

# Tejiendo explicaciones sobre vejez, discapacidad y pobreza en los cerros nororientales de Bogotá, Colombia<sup>1</sup>

Fabiola Castellanos Soriano<sup>2</sup>  
Lucero López<sup>3</sup>

- 1 Artículo de investigación parte de los resultados de la tesis doctoral *Comprendiendo el cuidado de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza*, para la Universidad Nacional de Colombia (2009). Contó con el apoyo financiero de la Dirección de Investigación de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá (DIB), y de la Pontificia Universidad Javeriana, sede Bogotá. Recibido para evaluación: 30 de agosto de 2011. Revisado: 1 al 10 de septiembre de 2011. Aceptado para publicación: 15 de septiembre de 2011.
- 2 Enfermera. Doctora en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Directora del Departamento de Enfermería en los Colectivos, Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: [fabiola.castellano@javeriana.edu.co](mailto:fabiola.castellano@javeriana.edu.co).
- 3 Doctora en Enfermería, Universidad de São Paulo, Brasil. Profesora asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Líder del Grupo de Investigación en Cuidado Cultural de la Salud. Correo electrónico: [allopezdi@bt.unal.edu.co](mailto:allopezdi@bt.unal.edu.co).

Bogotá (Colombia), 13 (2): 27-47, julio-diciembre de 2011

## Resumen

**Introducción:** Los juicios sobre las diversas situaciones de salud que realizan las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza no son similares a las de los profesionales de salud. Estas explicaciones son producto de las construcciones culturales, del contexto y de las experiencias de cuidado. **Objetivo:** Explorar las explicaciones que dan a su situación las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza habitantes de cinco barrios de los cerros nororientales de Bogotá. **Método:** Estudio cualitativo etnográfico. Se seleccionaron 39 colaboradores mayores de 60 años, en quienes se realizó observación participante y entrevistas etnográficas en sus lugares de residencia. **Resultados:** Se reconocieron las explicaciones que dan las personas a su situación, denominada *comprensión de la situación de salud*, que empieza por admitir las manifestaciones de bienestar o malestar, nominar la situación, darle un significado y establecer unas relaciones causales (de origen psicosocial, socioeconómico y natural). **Conclusiones:** Las explicaciones que los colaboradores de este estudio atribuyen a su situación, a la cual denominan *males*, demuestran complejidad y multicausalidad. Estas construyen una especie de tejido que genera una lógica interna que ayuda a las personas a dar sentido a sus vivencias cuando presentan situaciones de salud adversas. Las enfermeras deberán prepararse para brindar un cuidado culturalmente congruente, que reconozca los saberes, las creencias y las prácticas de las personas ancianas, a fin de generar conocimiento, planes y estrategias, dirigidos al cuidado particularizado, acorde con la diversidad de la población.

**PALABRAS CLAVE:** ancianos, cultura, enfermería transcultural, creencias en salud, etnografía.

**CITAR COMO:** Castellanos Soriano F, López L. Tejiendo explicaciones sobre vejez, discapacidad y pobreza en los cerros nororientales de Bogotá, Colombia. *Investig Enferm. Imagen Desarro.* 2011;13(2): 27-47.

## Knitting Answers for Disabilities, Poverty and the Elderly of the Northeastern Hills in Bogotá, Colombia

### Abstract

**Introduction:** Thoughts on the diversity of health situations performed by elderly, disabled people are usually not the same as those thoughts performed by health professionals; their explanations are more likely the product of cultural and contextual constructions, and of previous health care experiences. **Main purpose:** Exploring the explanations given by elderly people in disability and poverty –dwellers of five neighbourhoods on the Northeastern hills of Bogotá– to their situation. **Method:** Ethnographic-qualitative survey. Thirty-nine volunteers older than 60 were chosen; participant observation and ethnographic interviews took place inside their dwelling places. All the information was recorded, transcribed and organized following the proposal of M. Leininger. It was later analysed using the Cultural Care Adversity Theory and the Minayo proposals, among others. **Results:** explanations made by this age and social group appeared, receiving the name “*Understanding health situation*” and recognizing manifestations of welfare or discomfort. It was also able to name the situation, give it a meaning and establish cause relations (with psychosocial, socioeconomic and natural origins) in order to try and explain the situation. **Conclusions:** explanations given by our volunteers to situations called *Males* by them, show a big amount of complexity and multi-causality. Through these explanations they build a sort of knitting with its own internal logics that helps them in giving sense to their adverse-health experiences.

