLENDINNING, Caroline. Comparing and contrasting the role of family carers and nurses in the domestic health care of frail older people. *Health and Social Care in the Community*. 2002; 10(3), p. 144.

³⁰⁶ *Ibid.*, p. 147.

Los cuidadores tienen confianza a las recomendaciones de los médicos naturistas. Los remedios son utilizados mediante infusiones que son luego ingeridas por el anciano ó mediante baños según la zona afectada. Para los cuidadores es relevante realizar masajes en el cuerpo del anciano puesto que estos movimientos en el cuerpo proporcionan tranquilidad y frescura.

La práctica del uso de las hierbas medicinales por parte de las cuidadoras de personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza de Cáqueza, muestra la existencia de un conocimiento popular, que permea en su uso una serie de valores y creencias como la fe que ha servido para “aliviar” a otros históricamente y eso es garantía para la utilidad en sí mismo.

Si bien, el uso de las hierbas medicinales pasa por una comprensión mágico-religiosa expresada en el “tener fe en las hierbas”, siendo relacionadas con el fruto de una creación divina, también, están inmersos en ésta práctica, una serie de valores buscados como el ideal de un tratamiento en salud: rapidez, efectividad, bajo costo y fácil acceso³⁰⁷.

*Siempre le he rezado a la Virgen para que mejore a mis papitos,
por las noches, en la misa, yo le tengo fe a la Virgen” F12EC*

Los cuidadores familiares creen conseguir la salud espiritual por medio de rezos, oraciones y misas, consideran que al tener contacto con un ser supremo, el anciano recobrará su estado de salud óptimo. Para Sánchez³⁰⁸ la red imaginaria hace parte del componente espiritual del ser humano, la espiritualidad cierra la brecha entre el pensamiento, la palabra y la acción de lo que se valora y se reconoce. Lo cual permite analizar que cada cuidador familiar pretende dejar bajo la cobertura Divina según su sistema de creencias, la recuperación del estado de salud del anciano en estado de discapacidad.

Para concluir, la tabla 15 resume las prácticas populares realizadas por los cuidadores familiares para la recuperación de la salud, a nivel físico, mental y espiritual como lo propone Spector en su Modelo de tradiciones de salud. En este caso los cuidadores familiares recuperan la salud del organismo físico por medio de la administración de medicamentos, consumo de aguas con infusión de hierbas medicinales. La recuperación del anciano a nivel mental se hace la perspectiva del positivismo hacia un futuro en mejores condiciones y a nivel espiritual proporcionando fe a recuperación del anciano.

³⁰⁷ MEJÍA ITUYÁN, Luz Dary; LÓPEZ, Lucero y VELÁSQUEZ GUTIÉRREZ, Vilma Florisa. Hierbas medicinales: un asunto más allá de las prácticas populares. En: DÍAZ HERRERA, Luz Patricia (ed.). Avances en el cuidado de enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, 2010. p. 396.

³⁰⁸ SÁNCHEZ HERRERA, Beatriz. ¿Qué significa dar cuidado espiritual? Un aporte desde el cuidado a las personas con enfermedad crónica. Op. cit. p. 173.

Tabla 14. Prácticas populares para la recuperación de la salud

Prácticas populares	Físico	Mental	Espiritual
Recuperación de la salud	<p>Les damos los medicamentos como dicen los médicos.</p> <p>A veces toca tratarlos con medicinas alternativas.</p> <p>Ellos tienen mejoría con remedios naturistas.</p> <p>Con algunas agüitas se mejoran.</p> <p>Se les echa cremas para aliviarlos.</p> <p>Hacen ejercicios para componerse</p> <p>Masajes en el cuerpo.</p> <p>Traer rápido al anciano cuando se enferme y no esperar a que pase el tiempo.</p>	<p>Tener actitud positiva para cuidarlos y mejorarlos.</p> <p>Pensar que todo va a salir bien.</p>	<p>La Fe que ponemos en los remedios populares.</p> <p>Algunos rezos mejoran.</p> <p>Hay partes de la Biblia que le dicen a uno que la salud bien de Dios.</p>

Fuente: Bejarano H Tatiana A. Datos obtenidos de la investigación Cuidados populares brindados por cuidadores familiares a personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza, área rural de Cáqueza 2012. Facetas tomadas y adaptadas del Modelo de tradiciones de salud de Rachel Spector (2003)³⁰⁹, para el análisis de los cuidados populares de los cuidadores familiares.

A continuación en la tabla 16 están plasmadas en resumen las acciones de cuidado popular ofrecido a las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza en el área rural del municipio de Cáqueza, teniendo en cuenta las nueve facetas del modelo de tradiciones de salud propuesto por Spector. Se evidencia que cada cuidador familiar mantiene, protege y recupera la salud del anciano que está bajo su responsabilidad tanto en el área física como mental y espiritual.

³⁰⁹ SPECTOR. Cultura de la salud. Op. cit., p. 34.

Tabla 15. Acciones de cuidados populares brindados por cuidadores familiares a personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza

Prácticas populares	Físico	Mental	Espiritual
Mantenimiento de la salud	<p>Preparar y darle su comidita, toda bien limpia, hervidita, fresquita, a sus horas, calientica y como lo sugieren los médicos.</p> <p>Tenerlos limpiécitos con agua calientica, secándolos, vistiéndolos, afeitándolos y sacándolos al sol.</p> <p>Mantener limpia la casa, la ropa y sus cosas.</p> <p>Durmiendo bien.</p>	<p>Para que estén tranquilos, los acompañamos, les hablamos, los distraemos y ayudamos a cuidar sus pertenencias.</p>	<p>Pedirle sabiduría a Dios</p> <p>Leer textos bíblicos, de Atalaya y Despertar.</p> <p>Tener fe para ayudarlos.</p> <p>Encender velas a la Virgen para que traiga cosas buenas.</p>
Protección de la enfermedad	<p>Evitamos que se caigan, no dejándolos solos, prendiéndoles la luz, dándoles la mano, colocándoles ayudas y retirando obstáculos.</p> <p>Evitamos que se enfermen, protegiéndolos del frío, del sereno y de estar mojados, Evitar visitas de personas con enfermedades contagiosas.</p>	<p>Evitar visitas de algunas personas rencorosas.</p> <p>Evitar conflictos.</p> <p>Olvidar deudas para no enfermarse de la cabeza.</p> <p>Trabajar para olvidar las penas.</p>	<p>Los textos bíblicos lo protegen a uno del mal.</p> <p>Encender velas a la Virgen para que aparte las enfermedades.</p> <p>Rezar el Rosario y usar escapularios para protección.</p>
Recuperación de la salud	<p>Les damos los medicamentos como dicen los médicos.</p> <p>A veces toca tratarlos con medicinas alternativas.</p> <p>Ellos tienen mejoría con remedios naturistas.</p> <p>Con algunas agüitas se mejoran.</p> <p>Se les echa cremas para aliviarlos.</p> <p>Hacen ejercicios para componerse.</p> <p>Masajes en el cuerpo.</p> <p>Traer rápido al anciano cuando se enferme y no esperar a que pase el tiempo.</p>	<p>Tener actitud positiva para cuidarlos y mejorarlos</p> <p>Pensar que todo va a salir bien</p>	<p>La Fe que ponemos en los remedios populares.</p> <p>Algunos rezos mejoran.</p> <p>Hay partes de la Biblia que le dicen a uno que la salud viene de Dios.</p>

Fuente: Bejarano H Tatiana A. Datos obtenidos de la investigación Cuidados populares brindados por cuidadores familiares a personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza, área rural de Cáqueza 2012. Facetas tomadas y adaptadas del Modelo de tradiciones de salud de Rachel Spector (2003), para el análisis de los cuidados populares de los cuidadores familiares.

5.3 Patrón No. 3: Lo duro de lidiar con escasos recursos de la familia y del gobierno, lo que sabemos y nos han enseñado

La definición de *lidiar* en la Real Academia³¹⁰ es: Batallar, pelear, hacer frente a alguien. “Es luchar o hacer frente de forma hábil a alguien para conseguir algo, es pelear, bregar, tratar con personas enfadosas”³¹¹, así nuestras cuidadoras se expresan como: “*lidió durante horas con el familiar hasta conseguir dejarlo bien*”.....” *En la vida siempre vamos a tener que lidiar con los problemas*. El cuidado cultural “tiene en cuenta la vida humana en su plenitud y su perspectiva holística en un período de tiempo concreto, e incluye los factores de la estructura social, el punto de vista del mundo, la trayectoria cultural, los valores, el contexto del entorno (Leininger, 1981), las expresiones lingüísticas y los modelos tradicionales (genéricos) y profesionales”³¹². De esta forma, el cuidado cultural, integra, el cuidado popular (o genérico) y el profesional, para hacer más coherente el cuidado. En la tabla 17 se muestra en cuadro temático las categorías y patrones del tercer tema cultural:

Tabla 16. Categorías y patrones del patrón cultural Lo duro de lidiar con escasos recursos de la familia y del gobierno, lo que sabemos y nos han enseñado

SUBCATEGORÍAS	CATEGORÍAS	PATRÓN CULTURAL
Conseguir las ayudas del gobierno es una lidiadera	Lidiar para subsistir con pocos recursos, pocas ayudas del gobierno y del sistema de salud	Lo duro de lidiar con escasos recursos de la familia y del gobierno, lo que sabemos y nos han enseñado.
Con insuficientes recursos subsistimos		
Es duro lidiar al anciano sin ayuda	Lo duro de lidiarlos diariamente sin ayuda de la familia y escasos recursos tecnológicos	
Lidiarlos sin ayuda de la familia		
Se lidia con la escasa ayuda tecnológica		
Lo que sabemos	Lidiar con lo que sabemos y lo que nos han enseñado	
Lo que nos han enseñado		

³¹⁰ Diccionario de la Real Academia. Consultado en: <http://www.wordreference.com>, 26 de abril de 2012.

³¹¹ The Free Dictionary. Consultado en: <http://es.thefreedictionary.com/lidiar>, 26 de abril de 2012.

³¹² McFARLAND. Op. cit., p. 477.

Solo hay tiempo para cuidarlo	Ver por ellos todo el tiempo	
Ya no hay tiempo para uno mismo		
La sabiduría de Dios para lidiar	Pido ayuda a Dios para saber cómo lidiar	
Solo Dios puede ayudarlo a uno		
El cuidar como castigo	Un castigo más grave es lidiar cuando el cuidador está enfermo	
Se lidia cuando el cuidador está enfermo		
Es un castigo cuando quedan así		

Fuente: Bejarano H Tatiana A. Datos obtenidos de la investigación Cuidados populares brindados por cuidadores familiares a personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza, área rural de Cáqueza 2012.

5.3.1 Categoría No. 1: Lidiar para subsistir con pocos recursos, pocas ayudas del gobierno y del sistema de salud

▪ 5.3.1.1 Subcategoría 1: Conseguir las ayudas del gobierno es una lidiadera

“... pues hasta el momento no hemos recibido subsidio de la alcaldía, pues en esas estoy bregando para sacarlo” F03EC

“... todo es una lidiadera: que para reclamar el paquete alimentario se tiene que llevar algún papel, sí, toca llevar o el que va a reclamar le toca llevar el papel a nombre de quien va a ir a reclamar con la firma de ella y la supervivencia, no ve que sin eso tampoco lo entregan, lo mismo que hay unos medicamentos que toca comprarlos...” F04EB

“A mi mamá le dejaron unos exámenes pero como eran especializados tocó pagar más... pero tocaba porque sin eso el médico de allá no me la veía” F06EB

Según lo mencionado por los cuidadores familiares, los ancianos no han accedido a subsidio, sin embargo de acuerdo con las nuevas políticas que garantizan la calidad de vida de la persona anciana, se debe otorgar dinero a manera de subsidio que favorezca la condición de manutención del mismo. Según lo establecido en las políticas de aseguramiento en salud los ancianos deben tener acceso a toda la gama de medicamentos requeridos para su tratamiento, pero hasta el momento hay algunos fármacos que deben ser comprados por los usuarios. En algunos casos los medicamentos o servicios de radiología o de laboratorio no son cobrados y si se hace este cobro va de acuerdo con el nivel de aseguramiento que tenga el usuario, sin

embargo, en muchas ocasiones los familiares tienen que aportar dinero adicional para dar continuidad al tratamiento del anciano que cuidan.