Thus, nurses should prepare themselves to perform a culturally coherent care, a care able to acknowledge wisdom, beliefs and practices of the elderly in order to contribute to the production of knowledge, strategies and plans aimed at particularized health-care, congruent to the population's diversity.

KEY WORDS: Elderly, culture, transcultural nursing, health beliefs, ethnography.

## Tecendo explicações sobre a velhice, invalidez e pobreza nas colinas orientais de Bogotá, Colômbia

### Resumo

**Introdução:** Julgamentos sobre as diversas situações de saúde que fazem os idosos em situações de deficiência e pobreza não são semelhantes às dos profissionais de saúde, essas explicações são produto de construções culturais, no contexto das experiências de cuidado. **Objetivo:** Explorar as explicações dadas à sua situação em idosos com deficiência e pobreza, residentes em cinco bairros de colinas orientais de Bogotá. **Método:** Estudo etnográfico qualitativo. Foram selecionados 39 participantes com mais de 60 anos. Foi realizada a observação participante e entrevistas etnográficas nos locais de residência destes. **Resultados:** Foram reconhecidas as explicações que as pessoas dão à sua situação, que é chamada *entendendo a situação de saúde*, que começa por reconhecer as manifestações de conforto ou desconforto, nomear a situação, dar sentido e estabelecer relações causais (de origens psicossociais, socioeconômicos e naturais), a fim de explicar a situação. **Conclusões:** As explicações que os participantes deste estudo atribuíram a sua situação, e que eles chamam *males*, demonstram complexidade e múltiplas causas. Eles construíram uma espécie de tecido que gera uma lógica interna que ajuda as pessoas a dar sentido a suas experiências quando têm situações adversas à saúde. Enfermeiros devem estar preparados para prestar cuidados culturalmente congruentes, ou seja, o cuidado que reconhece o conhecimento, crenças e práticas dos idosos, a fim de contribuir para a geração de conhecimentos, planos e estratégias, visando à atenção particularizada, segundo a diversidade da população.

PALAVRAS CHAVE: cultura, idosos, enfermagem transcultural, crenças de saúde, etnografia.

## Causas de los males: visión del origen de la situación de salud de ancianos que habitan en los cerros nororientales de Bogotá

*Ahora que estoy vieja y fregada, me doy cuenta de las consecuencias de tanto trabajar haciendo de comer, cocinando con leña y voliendo azadón en medio de un sol fuertísimo... Y cuando ¡tome! Le cae su temporal de agua, o sea su buen aguacero... De ahí vienen los males.*

Eucaris

El envejecimiento es una temática de relevancia actual en el mundo y en el contexto latinoamericano. Este fenómeno ha dejado de ser invisible y reducido al ámbito privado o al familiar, y se ha posicionado en temas de análisis y reflexión acerca de los problemas de orden social y los desafíos que demanda el cuidado de las personas ancianas.

En nuestros contextos, el cuidado de la salud de esta población, nos lleva a reflexionar sobre el fenómeno del envejecimiento, no como un proceso homogeneizante que los reduce a unas cuantas características generalizables a todos los ancianos, sino a comprender que el envejecimiento es una realidad inserta en unas condiciones sociales, políticas, económicas, de género y de cultura que determinan unas formas particulares de comprensión y de explicación a fenómenos como la salud, la enfermedad, el bienestar y el malestar, relevantes en la comprensión de cómo las personas ancianas establecen diversas formas de cuidarse.

Las personas ancianas están entre los grupos más vulnerables de la población (1). Además, se acumulan elementos, como el aumento de la dependencia con el paso de los años y de las enfermedades crónicas; mientras crece la discapacidad en este grupo poblacional y los hace constituirse en el grupo más pobre en todas las sociedades. El 50% de las personas mayores vive en condición de pobreza (2-4). Es un grupo que acumula desventajas sociales que se multiplican y que limitan la posibilidad de llevar una vida digna, tener calidad de vida, poseer servicios de salud y acceder oportunamente a ellos.

En Colombia, ese contexto ambiental de adversidad lleva a que las familias asuman el cuidado de los más desprotegidos, a que aumente el empobrecimiento familiar y, al mismo tiempo, a activar los recursos derivados de su herencia cultural. Esta herencia cultural se expresa en la manera en que se asume la vida y el cuidado de la salud, pues —tal como lo describe Virginia Gutiérrez de Pineda (5)— somos una mezcla de herencias culturales que dejaron su legado en las formas de cuidado de la salud que se han practicado y que permanecen hasta hoy.

Precisamente, se debe reconocer que la cultura es la lente por medio de la cual las personas ven el mundo; así que sus creencias y prácticas

para mantener la salud, tratar la enfermedad, rechazar o aceptar las formas de cuidado propuestas en los servicios de salud están insertas en ella. Los seres humanos, a través de la historia, han buscado dar explicaciones sobre las causas de sus situaciones de bienestar o malestar, salud o enfermedad. El estudio del origen y los significados de las enfermedades o diversas situaciones de salud, desde la perspectiva cultural, ha sido desarrollado en la sociología y la antropología de la salud. Se habla de los modelos explicativos sobre el proceso salud-enfermedad: algunos denominados *modelos explicativos de la enfermedad* o el *padecimiento* (6), *modelos culturales* (7), *etiologías de la enfermedad* (8), *modelo de creencias en salud* (9), *itinerarios terapéuticos* y *trayectorias de cuidado* (10), entre otros. Estos modelos organizan las explicaciones sobre las situaciones de salud y pueden incluir aspectos como la identificación de las causas, los significados de las enfermedades, sus características y aspectos relacionados con la toma de decisiones sobre los tratamientos, los tipos de curas y los sistemas para mantener la salud.

El principal exponente de esta corriente ha sido Kleiman (6), quien propuso los modelos explicativos de la enfermedad y describió la manera como las personas describen su enfermedad y buscan estrategias para establecer acciones de salud derivadas de la cultura. Estos planteamientos fueron retomados por Helman (11) para referirse a la relación cultura-salud, quien sostiene que existen teorías no convencionales construidas por las personas sobre las causas de las enfermedades o infortunios que ubican las causas de los problemas de salud en los individuos, el mundo natural, el mundo social y el mundo sobrenatural.

Entre tanto, en el área de la salud, Minayo (8) identificó factores etiológicos que las personas atribuyen a la enfermedad. En sus estudios sobre representaciones sociales de la salud y la enfermedad en poblaciones trabajadoras de las favelas de Río de Janeiro. Minayo concluyó que la concepción etológica popular de la enfermedad no es unicausal; por el contrario, es pluralista, holística y ecológicamente orientada, y se articula con las condiciones materiales de la existencia de los individuos.

En enfermería, mientras Spector (12) consideró algunos de los planteamientos de las ciencias humanas para aplicarlos al área de la salud y definir también la trayectoria de la enfermedad; Corbin y Strauss (10) desarrollaron el *modelo de trayectoria de cuidado para enfermedades crónicas*, construido alrededor de la idea de que las condiciones crónicas tienen un curso que varía y cambia con el paso del tiempo.

En la literatura internacional se encuentran investigaciones que incorporan algunos de estos modelos para explicar las diferentes situaciones de salud desde la perspectiva de las personas, en mujeres (13,14),

grupos étnicos (15,16), inmigrantes (12), personas con enfermedades crónicas (17-20), familias (21) y personas ancianas (20-24). Todas estas investigaciones concluyen que la enfermedad no es comprendida aisladamente, sino como parte de la vida, y donde la salud y la enfermedad confluyen en una dinámica compleja y cambiante.

Son diversos los estudios sobre causación. Autores como Ngokwey (25), en su estudio en la población de Bahía, identificó que el sistema etiológico que las personas construyen alrededor de la enfermedad incluye causas naturales, psicosociales, socioeconómicas y sobrenaturales. Pill y Stott (26), en su estudio sobre causación y responsabilidad de la enfermedad en madres de la clase trabajadora, establecen que las personas pueden atribuir las causas de su enfermedad de dos maneras: a) la causación que se encuentra dentro del individuo, pues este es el responsable por realizar acciones que tienen como resultado la enfermedad, y b) la causación externa, en la cual el individuo es afectado por poderes sobrenaturales (27,28).

Estos hallazgos concuerdan con lo planteado por Segar (27), quien examinó las explicaciones que daban a la enfermedad los habitantes de Cisque, en África. Las explicaciones reconocen los eslabones entre la enfermedad y el trabajo físico duro, las deficientes condiciones de trabajo y la pobreza, aunque también se reconocen fenómenos sobrenaturales como causantes de aflicción.

En Colombia, Gutiérrez de Pineda (5), en su análisis de las herencias culturales de la población colombiana luego de la colonización española, describe los legados de la medicina indígena, española o europea y los vestigios de la medicina afroamericana. Al estudiar el legado americano indio, esta autora llega a establecer que las enfermedades pueden ser de tipo mágico (mal mágico) o una enfermedad natural (producida por agentes nocivos ambientales).