“Allá, en hospital, es una bregadera, nos entregan una hoja así como esa y ahí ya la llena uno, ahí viene escrito todo lo que toca acabar de llenarle y luego pone la firma ella y así mismo se entrega y le dan a uno el mercadito.” F05EB

“Por los exámenes de lo del pie o lo de la sacada de sangre no cobraron, lo mismo que por otra droga, pero de droga dan apenas lo escasito...y eso sí los otros hijo están comprando los medicamentos por aparte...a veces toca comprarlos porque no todos los dan” F02EC

Según lo establecido por el plan de desarrollo de Cáqueza, las personas en situación de pobreza en mayor estado de vulnerabilidad deben estar bajo la cobertura propuesta donde se garantiza subsidios económicos para quienes están en estratos socioeconómicos bajos, programas de atención médica gratuitos en consultas médicas, toma de laboratorios de primer nivel y de imágenes diagnósticas.³¹³ No obstante, se denota inconformidad por la atención en salud, además de la percepción negativa que se tiene por parte de un cuidador para acceder a un subsidio, esta es calificada como “estar bregando” es decir es difícil realizar los trámites. Así pues, para el trámite que se debe hacer para la reclamación del paquete alimentario, es necesario llevar el certificado de supervivencia y un documento que lleva la firma del anciano, sin ello no es entregado. Los cuidadores afirman que tienen muchos problemas para que les presten los servicios de salud, además de ser pocas las ayudas que reciben y muchos los trámites que deben hacer.

▪ 5.3.1.2 Subcategoría 2: Con insuficientes recursos subsistimos

“Eso me toca sacar de lo mismo que cojo yo de la agricultura que se hace, eso ahí mismo pa’ gastos, pa’ mercado y todo. Siempre uno tiene hartos gastos, cuando se hace la siembra, con el precio del abono y todo eso, siempre se va una inversión siempre harta.” F04EC

“Pues cuando a uno le va bien eso sale, pero cuando se pierde... usted que va ir a sacar prestado para que cuando haiga devolver. 206 mil que le valió la droga.” F07EB

Se evidencia que la familia se las arregla para costear los gastos de la casa, en el sentido que el cuidador debe buscar la forma de mantener un equilibrio entre los escasos recursos económicos y la suplencia de necesidades básicas. Refieren que cuesta solventar al anciano por los medicamentos que debe consumir, las consultas médicas de control, exámenes médicos, entre otros.

³¹³ SITIO OFICIAL DE CÁQUEZA: La puerta al llano en Cundinamarca, Colombia. Op.cit.

*“...lidiar con los gastos de todo, yo creo, con los servicios, yo creo que más, 200 la sola comida, lo de lidiar con gastos de luz o de gas, eso ya se gasta más”
“250, por ahí con la luz y el gas, por ahí 250 más o menos.” F04EC*

“12 mil, de aquí pa’ bajo si bajan colectivos, pero desde allá por lo que casi no vienen toca pagar expreso”

“12 mil y por ahí lo que se gaste... bueno 6 mil de bajada y 12 mil de venida, por lo que nos vamos tres, por ahí Jesús y Adelmo” F04EB

“¿Y en este momento recibe algún subsidio de la alcaldía? en este momento está recibiendo 130 mil de los incapacitados, lo mínimo por subsidio son 90” F03EC

Las familias reciben dinero del estado pero se evidencia que no es suficiente porque hay diversidad de gastos tanto los relacionados con el hogar como los que tienen que ver con el cuidado del anciano. El cuidador hace un esfuerzo para solventar económicamente el hogar incluyendo al anciano.

5.3.2 Categoría No. 2: Lo duro de lidiarlos diariamente sin ayuda de la familia y escasos recursos tecnológicos

▪ 5.3.2.1 Subcategoría 1: Es duro lidiar al anciano sin ayuda

“No... eso es una lidiadera con ellos, porque quieren que una cosa, que la otra... que lo gritan a uno, pero pues toca estar ahí...” F12EB

“Eso es así... se lidia con él que pa’ alzalo, que pa’ bañalo, que pa’ sacalo pal patio y a mí que me toca sola...” F09EB

“Casi uno ni sale por estar con ella, lidiándola a toda hora, que con una cosa que con otra, por estar lidiándola yo ya ni salgo, ni hago lo que hacía antes” F04EB

Por otra parte, utilizan el término *lidiar* para referirse al cuidado, entonces se percibe que es una carga emocional para el cuidador debido al tiempo que destina, a la pérdida de su autonomía como ser humano, las diversas actividades que debe realizar para poder brindar el cuidado y para poder suplir las necesidades del anciano. Se ha encontrado en diversos estudios que la enfermedad degenerativa crónica hace que el cuidador se desgaste cada vez más por brindar cuidado al anciano³¹⁴ Los cuidadores refieren que lidian con las diferentes situaciones de cuidado a pesar de las adversidades presentadas en la cotidianidad, así mismo se debe estar pendiente del anciano con discapacidad en

³¹⁴ VANEGAS Blanca. Relación existente entre la habilidad de cuidado de los cuidadores principales de personas en situación de enfermedad crónica discapacitante y la funcionalidad de las personas que son cuidadas y pertenecen al programa de discapacidad del municipio de Chía. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Tesis para optar el título de Magister en Enfermería con énfasis en cuidado crónico. Bogotá, Colombia, 2005. p. 67.

todo el tiempo ya que dejarlo solo implica riesgo, es necesario el apoyo de otra persona para trasladarlo, en la noche es más difícil porque se trasnocha y hay que saber llevar el genio del anciano.

▪ **5.3.2.2 Subcategoría 2: Lidiarlos sin ayuda de la familia**

“Siempre se lidia solo, a veces está algún familiar” F06EC
“Pues siempre me toca a mí sola porque muy rarita la vez que de Bogotá vienen a ayudar aquí con todo lo que hay que hacer todos los días” F07EB

“Nosotros somos varios y casi nadie viene por acá a asomarse, ella con la edad que tiene va pa´tras, pa´tras y pa´tras eso se quedó así y ya no mejora, con eso si que se lidia ” F06EB

“Por estar lidiándola no queda tiempo de nada” F07EC

Se percibe emoción negativa sobre el rol de cuidar, se describe la dificultad para hacerlo solo y la falta de apoyo por parte de otros familiares, el cansancio que genera la cotidianidad al cuidar, el extremo negativo de emociones es demarcado por la incapacidad de ver una mejoría en el estado de salud del anciano y rabia por el esfuerzo y desgaste con el viejo, estar con él en todo momento, no dejarlo solo y tenerle mucha paciencia que hace parte de los valores personales.

Algunas actividades del cuidado son consideradas difíciles y complicadas, ya que implican mayor esfuerzo por parte del cuidador³¹⁵. Especialmente cuando se debe apoyar las actividades de la vida diaria sin ayuda de la familia. Por ejemplo trasladar a la persona anciana a otro lugar, se tiene la percepción negativa de dicha actividad ya que se “briega” o se torna difícil, puede ser por las condiciones del terreno o por el hecho mismo de no tener los apoyos tecnológicos que harían más fácil brindar el cuidado.

“Pues a veces como que se aburre uno... porque le toca bregar con ella a uno solo, lo otros ya casi no vienen, eso lo confunde a uno por que a veces no se sabe ni qué hacer...” F04EC

“Se briega todo el tiempo con ellos, se lidia porque casi nunca vienen los hijos a ayudarlo, me toca es tenerle paciencia” F02EC

▪ **5.3.2.3 Subcategoría 3: Se lidia con la escasa ayuda tecnológica**

“Como ve, eso aquí nos toca ingeniárnosla, se lidia aquí como con lo que se encuentre, lo que uno vea por ahí” F02EC

“Pa´ ayudarle a ella toca así que con un palito, que con la varillita que me dio el don de aquel lado, que toca subirla, que tocó arreglaselas” F05EC

³¹⁵ NOREÑA, Juan Camilo. Entendiendo el envejecimiento en el ser humano. Revista Colombiana de Cirugía Plástica. Hospital Universitario de la Samaritana. 2000; octubre–noviembre. Vol. 12 p. 11.

“Si viera como me ha tocado, me tocó lidiar pa’ poder bajalo y dejarlo en el expreso pa’ llevarlo al médico... cuando pasa el expreso le recomiendo la sillita a la señora Rosa que está a la orilla pu’el camino pa’ que... no se pierda ”

Foto 4. Utilización de bastón para apoyar al anciano en sus traslados



Fuente: Tomado del archivo de la investigación: Cuidados populares brindados por cuidadores familiares a personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza, área rural de Cáqueza 2012.

En la mayoría de los casos se observan situaciones en las cuales tanto el cuidador, como el sitio donde se habita son adaptados para mejorar el cuidado de la persona anciana, esto implica una lucha o brega, para hacer que el anciano se sienta bien. El cuidador establece apoyos con las cosas que tiene, ejemplo sillas con descansa brazos, palos como bastones, baranda en palos para apoyar el desplazamiento del anciano, bolsas plásticas para almacenar los medicamentos (foto 2). De esta forma, se rebusca, se lucha para brindar un cuidado amoroso e integral, con tecnología apropiada a las necesidades de la población rural. Mejorando la adaptación a su entorno, pero bajo el desgaste por parte del cuidador, al comentar que tienen que lidiar con las pocas ayudas tecnológicas.

El cuidador utiliza la creatividad para buscar estrategias que le permitan ayudar. Se ha encontrado en algunos estudios que para movilizar a la persona utiliza una cabuya amarrada al pie del cuidador con esto logra mover el pie de la persona anciana que se encuentra paralizado³¹⁶. Lo anterior se puede observar en la foto 3, en donde se puede apreciar un ejemplo de cuidado adaptando insumos que proveen en su propio hogar, la cuidadora menciona que es de gran ayuda cuando tiene que trasladar al anciano hacia el pueblo para controles en el hospital. Primero usa la silla adaptada para bajar al anciano

³¹⁶ MORIMOTO T, SCHREINER A, ASANO H. 2001; Op.cit.24:221-226.

hasta el lugar donde pasa el expreso, al llegar el expreso la cuidadora la deja recomendada con una vecina con la finalidad que no sea robada. Todas estas prácticas son el ingenio de los campesinos, que diariamente crean cosas para su diario vivir a partir de lo que la naturaleza y el medio les ofrecen, es decir son muy creativos.

Foto 5-6. Adaptación de silla para transporte



Fuente: Tomado del archivo de la investigación: Cuidados populares brindados por cuidadores familiares a personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza, área rural de Cádiz 2012.