Entre tanto, en su estudio con poblaciones del altiplano cundiboyacense, Pinzón y Suárez (28) describen la clasificación de las enfermedades teniendo en cuenta el origen y el nombre de la enfermedad y su sintomatología. De esta manera, identificaron que las enfermedades eran agrupadas por sus causas y que así formaban grandes conjuntos, según su naturaleza: enfermedades naturales, enfermedades meteorológicas, enfermedades por castigo de Dios, enfermedades por accidentes y enfermedades por daño.

En consonancia con los estudios referidos, Estrella (29), en su investigación sobre trastornos culturales en la medicina tradicional de la región andina ecuatoriana, se refiere a las dos formas como los campesinos ecuatorianos identifican la causación de los “males”: los males de Dios y los males de campo. Con relación a estos últimos, ellos enuncian

espanto, susto o robo del alma, mal viento, mal blanco, hechicería o brujería, mal del arco iris y mal del cerro.

Urrea (30), al establecer los itinerarios terapéuticos de dos poblaciones urbanas de Cali y Buenaventura, identifica dos formas en que popularmente estas clasifican las enfermedades. La primera se refiere a cómo se representa o vivencia la enfermedad, orgánica o no, a la manera de fluidos orgánicos que recorren el cuerpo (sangre, semen, flema y bilis), infecciones, producto de parásitos o cáncer o simplemente accidentes. La segunda se refiere al tipo de etiología popular para explicar la presencia del evento, como incumplir las normas, los nervios y las condiciones de trabajo.

No obstante, aunque los anteriores autores han orientado la pregunta sobre cómo se explican las enfermedades según la perspectiva cultural de las personas, muchos de estos se detienen en la identificación de las causas y los significados de las enfermedades y no de la salud. Igualmente, algunas de estas explicaciones han permitido comprenderlas como un proceso.

Ahora bien se considera la necesidad de realizar una aproximación más holística al fenómeno, en que la salud sea contemplada y explicada teniendo en cuenta el contexto y los procesos que llevan a las personas a comprender sus situaciones de salud y actuar en consonancia con dichas interpretaciones.

Con el fin de orientar esta mirada, retomamos el *modelo de cuidado cultural en la adversidad* (MCCA) (31), desarrollado desde la enfermería, que toma cuenta elementos de la antropología de la salud, la antropología de la vejez, la enfermería transcultural y los aplica a comprender el cuidado de personas ancianas. Este modelo surgió de los estudios desarrollados con ancianos en áreas urbanas marginales en São Paulo (Brasil) y Bogotá (Colombia).

El MCCA (31) considera tres aspectos: el contexto social de adversidad, la trayectoria del cuidado y los patrones de resiliencia de la población. La trayectoria de cuidado se refiere al proceso intangible surgido en el cotidiano de vida de las personas o comunidades donde las personas determinan cuándo una situación produce bienestar o malestar. Lleva, además, tres momentos articulados entre sí: a) la causación, donde se identifican y se atribuye un significado a las causas que producen la situación; b) la toma de decisiones, que es la determinación de un proceso para hacerlo, y c) el establecimiento de un cuidado (31). La causación busca explicar cómo la persona evalúa una serie de manifestaciones y experiencias que interpreta como favorables o perjudiciales para la vida. Estas explicaciones pueden tener un origen físico, psicosocial,

socioeconómico y sobrenatural. La visión de mundo da la jerarquía a las formas de actuar (31).

A lo largo de este texto, hemos visto importantes avances en el estudio sobre las explicaciones del origen de las enfermedades y la salud desde una perspectiva cultural. Por ello se afirma que los supuestos sobre las explicaciones y las acciones de las personas y de las familias con alguna problemática de salud no son similares a las del sistema de salud predominante, sino que son producto de las construcciones culturales propias y de las experiencias de cuidado de salud de estos grupos. Dado lo anterior, nos proponemos indagar por las explicaciones que dan las personas ancianas a su situación de discapacidad y pobreza, habitantes de cinco barrios de los cerros nororientales ubicados en la ciudad de Bogotá.

## Aproximación metodológica

En esta investigación se planteó una aproximación cualitativa de tipo etnográfico, desarrollada durante dos años y cuatro meses, desde octubre del 2005 a febrero del 2008. El trabajo se realizó desde la etnografía interpretativa, porque permite descubrir los significados de las interacciones sociales observadas y examinar la información en términos de lo que significa para las personas (32).

En el caso de esta investigación, entender cómo la construcción cultural sobre la pobreza, la discapacidad y la vejez afecta las formas en que las personas ancianas identifican y causan su situación solo es posible desde el contexto donde se hacen las observaciones, compartiendo e involucrándose directamente. En esta investigación, el campo<sup>4</sup> (33-35) corresponde a cinco barrios ubicados en los cerros nororientales de Bogotá (Paraíso, Villa Anita, Mariscal Sucre, Pardo Rubio y San Martín), la localidad de Chapinero y sus habitantes (con sus dinámicas e interacciones cotidianas).

A los sujetos de este estudio se les denominó *colaboradores*, y se identificaron dos tipos de ellos, teniendo en cuenta los criterios descritos por Leininger (36): colaboradores generales y colaboradores clave. Los generales fueron aquellas personas pertenecientes al campo que brindaron información amplia y general: líderes comunitarios de los grupos de adultos mayores, personas ancianas de los barrios, familiares y personas ancianas en situación de discapacidad. Los colaboradores clave fueron aquellas personas ancianas interesadas en el estudio y

<sup>4</sup> Es la porción de la realidad que se desea conocer: el mundo natural y social en el cual se desenvuelven los grupos humanos que lo construyen.



surgieron del grupo anterior, con mayor conocimiento del fenómeno de estudio, poseían mayores habilidades para hablar de sí mismos, de su situación y eran conocedores de su contexto.

Los colaboradores clave respondieron a criterios de inclusión, como ser mayores de sesenta años de edad o más, residir en los barrios hace más de cinco años, vivir solos o acompañados y tener alguna deficiencia física o sensorial (visual) que limitara el desarrollo de sus actividades cotidianas y les impidiera salir de su casa solos o por sus propios medios. Las funciones mentales de todos los colaboradores estaban preservadas (ello se verificó mediante el *Minimental*). No fueron incluidas personas que tenían deficiencias desde la infancia.

Los colaboradores en esta investigación fueron 39 hombres y mujeres mayores de sesenta años de edad, de los cuales siete fueron colaboradores clave. Sus edades oscilaban entre los 64 y los 78 años. Del grupo de colaboradores clave cinco fueron mujeres y dos hombres. En el momento de la investigación seis poseían deficiencias de origen físico y uno, sensorial y físico. Su grado de dependencia estaba entre mediano y alto. Tenían escolaridad de primaria incompleta. Sus lugares de origen eran Boyacá, Bogotá, Valle y Tolima. Todos convivían con su familia y todos tenían acceso al servicio de salud<sup>5</sup> (dos al régimen contributivo y cinco al régimen subsidiado). Pertenecían al estrato socioeconómico uno, dependientes económicamente del auxilio estatal y de familiares.

En esta investigación la selección de los colaboradores fue intencional: se tuvieron en cuenta la representatividad y la saturación de información como elementos clave en la investigación cualitativa. Las estrategias utilizadas para recolectar la información fueron la observación participante, el diario de campo y la entrevista etnográfica. Se realizaron catorce entrevistas en profundidad y observación participante con los colaboradores clave, en los hogares de los participantes y tuvieron, en promedio, una duración de entre una hora y hora y media.

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Igualmente, el desarrollo de este estudio se ajustó a la Resolución 008430 de 1993, del Ministerio de Salud colombiano, referente a las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. El consentimiento informado fue leído a los colaboradores del estudio, en presencia de un familiar adulto, y fue firmado o se tomó la huella del colaborador para indicar su deseo y aceptación de participación. Se acordó con los colaboradores que en la información presentada no

5 El sistema de salud colombiano es un sistema de seguros en el cual existen dos regímenes: el contributivo y el subsidiado. Este último fue creado para personas que no tienen capacidad de pago.

se utilizarían seudónimos. Para este caso se mencionaría su nombre y no sus apellidos, a fin de proteger su identidad.