5.3.3 Categoría No. 3 Lidar con el saber y lo que nos han enseñado

▪ 5.3.8.1 Subcategoría 1: El Saber

“En el campo había también plantas para los remedios, en esos tiempos era tan difícil salir para el médico, allá se usaba el árbol de matarratón, es una mata grande y la hoja es redonda, aquí se usa eso... eso se pone a hervir... y sirve para la fiebre, eso es muy fresco.” F04EC

“Yo a veces no sé ni cómo hacer si estar con lo que me dicen en el hospital o mejor hacerles las agüitas con lo que hay aquí en la casa” F01EC

El uso de la bayetilla roja me lo enseñaron los vecinos... eso por aquí, lo usamos o lo manejamos así...” F03EB

Para los cuidadores es importante poseer ciertos conocimientos acerca de algunos remedios que pueden favorecer el estado de salud del anciano, esto influye para que el anciano en situación de discapacidad tenga una mejoría ante sus dolencias. Pero

muchas veces se debaten entre lo que saben y ha sido enseñado por personas cercanas o por lo que les han dicho los médicos. Pero consideran de gran ayuda saber acerca de plantas o remedios que ayuden al anciano ante sus dolores³¹⁷. Se evidencia entonces que los cuidadores aprenden desde las tradiciones propias de su región bien sea por que lo han enseñado sus ancestros o vecinos. Por tanto, los remedios hacen parte de las creencias que tienen los cuidadores acerca de mecanismos que contribuyen con el mejoramiento del estado de salud³¹⁸. Sin embargo se evidencia confusión al no saber si es mejor utilizar las medicinas naturistas o las proporcionadas por los médicos en el Hospital de San Rafael.

“No, eso fue un vecino que nos dijo, eso tal vez él ya la había experimentado y le pareció y ahora él se sanó” F01EC

A nivel general, son las madres quienes han enseñado a sus hijas la forma de preparar los alimentos y la tradición de levantarse temprano con el fin de que el tiempo alcance para cumplir con la totalidad de actividades que se deben realizar, así como proporcionar cuidado sin importar las actividades cotidianas³¹⁹. Es indudable que el conocimiento se transmite entre vecinos, amigos o conocidos en donde se ha tenido experiencia positiva con alguna planta o se conocen los efectos de algún medicamento en particular y que son recomendados para mejorar el estado de salud. Por tanto, un tipo de saber asistido que influye en las personas es el que proviene de la radio, ya que desde este emanan ciertos conocimientos acerca de la utilización de otro tipo de medicinas que al parecer ayudan para el mejoramiento de la salud, en efecto, las personas depositan su fe sobre lo que allí se recomienda y divulga.

“Lo escuchamos de radio Cáqueza. Si lo escuchamos y cuando le daban así sus arrebatos como dicen..., él decía bueno si me traen la droga de allá de Los Olivos, bueno yo voy, pero si la droga no es de allá o ellos no vienen, yo no voy por allá, esa era la respuesta de él. Entonces él le cogió fe a esa droga y solo es con esa droga y por ejemplo si uno le dice que camine vamos para donde el otro médico él no va.” F01EC

▪ 5.3.3.2 Subcategoría 2: Lo que nos han enseñado

“Ese doctor es el que le explica a uno, el internista propiamente es el que le dice a uno.” F01EC

“Pues... así como cuando fuimos a las terapias, a uno le enseñan esas cosas... las doctoras de allá del hospital” F04EC

³¹⁷ KREUTZ, Irene. BARBOSA, Merighi. Cuidado popular com feridas: representações e práticas na comunidade de São Gonçalo. Ciencia y Enfermería IX (1): 39-53, 2003. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v9n1/art06.pdf>

³¹⁸ IBARRA, Teresa Ximena; SILES, José. Competencia Cultural. Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. Revista Index Enferm 2006; 55:44.

³¹⁹ PERRY, Joann. Daughters Giving Care to Mothers Who Have Dementia: Mastering the 3 R's of (Re)Calling, (Re) Learning and (Re) Adjusting. Journal of Family Nursing. Vol 10 N° 1, 2004. p 56.

“...las enfermeras del hospital San Rafael fueron las que me contaron cómo era eso del pie diabético, las charlas que nos hacen asistir, el control de los diabéticos...” F01EB

Es manifiesto que el tipo de entendimiento o conocimiento que tiene el cuidador acerca de lo que le pasa al anciano es gracias al apoyo e información del personal médico. Dicho apoyo dado por el profesional permite que los cuidadores sepan cómo suministrar los medicamentos, conocer sobre la enfermedad y ejercitar al enfermo³²⁰. Para los cuidadores el hecho de poder capacitarse cobra significado e importancia, debido a que consideran que esto les puede servir para mejorar la atención al anciano así como lograr tener herramientas que les permita ayudarlos.

“... o sea si toman dulce eso se le aumenta el azúcar o si comen mucha harina, eso es lo que yo entiendo...” F05EC

El cuidador conoce algo acerca de los medicamentos que toma el anciano, da cuenta del nombre del medicamento y la función que cumple en el organismo. Se evidencia que el cuidador posee conocimiento acerca de la enfermedad que padece el anciano y las implicaciones que tiene cierto tipo de alimentación en la aparición de la misma. Se ha encontrado que en la actualidad muchos de los cuidadores conocen los tratamientos porque están atentos a las referencias y recomendaciones dadas por los médicos y porque en la actualidad los profesionales de la salud están en la obligación de explicar los acontecimientos de sus pacientes a las personas responsables³²¹, en este caso los cuidadores, lo cual denota la importancia de aprender a cuidar, esto también se da porque han tenido familiares enfermos y han contado con la posibilidad de ver como se deben manejarlos.

5.3.4 Categoría No. 4: Ver por ellos todo el tiempo.

“A uno ya no le queda tiempo para uno mismo, porque se lidia con ella de día, de noche, a todas horas, uno ya no puede ni salir...” F05EC

▪ 5.3.9.1 Subcategoría 1: Solo hay tiempo para cuidarlo

“Antes me dedicaba a otras cosas, podía salir, visitar a unas familiares, pero ahora por estar cuidándola ya no” OP: la cuidadora lo dice con tono de voz melancólico y facies de tristeza F10E

³²⁰ KREUTZ, Irene; MUNHOZ GAIVA, María Aparecida; AZEVEDO, Rosemeiry Capriata de Souza. Determinantes socio-culturais e históricos das práticas... Op.cit. p.87.

³²¹ LARSON, Jane, FRANZÉN-DAHLIN, Amsen, BILLING, Michael. The impact of gender regarding psychological well-being and general life situation among spouses of stroke patients during the first year after the patients' stroke event: A longitudinal study **International Journal of Nursing Studies**. 2008 (45): 257

“Solo hay que cuidarlo, el tiempo es solo para eso” F11EC

“Hay que correr porque lo principal es estar pendiente de que nada le falte” F01EC

“Ya no hay tiempo ni pa’ echale un ojito a los animales” F05 EC

A partir de lo mencionado por los cuidadores, se evidencia que ahora solo dedican el tiempo para brindar cuidado y no en actividades que antes solían hacer como asistencia al hogar o visita a familiares, entre otros. Afirma González³²² que la mayor parte de los cuidadores familiares cuidan a la persona enferma desde el momento del diagnóstico. Lo cual implica que se dedique la mayor parte del tiempo a desempeñar su rol de cuidador y por tanto es considerado un fenómeno de larga data.

▪ **5.3.9.2 Subcategoría 2: Ya no hay tiempo para uno mismo**

“Ya no me queda tiempo ni pa’ arreglarme cuando salgo a la misa, solo la arreglo a ella y salimos rapidito” F04EB

“Yo me recuerdo que antes me ponía a arreglarme un poquito, que cortarme el pelo, que mantenerme las manos arregladitas, pero desde que me dediqué a cuidarlo eso ya no... que le toca a uno comer a las carreras ” F08EC

Se evidencia que a partir de las prácticas de cuidado, los cuidadores dejan de recibir autocuidado por brindar atención a las personas ancianas en la cotidianidad. En muchas ocasiones el cuidador se descuida por garantizar el bienestar del otro sin importar las consecuencias futuras³²³. De este modo es visto el cuidado como una carrera contra el tiempo debido a las múltiples ocupaciones que tiene el cuidador en su diario vivir, son escasos los momentos que el cuidador tiene para sí y muchas las actividades de cuidado para con el anciano, lo que hace que sea una carga al verse reflejado en el corto tiempo que tienen. Del mismo modo, se encuentra que los cuidadores que se han despreocupado en la satisfacción de sus propias necesidades por complacer las necesidades del anciano que cuidan.

5.3.5 Categoría No. 5: Pido ayuda a Dios para saber cómo lidiar.

“Yo le pido ayuda a Dios para saber cómo lidiar con él” F12EB

▪ **5.3.10.1 Subcategoría 1: La sabiduría de Dios para lidiar**

“Solo Dios me sabe dar la sabiduría que necesito para poder lidiar con todo esto” F03EC

³²² GONZÁLEZ ESCOBAR, Dianne Sofía. Habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica por diabetes mellitus. Op. cit. p. 32

³²³ SÁNCHEZ, Beatriz. El cuidado de la salud de las personas que viven situaciones de enfermedad crónica en América Latina. Fundación Santafé de Bogotá, 2002. P. 23.

“Desde temprano me levanto y me encomiendo a Dios porque si no yo no podría lidiarle ese genio que tiene y así uno no pelea con ellos” F06EB

Cuando las cargas son múltiples se encuentra que la sabiduría de Dios direcciona la forma en que se brindan cuidados. Los cuidadores refieren que Dios es un ser supremo que facilita las actividades y distorsionar los enfrentamientos que pueden surgir con el anciano. La sensación de compañía Divina es una forma positiva de generar cuidado y de sentirse apoyado por otro ser³²⁴ para realizar las tareas cotidianas de cuidado.

▪ 5.3.10.2 Subcategoría 2: Solo Dios puede ayudarlo a uno

“Pues... eso sí se lo dejo solo a mi Dios... más adelante... yo sí confío en mi Dios, yo sí estoy segura de que sí, de que quizás no me toque sufrir así como le ha tocado sufrir a ellos, pues ojalá Dios quiera que no, es la esperanza mía.” F03EC

“Yo le pido ayuda a Dios todos los días... para que me ayude con todo”. F11EB”

La forma de cuidado es generada a partir de la ayuda que Dios brinda, los individuos siempre están buscando ayuda debido a los sufrimientos en los que están inmersos y por la fatiga misma al creer que se lleva una carga de otros³²⁵. Por eso los cuidadores piden ayuda a Dios con el fin de soportar la sobrecarga de cuidado además de someterse a la sabiduría divina para poder realizar sus tareas diarias.

5.3.6 Categoría No. 6: Un castigo más grave es lidiar cuando el cuidador está enfermo

5.3.11.1 Categoría a: El cuidar como castigo

“Si, yo no sé, por qué Dios me castigó así tanto” F02EC

“Esto de cuidar es un castigo, a ratos claro está porque todo es muy difícil si uno no recibe ayuda de nadie ni de nada” F05EC

El cuidado es generado a partir de la voluntad de realizar las actividades correspondientes a este, sin embargo por las condiciones propias en las cuales se desarrolla es percibido como un castigo, teniendo entonces sobrecarga de cuidador. Esta aparece cuando el cuidador tiene varios factores que influyen negativamente en su tarea,

³²⁴ VARGAS A, Carolina. Efecto del modelo de cuidado cultural para personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza residentes en el área rural del Municipio de Cáqueza Cundinamarca. Trabajo de grado presentado para optar el título de Magister en salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. 2008

³²⁵ POTTER, Patricia. Fundamentos de enfermería. Teoría y práctica. Mosby Doyma. Madrid España 1996. P. 510.

por ejemplo la falta de ayuda para con el sujeto que ejerce el cuidado³²⁶. Como es visto en los cuidadores de personas ancianas en situación de discapacidad, por el grado de dependencia del anciano hacia ellos, el cuidado se percibe como una carga y a su vez como un aspecto negativo.

▪ **5.3.11.2 Subcategoría 2: Se lidia cuando el cuidador está enfermo**

“Tener salud porque... uno enfermo... uno enfermo lidiando a otro enfermo... si es como grave” F04EC

“Si uno tiene salud, pues bien, pero como me pasa ahora, que ya estoy achacosa y sobre el hecho me toca lidiarle con todo” F07EB

“Todo se puede con salud, pero así toda enferma como, pero así me ha tocado todos estos años” F08EB

El cuidador tiene a su cargo muchas actividades que debe desempeñar a cabalidad, sin embargo, en algunas ocasiones el cuidador que está pendiente del anciano con discapacidad sufre también de alguna enfermedad que hace más difícil la realización de tareas cotidianas y de cuidado. Los cuidadores dirigen las acciones de cuidado sin importar los factores externos que impiden su total desempeño³²⁷. Es por esto que las actividades de cuidado siguen presentes encaminadas a brindar bienestar al anciano así el cuidador se sienta enfermo, convirtiéndose entonces en una carga o como lo describen los cuidadores, como una acción de lidiar.

▪ **5.3.11.3 Subcategoría 3: Es un castigo cuando “queda así”**

“... todo esto es muy duro, verlo a él así, todo que no se puede mover, eso es un sufrimiento quedar así y verlo así también porque es un castigo para con uno cuando queda así...” F07EB

Para el cuidador es una sensación negativa el brindar cuidado a alguien que sufre alguna discapacidad, denominado en términos de los cuidadores “quedar así”, pues al tener mayor grado de discapacidad, aumenta el grado de dependencia hacia su cuidador y esto es expresado por el cuidador como un castigo. Los cuidados son proporcionados de manera efectiva cuando hay actitud positiva frente a este, sin embargo cuando hay sentimientos negativos y desesperanza, el cuidador se debate entre el cuidar y el

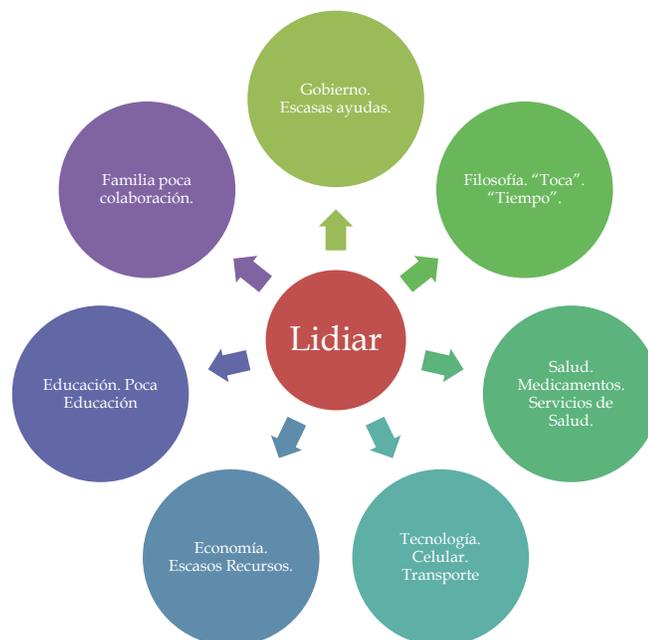
³²⁶ SÁNCHEZ, Beatriz. El cuidado de la salud de las personas que viven situaciones de enfermedad crónica en América Latina. Op.cit. p. 21

³²⁷ POTTER, Patricia. Fundamentos de enfermería. Teoría y práctica. Op.cit. p 206

mantener una carga³²⁸. Es por esto que el cuidador al verse inmerso en una serie de circunstancias negativas por la imposibilidad de moverse el anciano según la condición de discapacidad, es referido como castigo el cuidar a alguien que ha “quedado así”.

Finalmente se puede explicar de manera más detallada el tema tres: “Lo duro de lidiar diariamente con escasos recursos, ayudas de la familia y del gobierno, lo que sabemos y nos han enseñado” en la figura 6, donde se ilustra la forma en que el cuidador expresa como “lidiar” cotidianamente con los factores sociales, que influyen en su percepción y producen lo que algunos autores denominan carga del cuidado.

Figura 6. Fenómeno de lidiar en el cuidado



Fuente: Bejarano H Tatiana A. Datos obtenidos de la investigación Cuidados populares brindados por cuidadores familiares a personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza, área rural de Cáqueza 2012.

En el fenómeno de lidiar se evidencia en el esquema que el cuidador familiar tiene que lidiar la familia puesto que siempre la responsabilidad de cuidado recae sobre un miembro en especial, debido a que son pocas las ayudas generadas desde al gobierno a pesar de las políticas que han sido planteadas con el fin de mejorar la calidad de vida del anciano y demás personas en estado de vulnerabilidad. Desde este ámbito de la salud no todos los ancianos tienen acceso a los sistemas, si lo consiguen no logran cubrir los

³²⁸ LARSON, Jane, FRANZÉN-DAHLIN, Amsen, BILLING, Michael. The impact of gender regarding psychological well-being and general life situation among spouses of stroke patients during the first year after the patients' stroke event: A longitudinal study **International Journal of Nursing Studies** 2005: (45): 257

costos para los tratamientos médicos, el cuidado se brinda absorbiendo la mayor parte del tiempo del cuidador familiar. Al estar inmerso en el vacío de subsistir con pocos recursos económicos no hay capital suficiente para implementar adecuaciones en la vivienda u ofrecerle ayudas ortopédicas que garanticen el mejoramiento de la condición de salud del anciano con enfermedad crónica degenerativa.

6. Conclusiones

El presente estudio buscó describir los cuidados populares de los cuidadores familiares de personas ancianas en situación de pobreza en Cáqueza, a través de la investigación cualitativa con enfoque etnográfico, con la que pude comprender el cuidado popular.

Se encontró que, en su totalidad, quienes se ocupan de la atención de las personas ancianas en condición de discapacidad en la zona rural de Cáqueza son cuidadores familiares de la persona que cuidan, los cuales están en un rango de edad entre los 26 y 69 años, donde predominan las mujeres cuidadoras (9). La relación familiar corresponde a nueras, nietas, hijos, esposos y hermana, con un mínimo de 6 años de cuidado y un máximo de 15, cuidado direccionado a ancianos con patologías crónicas discapacitantes.

Por otra parte, para el cuidador su tarea es una responsabilidad que requiere siempre estar pendiente del familiar, basado en el amor, la paciencia, el valor, el saber y el coraje y que no debe ser tomada como una obligación sino como un acto que fluye porque se cuenta con el don o como algo con lo cual se nace, con el fin de brindar un cuidado de manera responsable.

Los cuidadores hacen realidad un sistema de cuidado popular, que implica ver por el familiar, mediando el tiempo entre “lidiar” con los factores externos de pobreza en que viven la gran mayoría de campesinos, y los internos al responsabilizarse de “estar pendiente” del familiar anciano con amor, coraje, la paciencia, saber y el valor, tejiendo un entramado de prácticas dirigidas al mantenimiento, la protección y la recuperación de la salud de la persona anciana, que he denominado el “Mosaico del cuidado popular”.

Cuidar al familiar anciano no es una tarea fácil, implica lidiar con los factores externos ante la falta de recursos, logrando que el anciano se sienta bien al desarrollar las actividades de la vida diaria. Es una responsabilidad cotidiana que busca mantener una buena relación familiar entre el cuidador y la persona anciana que se cuida en medio de contexto adverso en el que se desarrolla el cuidado.

Para el mantenimiento, la protección y la recuperación de la salud, los cuidadores ofrecen cuidados populares desde lo físico, lo mental y lo espiritual.

Se concluye además que el cuidador siempre busca que su familiar “se mantenga bien” a través de las prácticas populares de mantenimiento de la salud, las cuales incluyen acciones a nivel físico, mental y espiritual, donde se destaca lo relacionado con la comida que se prepara en casa: fresca, caliente, limpia y a su horas; la higiene personal y de la casa; el dormir bien, la tranquilidad de las personas ancianas mediante compañía, diálogo, distracción, y la salud espiritual, a partir de lectura de textos y oraciones. Así mismo las redes de apoyo social y familiar son importantes para mantener la salud de las personas ancianas.

Los aspectos espirituales de la protección de la salud de los cuidadores consisten especialmente en que hay una protección divina cuando éstos rezan el Rosario, encienden velas a la virgen, colocan crucifijos en las habitaciones; es una tradición que se conserva desde años anteriores, aprendidas de generación en generación. Para los cuidadores es importante tener contacto con algún ser supremo que garantice su bienestar, sin importar los percances que trae consigo la vida diaria.

Los cuidadores familiares tienen Fe a las recomendaciones de los médicos naturistas, homeópatas, y a algunos médicos. Al igual que a las hierbas medicinales, hecho que demuestra la existencia de un conocimiento popular, que permea en su uso una serie de valores y creencias como la fe que ha servido para “aliviar” a otros históricamente y eso es garantía para la utilidad en sí mismo.

Finalmente se encuentra el término *lidiar* como la forma de cuidar pero batallando constantemente con las adversidades económicas, políticas, tecnológicas, familiares y del sistema de salud que a diario los cuidadores tienen que enfrentar para continuar brindando cuidado al anciano.

7. Dificultades del estudio

A continuación menciono algunas dificultades que se presentaron durante el proceso investigativo.

- Fue difícil encontrar información y ubicar a los cuidadores familiares, puesto que en las zonas rurales no existen las direcciones o nomenclaturas que se usan en las áreas urbanas, si no que se llega por señas que establecen los campesinos, desde algunos lugares de referencia.
- Para el análisis de datos fue muy complejo combinar el lenguaje emic y etic.
- Una gran dificultad del estudio fue mi poca habilidad para escribir un documento de una investigación cualitativa.
- Desde lo metodológico, existe gran una limitación para lograr desarrollar un estudio de los cuidadores familiares que brindan cuidado a personas ancianas en el área rural, y es el tiempo requerido para la recolección de la información a través de entrevistas a profundidad y observación participante y el análisis de los datos, pues al comienzo quería hacer las entrevistas en su totalidad en el menor tiempo posible, pero en este proceso se invirtieron más de dos años para la recolección de la información, la comprensión y la interpretación de los datos, este proceso es muy dispendioso y absorbe el mayor tiempo de la investigación.
- Para los profesionales que trabajamos en el área asistencial es un proceso muy complejo y traumático, pues deben interrelacionarse las acciones de la profesión, la academia y las propias del hogar el cuidado familiar con un lactante.

Para efectuar una investigación de este tipo se requiere de mucho tiempo y a veces de dedicación casi exclusiva para el análisis de los datos y para el trabajo personal que desencadena este tipo de estudio, especialmente durante el encuentro de la reflexividad del investigador y de la reflexividad de los cuidadores familiares.

8.Recomendaciones

- **A la Secretaria de Salud del municipio de Cáqueza**

Mantener un control estricto sobre los subsidios que están destinados a entregarse a la población más vulnerable del municipio con el fin de garantizar a cada persona anciana una mejor condición de vida.

Brindar apoyo a los cuidadores familiares de los ancianos en situación de discapacidad, pues son ellos quienes diariamente luchan con las dificultades económicas, políticas, familiares, educativas y del sistema de salud, para que de esta forma sea menor la carga de cuidado.

Ofrecer un programa continuo de educación que facilite conocimientos acerca de cómo cuidar familiares con discapacidad

Socializar los resultados en la Alcaldía, profesionales de salud del municipio y con la población en general para hacer visible este fenómeno, y para que los entes gubernamentales que lideran las políticas públicas, tengan en cuenta estos resultados que aportan para el diseño de políticas y programas dirigidos a cuidadores familiares.