El análisis de los datos se llevó a cabo de acuerdo con la propuesta de Leininger (36). La autora propone cuatro fases de análisis: en la primera se observaron y grabaron las entrevistas de los colaboradores generales y clave; en la segunda se identificaron y categorizaron los descriptores culturales, mediante una matriz como forma de organización; en la tercera se identificaron los patrones y temas, analizándolos en el contexto, y en la cuarta fase se sintetizaron e interpretaron los datos. Esta última fase precisa reflexiones creativas y pensamiento abstracto para sintetizar los resultados en temas dominantes relacionados con el foco de la investigación y la teoría. Fue necesaria la revisión de otros autores —como Strauss y Corbin (37), Morse (38) y Martínez (39)— para alcanzar mayor profundidad en la interpretación. En este documento se describe un patrón y cuatro categorías que se refieren a las interpretaciones que realizan las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza sobre su situación.

## Resultados y discusión

El análisis y la interpretación de los datos, a la luz de la literatura y el modelo MCCA (31), enriquecieron el conocimiento sobre las explicaciones de las enfermedades y se logró avanzar en la explicación de la enfermedad desde la *comprensión de las situaciones de salud* y reconocerla como un proceso de orden psicosocial complejo por medio del cual las personas identifican y explican sus situaciones de salud.

Para este grupo de ancianos, la *comprensión de su situación* empieza por reconocer las manifestaciones de bienestar o malestar (31). Luego, una vez establecen a qué se refieren estas manifestaciones, nombran esta situación, pues tal acción tiene una poderosa influencia en su percepción, que es siempre una categoría cultural (12). Adicionalmente, la comprensión de la situación está determinada por qué implican estos significados para la persona anciana su situación actual. En este proceso, las creencias personales y familiares desempeñan un papel determinante, ya que, a la vez, son un reflejo de las creencias y valores de los sistemas sociales y culturales (6).

Posteriormente, para explicar y comprender su situación actual, las personas establecen una o varias atribuciones causales, la cuales pueden ser de origen psicosocial, socioeconómico o natural. Esta última (la natural) se refiere a la interrelación entre los fenómenos de la naturaleza y la salud: los cambios del tiempo, el frío o el calor excesivo (8). Las atribucio-

nes de origen socioeconómico son aquellas referidas a las condiciones materiales de la existencia: el salario, la vivienda, el tipo de trabajo, las relaciones sociales (próximas o con la sociedad más amplia), el saneamiento básico y el funcionamiento del sistema de salud. Finalmente, las atribuciones de origen psicosocial consisten en la emoción y los sentimientos relacionados con la vida diaria y las interacciones sociales que pueden ser perjudiciales para la salud (8).

En esta sección, el lector encontrará las categorías componentes del patrón cultural que hace referencia a las explicaciones que dan las personas ancianas a su situación de salud y que se denomina *ahora de viejo pago las consecuencias de la vida que me tocó llevar*. En estas categorías se describen los cuatro elementos de la comprensión de la situación identificada en esta investigación: la categoría denominada *uno se da cuenta de sus males porque el cuerpo no sirve como antes*, que describe cómo estas personas comprenden el malestar y nominan su situación. En las categorías *la vejez: muchas enfermedades, pocas capacidades e invalidez... dejando la vida en manos de otros*, se identifican los significados de la situación. Y en la categoría *los males... frutos de la vida de descuido, trabajo y sufrimiento* se describen las atribuciones causales de la situación actual y el reconocimiento que ellas hacen de su situación.

La comprensión del malestar y la nominación de la situación:  
uno se da cuenta de sus males porque el cuerpo no le sirve  
como antes

En esta categoría, los colaboradores identifican su situación de salud, que implica un cambio de un estado de independencia y participación social a la identificación de una serie de pérdidas de capacidades tanto en el plano físico como en el social, evidenciadas en las alteraciones que se presentan en el cuerpo y los cambios que se suscitan en su desempeño laboral y social, los cuales implican dejar de trabajar y de participar de la vida en comunidad. Estos cambios son identificados como malestares (40).

Después de identificar su situación la nominan y etiquetan de acuerdo con los valores y las construcciones culturales sobre la vejez y la discapacidad que tienen las personas ancianas y la sociedad en la que viven. En este grupo, los *males* son la denominación cultural genérica con que nominan su situación y que conjuga las enfermedades, la vejez, la discapacidad y la pobreza. La vejez es etiquetada como *viejo*, término que denota una asignación cultural peyorativa, de persona inútil y desgastada (40). La discapacidad la denominan con palabras como *inválido, incapacitado, jodido, enfermo y tullido* (40).

## Los significados de la situación actual

### *La vejez: muchas enfermedades pocas capacidades*

En esta categoría se aprecian con mayor profundidad los significados de la situación de salud de los colaboradores. En la vejez se aprecian los cambios del cuerpo con la subsecuente pérdida de funcionalidad y autonomía, sumada a la pérdida de la capacidad para mantenerse en el mundo laboral, a la pérdida de los roles y los diversos sentimientos que se experimentan por el aislamiento social (40). Todos los cambios que inician en el cuerpo, relacionados con la funcionalidad de este, se convierten en una cadena de sucesos que la persona anciana significa en total como la llegada de la vejez y que implica una serie de cambios drásticos que se condensan en pérdidas en todos los aspectos de la vida: físicos, sociales, económicos y emocionales.

Para estos colaboradores, el significado de vejez está cargado de estereotipos negativos, relacionados con déficits, enfermedades y pérdida de autonomía (40); no significa ganancia o sabiduría. Todo lo contrario: el envejecimiento, aunado a una situación de discapacidad, significa el aumento de la pobreza no solo de la persona anciana, sino del núcleo familiar.

En un estudio realizado con personas ancianas de bajos ingresos en una ciudad de Brasil se buscó conocer el concepto de salud-enfermedad (22) y ellas coincidieron con los significados de las personas de este estudio, en el sentido de la importancia que tiene para estas personas la funcionalidad y la capacidad de trabajar. Así, el significado de la vejez y enfermedad es inutilidad, fragilidad y dependencia. Los investigadores hallaron en el significado de la palabra *viejo* un sinónimo de *incapaz*; mientras que la palabra *mayor* (visto desde el ciclo vital) tiene el sentido contrario: ser autónomo.

### *Invalidez... dejando la vida en manos de otros*

Para los colaboradores de este estudio, en el significado de la discapacidad, al igual que el de la vejez, se centra en el cuerpo; un cuerpo que se asemeja a una máquina en funcionamiento, con partes que sufren deterioros y que no pueden ser reemplazadas (41). Ser inválido significa perder la capacidad para realizar acciones por sí mismos, la autonomía en su vida, dejar de servir y de proveer, y estar anulado dentro de la sociedad; también estar enfermo (40). La pérdida de la movilidad y la capacidad de desplazarse autónomamente es un elemento fundamental que le da significado a la discapacidad.

En esta categoría se presentaron los significados de los malestares, la vejez y la invalidez de los colaboradores: el significado de vejez está permeado por la construcción que hacen de su situación de discapacidad. Estas dos condiciones convergen. Así mismo, las situaciones de vejez y discapacidad generan sentimientos que deterioran la salud mental y agravan las condiciones negativas de la situación. La tristeza, la soledad, la sensación de abandono y olvido son predominantes en este grupo de colaboradores (40).

La búsqueda de significados para las situaciones de salud hace parte de las construcciones necesarias para vencer los obstáculos del cotidiano, luchar por dar sentido a los síntomas y, en general, a los cambios que sufren las personas (21).

Atribuciones causales de la situación actual: los males...  
frutos de la vida de descuido, trabajo y sufrimiento

*Cuando le pregunto a María Pureza por qué cree que le llegaron los males, me responde: "Yo me enseñé a trabajar muy duro desde los diez años... Yo he trabajado como loca de un lado para otro; al sol y al agua, de día y de noche, arriando burros, lavando ropas, en casas de familia... ¡en tantas cosas! Es que, cuando uno es pobre, le toca medírsele a lo que sea y ahora en la vejez, míreme como quedé: llena de males".*  
*Diario de campo, enero del 2007*

Los ancianos en situación de discapacidad y pobreza reconocen que su condición actual es el resultado de lo que han construido durante la vida. Identifican el trabajo, el descuido y el sufrimiento como explicación para comprender su situación. Los colaboradores de este estudio sienten que deben pagar en la vejez las consecuencias de la vida que tuvieron que llevar.

Las explicaciones que dan los colaboradores a su situación de salud se construyen a partir de elementos de la herencia cultural, la influencia de los medios de comunicación y la influencia del modelo médico (11), los cuales se constituyen en un tejido que permite dar sentido y encontrar las causas de su condición actual.

Las atribuciones causales que dan los colaboradores a esa situación se organizan en psicosociales, socioeconómicas y naturales. De esta manera, los *males* se construyen a partir de un complejo de relaciones que dejan entrever que no existe una sola causa para su situación actual.