- **A las instituciones formadoras de recurso humano**

Formar profesionales con competencia cultural que facilite un cuidado culturalmente congruente permeado por la sensibilización cultural, la habilidad cultural, el deseo cultural, el conocimiento cultural y la toma de conciencia acerca de la manera como los cuidadores familiares brindan cuidados a sus familiares con amor, valor, paciencia coraje y el saber transmitido de generación en generación.

Incentivar el conocimiento por aquellas enfermedades crónicas discapacitantes con el fin de brindar un cuidado culturalmente competente desde la promoción de la salud, la protección de la enfermedad y la recuperación de la salud, teniendo en cuenta el enfoque diferencial a grupos culturales como en este caso cuidadores familiares rurales. El conocimiento de los cuidados populares permite incluir en el plan cuidados de enfermería

acciones dirigidas a mantener, negociar y/o cambiar algunos cuidados realizados por los cuidadores familiares.

Incluir en todos los currículos de enfermería asignaturas que permitan a las estudiantes aprender del cuidado popular, la competencia cultural y el cuidado de los cuidadores familiares y las personas ancianas, para hacer visible estos grupos altamente vulnerables en el área de salud de colectivos

Es importante conocer e involucrar desde el pregrado elementos de la Enfermería transcultural y las Teorías de enfermería que nos permitan establecer un acercamiento entre el conocimiento profesional y popular y articular el conocimiento teórico con la práctica del cuidado.

Enriquecer y profundizar en los conocimientos clínicos del “Cuidado de los cuidadores” en el programa de enfermería de diferentes universidades dando relevancia a la articulación teórica-práctica-investigación, para la formulación de estrategias en pro de la salud de los cuidadores .

Continuar motivando a los estudiantes de pregrado y posgrado para que fortalezcan la línea de investigación de las prácticas de cuidado en la salud materno-perinatal para que contribuyan a ampliar este conocimiento

- **A los cuidadores de personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza**

Crear espacios de comunicación con el fin de dar a conocer las situaciones de conflicto y de necesidades que a diario viven los cuidadores familiares de las personas ancianas y que hasta el momento no han recibido una visibilización y ayuda por parte del gobierno y la sociedad.

Hacer partícipe de las actividades de cuidado a los familiares de las personas ancianas en situación de discapacidad, con el fin de permitir espacios de descanso del cuidador familiar principal.

- **Investigación**

Continuar desarrollando investigaciones de tipo cualitativo en diferentes regiones, con el fin de seguir explorando los conocimientos de los cuidados populares ofrecidos por las cuidadoras de diferentes culturas, lo cual nos permite conocer las similitudes y diferencias de las prácticas de cuidado en otros contextos, y ajustar planes de cuidados flexibles a las verdaderas necesidades de cada subcultura.

- **Disciplina**

Seguir fortaleciendo el conocimiento propio de enfermería sobre el cuidado popular a través de investigaciones.

Difundir estos conocimientos por medio de una ponencia y en artículos, publicados en revistas indexadas

Anexo 1: Consentimiento informado

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA CON ÉNFASIS EN CUIDADO CRÓNICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Tatiana Alejandra Bejarano Hernández, enfermera y alumna del curso de posgrado a nivel de maestría de La Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, desarrollo la investigación: "Prácticas de cuidado popular ofrecido en casa por cuidadores a personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza del área rural del municipio de Cáqueza". Este estudio tiene como finalidad conocer las prácticas del cuidado popular, comprendiendo el significado de cuidar desde el entorno de la persona anciana en el área rural y estableciendo planes de cuidado profesional a futuro de acuerdo a las necesidades sentidas de la población en mención.

En el día de hoy vengo a hacerle la invitación para que haga parte de este estudio, en el cual se realiza una visita a su lugar de vivienda cuando usted tenga la disponibilidad, se toma nota de lo observado durante la entrevista, se registra la entrevista en cassette y posteriormente será transcrita en texto. Por tanto, me comprometo a mantener en anonimato la identificación de los participantes, a suspender las grabaciones en el momento que el participante así lo quieera, al igual entregar copia del material en texto de las grabaciones de las entrevistas si usted lo socilita y a presentar los resultados finales a la comunidad en la Casa de la Cultura, con la debida protección de la intimidad de cada persona que participa.

Finalmente recibo su autorización escrita y firmada para usar este material. Su participación es voluntaria y usted tiene la libertad para retirarse del estudio en cualquier momento sin perjuicio alguno.

USTED ESTÁ DE ACUERDO EN PARTICIPAR EN EL ESTUDIO?

Si

Muchas gracias. Si desea clarificar alguna duda o tenga alguna pregunta estoy a su disposición en el teléfono: 3176757254 o en Bogotá 2472097

Yareza Lorena
Nombre del participante

245397
Firma del participante

T. Bejarano
Tatiana A. Bejarano H.
Investigadora

El presente consentimiento informado se firma a los 19 días del mes de Marzo del 2010 en el Municipio de Cáqueza, Cundinamarca.

Anexo 2: matriz categorías y subcategorías

SUBCATEGORÍAS	CATEGORÍAS	PATRÓN	
Estamos pendientes de su comida	Procuramos mantenerlos bien, ayudándolos en las actividades de la vida diaria y cuidando sus pertenencias con sabiduría	Procuramos mantenerlos bien, protegerlos para que no se enfermen más y utilizar ayudas a las que les tenemos fe.	
Nos preocupamos por asearlos, vestirlos y sacarlos al sol			
Para que estén tranquilos los acompañamos, les hablamos, los distraemos y cuidamos sus pertenencias			
Se pide sabiduría a Dios para saber cómo cuidarlos			
Evitar que se caigan	Protegerlos para que no se enfermen más		
Evitar que se enfermen más			
Evitar visitas de algunas personas con sentimientos negativos			
Evitar visitas de personas con enfermedades contagiosas			
Siempre hay una protección Divina	Utilizamos ayudas a las que les tenemos fe, para mejorar su salud.		
Nos dejamos ayudar de médicos, homeópatas y yerbateros			
Utilizamos diferentes formas de tratamientos para mejorarlos	Lidiar para subsistir con pocos recursos, pocas ayudas del gobierno y del sistema de salud	Lo duro de lidiar con escasos recursos de la familia y del gobierno, lo que sabemos y nos han enseñado.	
Conseguir las ayudas del gobierno es una lidiadera			
Con insuficientes recursos subsistimos			
Es duro lidiar al anciano sin ayuda			
Lidiarlos sin ayuda de la familia			
Se lidia con la escasa ayuda tecnológica			
Lo que sabemos			Lidiar con lo que sabemos y lo que nos han enseñado
Lo que nos han enseñado			
Solo hay tiempo para cuidarlo			Ver por ellos todo el tiempo
Ya no hay tiempo para uno mismo			
La sabiduría de Dios para lidiar	Pido ayuda a Dios para saber cómo lidiar		
Solo Dios puede ayudarlo a uno			
El cuidar como castigo	Un castigo más grave es lidiar cuando el cuidador está enfermo		
Se lidia cuando el cuidador está enfermo			
Es un castigo cuando quedan así			

Anexo 3: Matriz patrones y temas culturales

PATRONES CULTURALES	TEMA CULTURAL
La responsabilidad de estar pendiente desde que “está así”, con amor, valor, paciencia, coraje y lo que sabemos.	Ver por ellos desde que “están así”.
Procuramos mantenerlos bien, protegerlos para que no se enfermen más y utilizar ayudas a las que les tenemos fe.	
Lo duro de lidiar con escasos recursos de la familia y del gobierno, lo que sabemos y nos han enseñado.	

Anexo 4: Aval comité de ética



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIDAD DE GESTIÓN DE INVESTIGACIÓN

UGI-036-2010
Bogotá, 25 de Febrero de 2009

Profesora
MAGDA LUCIA FLOREZ
Coordinadora Posgrados de Enfermería
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia
Ciudad

Apreciada Profesora:

De la manera más atenta, me permito informarle que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, se permite dar aval desde los aspectos éticos al Proyecto de investigación de Maestría en enfermería "CUIDADO POPULAR REALIZADO POR LOS CUIDADORES PRINCIPALES A PERSONAS ANCIANAS EN SITUACION DE DISCAPACIDAD Y POBREZA, EN EL AREA RURAL DE CAQUEZA, de la estudiante Alejandra Tatiana Bejarano, directora de tesis Vilma Florisa Velásquez Gutiérrez

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo. (Resolución No. 077 del 2006 del Consejo de Facultad de Enfermería).

Cordialmente,


VIRGINIA INÉS SOTO LESMES
Coordinadora Unidad de Gestión de Investigación
Presidenta Comité de Ética
Facultad de Enfermería
c.c. Archivo UGI

ciencia y tecnología para el país
FACULTAD DE ENFERMERIA
Carrera 30 No. 45-03, TORRE DE ENFERMERIA piso 8 Oficina 805
Commutador: 57 (1) 31 65 000 extensión 17020 - 17021
Telefax: 57 (1) 31 65 000 Ext. 17021
Correo electrónico: ugi_febog@unal.edu.co
Bogotá Colombia, Sur América

Nelly B...
2-03-10
10:00 a.m.

Anexo 5: Aval Alcaldía del municipio



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA
VICEDECANATURA

ACTA DE COMPROMISO – ACTA DE ACUERDO SUSCRITA ENTRE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA – SEDE BOGOTÁ – FACULTAD DE ENFERMERÍA Y LA ALCALDÍA DEL MUNICIPIO DE CÁQUEZA (CUNDINAMARCA). ACTA No.25

Entre los suscritos a saber, de una parte, **RAQUEL NATIVIDAD PINTO AFANADOR**, identificada con Cédula de Ciudadanía No.37.885.285 de San Gil, Decana de la Facultad de Enfermería, nombrada mediante Resolución No.118 del 18 de mayo de 2010 del Consejo Superior Universitario, Acta de posesión No.157 del 15 de junio de 2010, obra en nombre y representación de la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA**, ente Universitario autónomo del orden estatal, vinculado al Ministerio de Educación Nacional, regido actualmente por el Decreto 1210 de 1993, y de otra parte, **FREDY ENRIQUE TORRES ROJAS**, mayor de edad, domiciliado en la Ciudad de Cárquez (Cundinamarca), identificado con la cédula de ciudadanía No.11.407.405 de Cárquez, Representante Legal de **LA ALCALDIA DEL MUNICIPIO DE CAQUEZA (Cundinamarca)**, en adelante **LA ALCALDÍA**, en su calidad de Representante Legal, han acordado celebrar la siguiente Acta de Compromiso- Acta de Acuerdo:

CLAUSULA PRIMERA. OBJETO: a. Desarrollo del trabajo de investigación: **"Modelo de Cuidado Cultural para familias de personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza, Cárquez _ Cundinamarca"**, coordinado por la Profesora de la Facultad de Enfermería Vilma Florisa Velásquez Gutiérrez, perteneciente al grupo de Cuidado Cultural de la Salud de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. b. Desarrollo de trabajo grado para estudiantes del Pregrado de la Universidad Nacional de Colombia.c. Desarrollo de tesis de postgrado y otros que más adelante se regamente.

CLAUSULA SEGUNDA. DURACION: Dos (2) años contados a partir de la fecha de la firma.

CLAUSULA TERCERA. OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD: a. recolección de datos sobre los cuidadores de personas ancianas en el Municipio de Cárquez b. Aplicación del "Modelo de Cuidado Cultural para familias de personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza, c. Articulación de trabajos de grado y de postgrado de estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia.

CLAUSULA CUARTA. OBLIGACIONES DE LAS PARTES: Por parte de **LA ALCALDIA DEL MUNICIPIO DE CÁQUEZA (Cundinamarca)**": a. Asignar recurso humano para coordinar la convocatoria de los cuidadores de personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza del municipio de Cárquez; b. Asignar la infraestructura física requerida y los equipos necesarios para el desarrollo del trabajo de campo: recolección de la información y talleres educativos con las familias de personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza. c. Convocar los Cuidadores de personas ancianas, beneficiarios del proyecto de adulto mayor para la aplicación del Modelo de Cuidado Cultural para familias de personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza. d. De acuerdo a las medidas de sus posibilidades garantizar las mejores condiciones de bienestar y seguridad para la docente investigadora, los estudiantes y la auxiliar de investigación. e. Los demás requeridos para dar cumplimiento a la presente.

Por parte de la **FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA:** a. Desarrollar las actividades planeadas para cumplir con el objeto de la presente Acta b. Coordinar con **LA ALCALDIA DEL MUNICIPIO DE CAQUEZA (Cundinamarca)** la ejecución de actividades programadas para realizar el trabajo de campo, en aplicación del "Modelo de Cuidado Cultural para familias de personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza". c. Presentar los resultados de la investigación ante los grupos participantes y las instancias que la Alcaldía considere pertinente.

CUARTA.- DE LOS RECURSOS FINANCIEROS. El proyecto se financia con cargo al proyecto "Modelo de cuidado cultural para familias de personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza, Cárquez _ Cundinamarca", generadas por el Sistema QUIPU y cuyo código asignado es: 202010015855, ganador de la Convocatoria UGI-2010 de la **FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA**.

QUINTA. – PROPIEDAD INTELECTUAL. Las partes manifiestan que para efectos de la titularidad de los derechos de propiedad intelectual causados dentro de la presente Acta, los desarrollos y los resultados de los mismos e incluso sobre cualquier otra que se llegue a crear, su disposición, transformación, difusión, fijación, divulgación o comunicación, entre

ACTA DE COMPROMISO - ACTA DE ACUERDO SUSCRITA ENTRE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA - SEDE BOGOTÁ -
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y LA ALCALDÍA DEL MUNICIPIO DE CÁQUEZA (CUNDINAMARCA). ACTA No.25. Página 2/2

otros, de las investigaciones o sus resultados u obras creadas, derechos patrimoniales, con motivo o dentro de la presente Acta, la **FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA** y la **LA ALCALDÍA DEL MUNICIPIO DE CÁQUEZA (Cundinamarca)**, deberán cumplir las normas que para el efecto tenga cada una de ellas, teniendo en cuenta el porcentaje de su participación de 90% la FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA y 10% la ALCALDÍA DEL MUNICIPIO DE CÁQUEZA (Cundinamarca).

El proyecto sigue las directrices emanadas la resolución 035 del 2003, de la Universidad Nacional de Colombia, que tiene como finalidad expedir el reglamento sobre la propiedad intelectual. Los resultados que se generen de la presente propuesta serán divulgados en eventos científicos, publicados y dados a conocer a la comunidad académica y en general, para que sean utilizados en beneficio de los colectivos relacionados y la comunidad académica. Así mismo reproducirá y difundirá por cualquier medio conocido o por conocer los hallazgos de esta investigación cuando lo considere de importancia para el beneficio de la sociedad (Artículo 17).

La universidad Nacional de Colombia, en uso de sus derechos patrimoniales sobre esta investigación podrá con fines comerciales o no, reproducir la investigación o autorizar su reproducción. Autorizar la realización de traducciones, adaptaciones, arreglos, transformaciones de la investigación, respetando los derechos morales de los autores. Los autores de esta investigación tendrán el derecho moral, perenne, intransferible e ineludible a que sus nombres y título de la investigación se mencionen en toda la utilización que se haga de la misma. Así mismo dará crédito al apoyo recibido por la ALCALDÍA DEL MUNICIPIO DE CÁQUEZA (Cundinamarca) en las publicaciones.

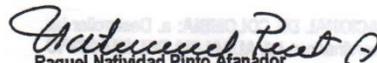
CLAUSULA QUINTA. PLAN COMPLETO DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR: Se presenta el siguiente cronograma de las actividades a desarrollar para cumplir con el objeto: Desplazamientos Bogotá -Cáqueza y Cáqueza -Bogotá de acuerdo a programa concertado con la Alcaldía, Levantamiento de listado de beneficiarios del programa de adulto mayor, específicamente las personas mayores en situación de discapacidad y pobreza, residentes en el área rural y urbana del municipio. Reuniones con coordinadores del programa de adulto mayor. Organización equipos de trabajo, Ubicación de las familias, aplicación del modelo y recolección de datos cuantitativos, imputación de los instrumentos, ingreso base de datos.

MECANISMOS DE TRABAJO Y SUPERVISIÓN A LOS ESTUDIANTES PARTICIPANTES DE LA PASANTÍA: La docente designada, será responsable de la planeación, ejecución, evaluación, ajustes y la supervisión y organización del desarrollo del proyecto.

Coordinador de la pasantía: Profesora Vilma Florisa Velásquez Gutiérrez identificada con Cédula de Ciudadanía No.21.021.083 expedida en Tocancipá.

En Constancia se firma en la Ciudad de Bogotá, D.C. a los _____

20 MAY 2011


Raquel Natividad Pinto Afanador
Decana
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia


Fredy Enrique Torres Rojas
Representante Legal
Alcaldía del Municipio de Cáqueza

ciencia, tecnología e innovación para el país

Carrera 30 No.45-03, **TORRE DE ENFERMERÍA**, Edificio 101, Piso 11°, Oficina 1103
Telefax:(57-1) 316 5109 Conmutador:(57-1) 316 5000 Ext.17003 Fax: 17003
Correo electrónico: viceacade_febog@unal.edu.co
Bogotá, Colombia, Sur América

Anexo 6. Acciones de cuidados populares brindados por cuidadores familiares a personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza

Prácticas populares	Físico	Mental	Espiritual
Mantenimiento de la salud	<p>Preparar y darle su comidita, toda bien limpia, hervidita, fresquita, a sus horas, calientica y como lo sugieren los médicos.</p> <p>Tenerlos limpiecitos con agua calientica, secándolos, vistiéndolos, afeitándolos y sacándolos al sol.</p> <p>Mantener limpia la casa, la ropa y sus cosas.</p> <p>Durmiendo bien.</p>	<p>Para que estén tranquilos, los acompañamos, les hablamos, los distraemos y ayudamos a cuidar sus pertenencias.</p>	<p>Pedirle sabiduría a Dios</p> <p>Leer textos bíblicos, de Atalaya y Despertar.</p> <p>Tener fe para ayudarlos.</p> <p>Encender velas a la Virgen para que traiga cosas buenas.</p>
Protección de la enfermedad	<p>Evitamos que se caigan, no dejándolos solos, prendiéndoles la luz, dándoles la mano, colocándoles ayudas y retirando obstáculos.</p> <p>Evitamos que se enfermen, protegiéndolos del frío, del sereno y de estar mojados, Evitar visitas de personas con enfermedades contagiosas.</p>	<p>Evitar visitas de algunas personas rencorosas.</p> <p>Evitar conflictos.</p> <p>Olvidar deudas para no enfermarse de la cabeza.</p> <p>Trabajar para olvidar las penas.</p>	<p>Los textos bíblicos lo protegen a uno del mal.</p> <p>Encender velas a la Virgen para que aparte las enfermedades.</p> <p>Rezar el Rosario y usar escapularios para protección.</p>
Recuperación de la salud	<p>Les damos los medicamentos como dicen los médicos.</p> <p>A veces toca tratarlos con medicinas alternativas.</p> <p>Ellos tienen mejoría con remedios naturistas.</p> <p>Con algunas agüitas se mejoran.</p> <p>Se les echa cremas para aliviarlos.</p> <p>Hacen ejercicios para componerse.</p> <p>Masajes en el cuerpo.</p> <p>Traer rápido al anciano cuando se enferme y no esperar a que pase el tiempo.</p>	<p>Tener actitud positiva para cuidarlos y mejorarlos</p> <p>Pensar que todo va a salir bien</p>	<p>La Fe que ponemos en los remedios populares.</p> <p>Algunos rezos mejoran.</p> <p>Hay partes de la Biblia que le dicen a uno que la salud viene de Dios.</p>

Bibliografía

ACHUDUME, Albert C. Environmental health, development and economic empowerment of rural women in Nigeria. Springer Science and Business (25) September 2007.

AHMED S. M. Socioeconomic status overrides age and gender in determining health – seeking behavior in rural Bangladesh. Bull World Health Organ vol.83 no.2 Ginebra Feb. 2005.

ALCALDÍA MUNICIPAL DE CÁQUEZA. Perfil epidemiológico de Cáqueza. Secretaría de Desarrollo Social y Económico. 2008.

AKPINAR Nevin, TALAY İlkden, CEYLAN Coşkun, GÜNDÜ, Sultan. Rural women and agrotourism in the context of sustainable rural development: a case study from Turkey. Kluwer Journal 6: 2004.

ARIAS VALENCIA, María Mercedes. Triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. Archivo del portal para estudiantes. Consultado 8 agosto 2010. Disponible en internet: <http://www.robertexto.com/archivo9/triangul.htm>

ARSLANTAS, Didem, Life quality and daily life activities of elderly people in rural areas. Eskisehir-Osmangazi University, Medical Faculty, Department of Public Health, Meselik-Eskisehir (26). 480, Turkey 2004.

BADIA X, LARA N, ROSET M. Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. Aten Primaria. 2004; 34 (4)

BARRERA Lucy, PINTO Natividad, SÁNCHEZ Beatriz. Habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica: Comparación de géneros Disponible en: <http://encolombia.com/medicina/enfermeria/Enferia9206-Habilidad.htm> Consultada el 2 febrero 2010.

BARRERA PAZ, Leobaldo. Demografía: el adulto mayor en la estructura poblacional. En: QUINTERO OSORIO, Marialcira. La salud de los adultos mayores. Una visión

compartida. Maracaibo: Ediciones del Vicerrectorado Académico, Universidad del Zulia. 2008.

BARRERA Lucy, PINTO Natividad, SÁNCHEZ Beatriz. Habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica: Comparación de géneros Disponible en: <http://encolombia.com/medicina/enfermeria/Enferia9206-Habilidad.htm> Consultada el 2 febrero 2010

BIORDI, Diana . In-Home Care and respite care as self care. Washington: National Institute de Nursing Research. 2008

BROWNA, Philip H, TIERNEY, Brian. Religion and subjective well-being among the elderly in China. The Journal of Socio-Economics 38 (2008) 310-319.

CARRASQUILLA, J. Manual del Cuidador Primario. Club de Alzheimer. Medellín Colombia. 2007.

CASTELLANOS SORIANO, Fabiola. Comprendiendo el cuidado de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza. Trabajo de grado para optar el título de Doctorado en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2009.

CLIMON, Jacob J. (2000). Eldercare as "woman's work" in poor countries. Journal of Family Issues, 21(6), 692-713

COFFEY, Amanda y ATKINSON, Paul. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Traducido por Eva Zimmerman. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2003.

COLLIER, M.F. Promover la vida. De la Practica de als mujeres cuidadoras a los cuidados en enfermeria. Madrid, Mc Graw-Hill, Interamericana, 1997:26-32.

COLOMBIA. Confederación Colombiana de Organizaciones No Gubernamentales y Asociación Interdisciplinaria de Gerontología de Colombia. Agenda sobre envejecimiento, Colombia siglo XXI. Documento Analítico del país para la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Bogotá: Autores; 2002.

COLOMBIA. Congreso de la República. Ley 361 (7 de febrero de 1997). Diario Oficial No. 42978. Santa Fe de Bogotá, D.C., 1997.

COLOMBIA. Congreso de la República. Ley 368 de 1997. Diario Oficial No. 43.037, de 8 de mayo de 1997.

COLOMBIA. Ministerio de Comunicaciones y Centro de Psicología Gerontológico. Envejecimiento comunicación y política. Bogotá 2004 (Consultado en marzo 7 de 2012) Disponible en: <http://www.envejecimiento.gov.co/publicaciones.htm>

COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Política nacional de envejecimiento y vejez, 2007-2019. Disponible en <http://www.funlibre.org/documentos/diplorecyam/PoliticaNalDeEnvejecimientoyVejez.pdf>. p. 1-49.

COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Política nacional de envejecimiento y vejez, 2007-2019. Disponible en <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>. Consultado el 1 de febrero de 2012.

COLOMBIA. Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Proyecto de acuerdo 227. Por medio del cual se crean cursos gratuitos de inglés para la población en discapacidad del Distrito Capital y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D.C.: Anales del Concejo, 2008 [citado 31 octubre 2010]. Disponible en internet: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=29653>.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). División de Población de la CEPAL. Manual de indicadores de calidad de vida en la vejez. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2006.

CONDE SALA, J. Lluís . Integración de la familia en el proceso terapéutico de la demencia. En: ALBERCA Román y LÓPEZ-POUSA Secundino. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2000.

CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA. Conclusiones del Consejo «Planteamientos innovadores para las enfermedades crónicas en los sistemas de salud pública y de atención sanitaria». Diario oficial de la Unión Europea. 2011. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2011:074:0004:0005:ES:PDF>

CONSEJO MUNICIPAL DE CÁQUEZA. Plan de Desarrollo “Por la vía correcta”. 2008 – 2011. Acuerdo 007 de 2008.

CRUZ VELANDIA, Israel. 1.2 Discapacidad: Campo emergente del conocimiento, teorías e investigación. p.43 En: GÓMEZ B, Julio César. Discapacidad en Colombia: Reto para la Inclusión en Capital Humano. Fundación Saldarriaga y Colombia Líder. Abril 2010. Consultado en: <http://www.saldarriagaconcha.org/Library/News/Files/DISCAPACIDAD%20EN%20COLOMBIA%20DIAGNOSTICO%20REGISTRO236.PDF> Abril 25 de 2012.

DE LA CUESTA BENJUMEA, Carmen. "Aquí cuidamos todos": asuntos de individualidad versus colectividad en un estudio sobre cuidado en la casa de pacientes con demencia avanzada. Forum: Qualitative Social Reserch. 7 (4) Art. 5 2006. Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/170/381>. Consultado: 03 de septiembre de 2012

DE LA CUESTA BENJUMEA, Carmen. Cuidado artesanal: La invención de ante la adversidad. Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. 2004.

DELGADO, Juan Manuel y GUTIÉRREZ, Juan. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Editorial Síntesis,1999. p. 672.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE). Reporte demográfico. Bogotá. Colombia 2001.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE). Censo poblacional, informe preliminar. Bogotá: enero de 2006.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE). Reporte preliminar del censo nacional, enero 2006. Bogotá Colombia. Disponible en: www.dane.gov.co, última consulta abril 2008.

DIEZ BULL, Elena. Anciano y familia: una relación en evolución. Anales de Enfermería. Suplemento 1. Navarra, España. 2000.

ESCOBAR TRIANA J. Nietzsche y la salud. Revista Colombiana de Filosofía de la Ciencia. 2001; 2 (4-5). p. 75-82.

ESCUADERO, Bibiana. Cuidadores informales. Necesidades y ayudas. Revista ROL de Enfermería. 2001; 24 (3) p 183-189.

GIGNAC, Cameron. "Timing It Right": A conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. Department of Occupational Sciences and Occupational Therapy, University of Toronto, Canada. **Patient Education and Counseling** 2008; (70): 305-314.

GOLDSTEIN R, RIVERS P. The medication role of informal carers. *Health and Social Care in the community* 1996; 4(3) p.150-158.

GONZÁLEZ, Araceli. Características sociodemográficas de salud y utilización de recursos sanitarios de cuidadores de ancianos atendidos en domicilio. *Gerokomos* 2009; 20(1): 15-27.

GONZÁLEZ ESCOBAR, Dianne Sofía. Habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica por diabetes mellitus. *Avances en Enfermería*. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 24(2) 2006.

GRUPO DE CUIDADO CULTURAL DE LA SALUD. Desarrollo de un Modelo de Cuidado Cultural para personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza [Informe final del proyecto]. Bogotá: Colciencias. Universidad Nacional de Colombia; 2008.

GUBER, Rosana. *El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2004.

GUBER, Rosana. *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Bogotá: Enciclopedia Latinoamericana de sociocultura y comunicación. Grupo editorial Norma, 2007.

GUTIERREZ Y RESTREPO, Emmanuelle. Aplicación de la terminología propuesta por la Clasificación Internacional de Funcionalidad, Discapacidad y Salud (CIF) Consultado 23 febrero 2010. Disponible en: <http://www.sidiar.org/recur/desdi/pau/cif.php>

HEIERLE, Cristina. *Cuidando entre cuidadores: intercambio de apoyo en la familia*. Cuadernos Index/3. Granada. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. 2009.

HELMAN, C. Abrangencia de antropología médica. En: *Cultura, Saúde & Doença*. 4ª. Ed. Editorial Artmed. 2005. p.11-23.

HELPAGE INTERNATIONAL. *Acción global sobre el envejecimiento. El informe sobre el envejecimiento y el desarrollo, un resumen: pobreza, independencia y las personas*

mayores en el mundo, 2007. Disponible en:
<http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/ORGIN006.pdf>

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ-COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCIO, Pilar. Metodología de la investigación. 5ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2010.

HIDALGO, G María Isabel. Estado de los cuidadores principales de pacientes domiciliarios. Boletín epidemiológico de Murcia. Dirección general de salud pública. 2003; (24)6: 49.

HOYOS V. Guillermo. Ética ciudadana con énfasis en género. En: Cuidado de la vida. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Cátedra Manuel Ancizar. Diciembre 2006

HUENCHUAN, Sandra. Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. CEPAL. Chile, 2009 (Internet). Disponible en:
<http://.imtersomayores.csic.es/documentos/documentos/cepal-envejecimiento-05.pdf>
Consultado 22 marzo 2011.

IBARRA, Teresa Ximena; SILES, José. Competencia Cultural. Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. Revista Index Enferm 2006; 55:44-48.

INGETEC Ingenieros Consultores. Proyectos de vías terrestres y férreas en Cundinamarca. Colombia. Icontec Colombia. Brochure Vías 2008,

INSERSO. Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles. p. 4 Disponible en: <http://www.imtersomayores.csic.es/documentos/documentos/imsero-cuidados-01.pdf>. Consultada el 26 de abril de 2012.

JACOBSON, David. Reading Ethnography Buffalo, Suny Press. Citado por GUBER, Rosana. La etnografía. Método, campo y reflexividad. Bogotá: Grupo editorial Norma, 2007.

JEWSON N. Family, community and health. En Taylor S, Field D. ed. Sociology of health and health care. Londres: Blackwell Science.; 1993 p.173-188.

KAAKINEN, JR. Family health care nursing theory, practice and research. F. A. Davis. 3th. Ed, Filadelfia. 2002. p 74- 75.

KREUTZ, Irene. BARBOSA, Merighi. Cuidado popular com feridas: representações e práticas na comunidade de São Gonçalo, Mato Grosso, Brasil. Revista SCiencie Enfermería. 2003; 9(1). p. 39-53.

KREUTZ, Irene; MUNHOZ GAIVA, María Aparecida; AZEVEDO, Rosemeiry Capriata de Souza. Determinantes socio-culturais e históricos das práticas Populares de prevenção e cura de doenças de um grupo Cultural. Texto & Contexto Enferm 2006, enero-marzo, 15 (1):88-97.

LADINO GIL, Lina, LADINO GIL, Yurani. Familia cuidadora de ancianos en situación de discapacidad y pobreza. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia 2006.

LADITKA, James N, LADITKA Sarah B. Health care access in rural areas: Evidence that hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions in the United States may increase with the level of rurality. The Journal of Socio-Economics (36) 2008.

LARA, Laydis. SILVEIRA, PABLO. “Síndrome del Cuidador” en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. Revista Cubana de Enfermería. La Habana. 2001; (17).

LARSON, Jane, FRANZÉN-DAHLIN, Amsen, BILLING, Michael. The impact of gender regarding psychological well-being and general life situation among spouses of stroke patients during the first year after the patients' stroke event: A longitudinal study **International Journal of Nursing Studies**. 2008 [\(45\)](#).

LEININGER, Madeleine. Transcultural nursing: Concepts, theories and practice. New York Columbus. Edition 1978.

LEININGER, Madeleine. Culture Care Theorie. Research and practice. Nursing Science Quarterly . New York. Edition 1995.

LEININGER, Madeleine. Culture Care Diversity and Universality Theory and evolution of the Ethnonursing method. 2009.

LEININGER, Madeleine. Qualitative Research Methodos in nursing. New York: Grune & Stratton. Edition 1985.

LIPSON, Juliene G. Cultura y cuidados de enfermería. Revista Index de Enferm, 2000; 28-29:19-25.

LÓPEZ, Lucero. O cuidar no contexto da adversidade: a história oral de idosos em uma comunidade colombiana [Tesis] Sao Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2003.

LÓPEZ, Lucero. Palabras de inauguración. I Seminario Internacional de Cuidado Cultural. Bogotá, noviembre 19 de 2006.

LÓPEZ Lucero, ALZATE Martha Lucía y VELÁSQUEZ G, Vilma. Diseño y aplicación de un Modelo de Cuidado Cultural para personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza residentes en el área urbana de Bogotá y rural del Municipio de Cáqueza, Cundinamarca.

McFARLAND, Marilyn. Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. En: MARRINER TOMEY, Ann y RAILE ALLIGOOD, Martha. Modelos y teorías en enfermería. 6ª Ed. Madrid: ELSEVIER Mosby. 2007.

MEDINA CORDERO, Lorenzo. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. Enfermería Global, No. 17; 2009.

MEJÍA ITUYÁN, Luz Dary. Cuidados populares de las familias en situación de pobreza con personas ancianas que presentan limitación física. Tesis para optar la Maestría de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C. 2011.

MEJÍA I Luz Dary, LÓPEZ-D Alba Lucero, VELÁSQUEZ G Vilma F. Hierbas medicinales: un asunto más allá de las prácticas populares. Avances en el cuidado de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Primera edición. 2010.

MARRINER-TOMEY, Ann, RAILE ALLIGOW, Martha (1999) Modelos y Teorías en Enfermería. Cuarta edición. Ed. Harcourt Brace. España.

ORÍÁ MOB, XIMENES LB, ALVES MDS. Madeleine Leininger and the Theory of the Cultural Care Diversity and Universality: an Historical Overview. Online Braz J Nurs 2005 August; 4(2) Disponible en: <http://www.nepae.uff.br/siteantigo/objn402oriaetal.htm> (Consultado el 18 de noviembre 2009).

MONTGOMERY, C. El cuidado de las personas mayores dependientes. 1999. Disponible en <http://www.zaintzea.org/documentacion/EI%20cuidado%20de%20las%20personas%20mayores%20dependientes.pdf> Consultado el 22 noviembre 2011.

MORENO María Elisa, NÁDER Andrea y LÓPEZ DE MESA Clara. Relación entre las características de los cuidadores familiares de pacientes con discapacidad y la percepción de su estado de salud. *Avances en Enfermería*. 2004; (22)1.

MORIMOTO T, SCHREINER A, ASANO H. Perception of burden among family caregivers of post-stroke elderly in Japan. *International Journal of Rehabilitation Research*. 2001; 24:221-226.

MORSE, Janice M. "Emerger de los datos": los procesos cognitivos del análisis en la investigación cualitativa. En: *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2006.

MUÑOZ DE RODRÍGUEZ Lucy, VÁSQUEZ Marta Lucía. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. *Colomb. Med*. 2007; 38 (4): 99-103.

NACIONES UNIDAS - Asociación Internacional de Gerontología. Programa de investigación sobre el envejecimiento para el siglo XXI. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37(Suppl 2):57-64. En: MEJÍA ITUYÁN Luz Dary, LÓPEZ-DÍAZ Alba Lucero y VELÁSQUEZ GUTIÉRREZ Vilma Florisa. *Hierbas medicinales: una asunto más allá de las prácticas populares*. 2009.

NACIONES UNIDAS. Los objetivos de desarrollo del milenio. Informe 2008. Nueva York. Recuperado el 1 de agosto de 2009. http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2008_SPANISH.pdf. Consultado septiembre de 2009.

NACIONES UNIDAS. Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. Viena-Austria, julio-agosto de 1982. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/asamblea-planviena-01.pdf>, p, 4 Consultado el 25 de abril de 2012.

NEVIN, Akpinar. ILKDEN, Talay. COSKUN, Ceylan. GUNDUZ, Sultan. Rural women and agrotourism in the context of sustainable rural development: a casa stude from Turkey. *Kluwer Journal* 6: 2004.

NKONGHO, Ngozi. El inventario de habilidad de cuidado. The caring ability inventory. En: STRICKLAND O, WALTZ C. Measurement of Nursing Outcomes. Vol. Foru. 1999.

NOREÑA, Juan Camilo. Entendiendo el envejecimiento en el ser humano. Revista Colombiana de Cirugía Plástica. Hospital Universitario de la Samaritana. Octubre – noviembre 2000. Vol. 12.

OJEDA, Gabriel; ORDÓÑEZ, Myriam y OCHOA, Luis Hernando. Salud sexual y reproductiva. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Profamilia. Bogotá, 2005.

OMS. Informe mundial sobre la discapacidad, 2011, p.8. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf. Consultado el 1 de marzo de 2012.

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (ONU). Resolución 50/141, año 2003, art. 5.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud. Indicadores básicos de la situación en salud 2010. Disponible en:

www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=238&Itemid=121 Consultado el 25 abril 2012

ORTEGA, J. Aproximación a los cuidados informales de enfermos renales crónicos en el complejo hospitalario de Jaén. Revista Sociedad Española de Nefrología. 2007; 10 (2): 127/136.

OSORIO, Bibiana. Diseño y validación del cuestionario de valoración cultural de la salud para personas ancianas. Trabajo de grado presentado para optar el título de Magister en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. 2008.

PICKARD, Susan and GLENDINNING, Caroline. Comparing and contrasting the role of family carers and nurses in the domestic health care of frail older people. Health and Social Care in the Community. 2002.

PERRY, Joann. Daughters Giving Care to Mothers Who Have Dementia: Mastering the 3 R's of (Re)Calling, (Re) Learning and (Re) Adjusting. Journal of Family Nursing. Vol. 10 No. 1, 2004. p 50-69.

PICKARD, Susan and GLENDINNING, Caroline. Comparing and contrasting the role of family carers and nurses in the domestic health care of frail older people. *Health and Social Care in the Community*. 2002; 10(3).

PINTO Natividad. Comprender la situación de cronicidad que viven nuestros pacientes. *La investigación y el cuidado en América Latina*. Bogotá: Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 1964.

POLIT, Denise y HUNGLER, Bernadette. *Investigación científica en ciencias de la salud*. 6ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, 2000.

POTTER, Patricia. *Fundamentos de enfermería. Teoría y práctica*. Madrid: Mosby Doyma. 1996.

RAMÍREZ ORDOÑEZ, María Mercedes. Habilidad del cuidado de los cuidadores principales de pacientes con cáncer gastrointestinal. *Avances en Enfermería*. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 23(2) 2005.

RINCÓN OSORIO F. Propuesta de guía de enfermería del paciente con infarto agudo del miocardio. *Revista Actualizaciones en Enfermería*. 2004; (7)4:12.

RODRÍGUEZ, María Raquel. Propuesta de cuidado al Recién Nacido desde lo cultural basado en las prácticas de cuidado que las madres adolescentes realizan con sus hijos recién nacidos durante la etapa de puerperio. Trabajo de grado para optar el título de Especialista en Enfermería Materno Perinatal con apoyo Familiar. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2005.

ROHRBACH Cecilia. En búsqueda de un cuidado universal y cultural. *Revista de Investigación y Educación en Enfermería*. Septiembre 2007; 25(2).

ROMERO Dulce María. Actividades de la vida diaria. *Anales de Psicología*. Universidad de Murcia. España. 2010; 23 (2). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/167/16723213.pdf> Consultada el 26 de abril de 2012.

ROMERO María Nubia. La mujer como cuidadora en la historia de la enfermería. En *Avances de Enfermería*, Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Bogotá. 2000; (18)2: 31.

ROMERO Nubia. Investigación, Cuidados enfermeros y Diversidad Cultural. Revista Index Enfermería. 2009; (18)2. 110-122.

ROMERO María Nubia; RODRÍGUEZ María Cecilia. Medicina tradicional en el área urbana de Tunja. Perspectiva. Proceso Salud-Enfermedad, 1988,5(1):11-25.

RUIPÉREZ, I. Envejecimiento, siglo XXI y solidaridad. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002; 37(Suppl 2):3-7. En. MEJÍA ITUYÁN Luz Dary, LÓPEZ-DÍAZ Alba Lucero y VELÁSQUEZ GUTIÉRREZ Vilma Florisa. Hierbas medicinales: una asunto más allá de las prácticas populares. 2009.

RUNCIMAN, W.G. A Treatise on Social Theory. Vol. I: The Methodology of Social Theory. Cambridge: Cambridge University Press, 1983. Citado por GUBER, Rosana. La etnografía. Método, campo y reflexividad. Bogotá: Grupo editorial Norma, 2007. p. 13.

SANA M, PANTELIDES A. La pobreza entre los ancianos. Lo que dicen los datos a la luz de las limitaciones de la medición. Revista Desarrollo Económico. Enero – marzo 1999, vol. 38, p. 1005-1026.

SÁNCHEZ, Beatriz. Dimensión espiritual del cuidado de enfermería. Un análisis de los aspectos históricos y teóricos. Avances en el cuidado de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 2010. Primera edición

SÁNCHEZ, Beatriz. El cuidado de la salud de las personas que viven situaciones de enfermedad crónica en América Latina. Fundación Santafé de Bogotá, 2002.

SÁNCHEZ, SANABRIA Marina,. HERRERA SALAZAR Francia Esther,. SOCARRÁS, Mariaemma. El sentido cultural del cuidado en casa del enfermo crónico. Revista Ciencia y Cuidado, 2008. 5(1):74-85. Universidad Francisco de Paula Santander. Disponible en: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2884817.pdf

SCHRAMA, Miranda. Setting and registry characteristics affect the prevalence and nature of multimorbidity in the elderly Journal of Clinical Epidemiology (61) 2008 .

SIMMEL, G. "Sociología de la comida". El individuo y la libertad. Ensayos de crítica de la cultura. Barcelona: Península. 1986.

SITIO OFICIAL DE CÁQUEZA. Disponible en: <http://www.caqueza-cundinamarca.gov.co/nuestromunicipio.shtml>

SMITH Lorraine, LAWRENCE Maggie. Informal Carers: Experience of caring for stroke survivors. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 46(3). P 235 -244.

SPECTOR, Rachel. Las culturas de la salud. Prentice-Hall. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Alicante. España, 2002.

STECK, Philippe. Cómo enfrentar los cambios en las estructuras familiares. Adaptación de las políticas familiares a la evolución de la familia en el mundo. Lo esencial de la seguridad social. Asociación Internacional de la Seguridad Social – AISS. 2009. p. 15. Disponible en internet: <http://www.issa.int/esl/content/download/75658/1436030/file/3TR-29.pdf>. Consultado el 14 septiembre 2009

STOBER, Laura. Efectividad de una intervención de consejería para ayudar a cuidadores familiares de pacientes crónicamente enfermos. 1997.

STRAUSS, Anselm y COBIN Juliet. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Universidad de Antioquia: Contus Editorial.

TAYLOR, Teefel y HEFLINGER Christian. Experience of Strain Among Types of Caregivers Responsible for Children With Serious Emotional and Behavioral Disorders. *Journal of emotional and Behavioral disorders*. 2002. Vol. 14, N3. p.157-168.

TARRÉS CHAMORRO María Sol. El cuidado del “otro”. Diversidad cultural y enfermería transcultural. Disponible en: <http://www.urg.es/pwlac/> G17. Consultado en abril de 2008.

TORRES LÓPEZ, Teresa Margarita. Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales. *Revista Universidad de Guadalajara. Dossier Ciencias sociales y ciencias de la salud, primavera 2002; 23*. Disponible en <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug23/contenido23.html> (consultado el 10-10-2009).

TREVIÑO S, PELCASTRE B, MÁRQUEZ M. Experiencias de envejecimiento en el México rural. *Salud pública Méx* v.48 n.1 Cuernavaca ene./feb. 2006. En: VARGAS ACEVEDO, Carolina Andrea. Efecto del modelo de cuidado cultural para personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza residentes en el área rural del Municipio de Cáqueza Cundinamarca. Tesis presentada para optar el título de Magister en salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. 2008.

VINACCIA, Stefano y OROZCO, Lina María. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedad crónica. *Perspectiva psicológica*. Universidad San Buenaventura. 2005; (1)2: 125.

VANEGAS Blanca. Relación existente entre la habilidad de cuidado de los cuidadores principales de personas en situación de enfermedad crónica discapacitante y la funcionalidad de las personas que son cuidadas y pertenecen al programa de discapacidad del municipio de Chía. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Tesis para optar el título de Magister en Enfermería con énfasis en cuidado crónico. Bogotá, Colombia, 2005.

VARGAS A, Carolina. Efecto del modelo de cuidado cultural para personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza residentes en el área rural del Municipio de Cáqueza Cundinamarca. Trabajo de grado presentado para optar el título de Magister en salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. 2008.

VÁZQUEZ-BARQUERO, José Luis (Coord). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001.

VEGA, Olga Marina. Habilidad del cuidado de los cuidadores primarios de adultos discapacitados por enfermedad cerebrovascular del Norte de Santander. Trabajo de grado para optar el título de Magister en Enfermería con énfasis en Cuidado al paciente crónico. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2005.

WARD-GRIFFIN Catherine, OUDSHOORN Abram, CLARK Kristie, BOL Nancy Mother-Adult Daughter Relationships Within Dementia Care: A Critical Analysis *Journal of Family Nursing* February 2007 13: 13-32, doi:10.1177/1074840706297424. Disponible en: <http://jfn.sagepub.com/content/13/1.toc>. Consultado 03 de septiembre de 2012.

WILSON, Edward O. *In Search of Nature*. Editorial Norma, 1996, p. 111.

WHO. World Health Survey. Geneva, World Health Organization, 2002–2004. En: OMS. Informe mundial sobre la discapacidad, 2011, p.9-10. La Valeta Malta.. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf. Consultada 1 de marzo de 2012.

YUEH-CHING Chou, YUE-CHUNE Lee, LI-CHAN Lin, AI-NING Chang y WEI-YI Huang
Social services utilization by adults with intellectual disabilities and their families Institute
of Health and Welfare Policy, National Yang-Ming University, Institute of Clinical and
Community Health Nursing, National Yang-Ming University, Taipei, Taiwan. **Social
Science & Medicine**. Available online 12 Marzo 2008. P. 23.