### *Atribución psicosocial*

*Toda la vida me ha tocado muy duro, por eso he sufrido mucho... Y ahora póngase en mi ser, una anciana que no puede hacer nada, no puede trabajar, no tiene de dónde recibir platica. ¡Cómo no se va a enfermar llevando la vida así!*

Carmen Rosa

La atribución causal psicosocial de estas personas se compone de las emociones y los sentimientos generados en el diario vivir, en las interacciones sociales que surgen en su contexto de pobreza y que son fuente de situaciones angustiantes generadas por la imposibilidad de modificar las precarias condiciones familiares, personales y económicas a las que se han tenido que enfrentar.

El sufrimiento se ubica en el ámbito psicosocial como una emoción o estado de ánimo que repercute en la salud y se refleja en el cuerpo. Los ancianos en situación de discapacidad se refieren permanentemente a las dificultades que han tenido que vivir desde muy temprana edad y en el transcurso de la vida, cuando han experimentado situaciones angustiantes en la búsqueda constante de mejores condiciones de vida para ellos y sus familias. El sufrimiento es una respuesta espiritual o psicológica negativa frente a una circunstancia angustiante de la existencia.

Pareciera que el sufrimiento es una característica de este grupo cultural, que se encuentra en condiciones de pobreza y ante las cuales manifiesta resignación y aceptación. Algunos autores afirman que el dolor y el sufrimiento se vivencian de manera diferente según la clase social. Así, las clases sociales más bajas y los marginales manifiestan una actitud más sumisa, más estoica y resignada ante ellos. La atribución psicosocial que impone responsabilidad en las emociones también es compartida por autores como Machado y Car (19), quienes encontraron que las emociones mal manejadas pueden ser un factor que dispara la enfermedad.

### *Atribución socioeconómica*

El trabajo se ubica dentro de las atribuciones socioeconómicas. Es frecuente encontrar que los ancianos se refieren al trabajo como la causa de su situación. Ellos hablan de la vida de trabajo que han tenido que llevar desde su infancia en áreas rurales o urbanas que les demandaba esfuerzos físicos extremos, jornadas laborales extensas, exposición a ambientes difíciles y otras condiciones que fueron deteriorando su salud.

A pesar de que el trabajo es un valor que ha dado significado y sentido a sus vidas, se lamentan de no poder laborar durante la vejez. En el caso de los participantes del estudio, el trabajo adquiere dos sig-

nificaciones: por una parte, fue el posibilitador de bienestar personal y familiar, que les procuró ingresos económicos y satisfacción íntima; por la otra, el *trabajo duro* los dejó sin salud y sin ingresos, y los llevó a su actual situación:

*Yo trabajé muy duro desde los siete años, arriando los burros, llevando ladrillos a los hornos; yo era pequeña, nadie me ayudaba; me levantaba a las seis de la mañana y hasta por la noche no podía descansar; después me casé y siga trabajando pa' levantar esos muchachos. Al final la recompensa que me dio la vida fue estar llena de males. (Isabel)*

El trabajo ha sido identificado en otras investigaciones con ancianos como un elemento causal de la situación actual. López, Álzate y Velásquez (41) encontraron que las personas ancianas de áreas rurales y urbano-marginales tienen como una fuente causal el trabajo físico que originó desgaste del cuerpo por los esfuerzos repetidos durante la vida.

Esta mirada del trabajo en este grupo cultural es similar a la referida por Londoño (42), al analizar el cuerpo en la población antioqueña en el siglo XVIII. Esta autora afirma que existió un gran aprecio al trabajo y una condena a la ociosidad, lo cual se convirtió en un valor que permeó la vida social e individual de los antioqueños. Esto es congruente con la apreciación del trabajo que tienen otras poblaciones colombianas del área rural, como los ancianos de origen santandereano, boyacense y cundinamarqués.

El trabajo es, en muchas investigaciones, una atribución causal importante para grupos de personas en situación de vulnerabilidad social y de bajos ingresos. Campos-Navarro y cols. (20) y Machado y Car (19), en sus estudios con personas ancianas, hallaron que el trabajo y la pobreza son, entre otras, las causas de las enfermedades.

Las costumbres, los descuidos y los accidentes de la juventud son otros elementos de explicación que señalan las personas ancianas y que se ubican en el nivel socioeconómico. Durante su existencia, las personas ancianas han mantenido costumbres, por tradición o por su condición de pobreza, que según ellas influyeron en su actual situación. Por ejemplo, la costumbre de cocinar con leña se mantiene por varias razones: en primer lugar, porque creen que preserva el sabor de los alimentos; en segundo lugar, porque lo consideran una práctica que les ayuda a mantener sus costumbres; en tercer lugar, por los costos que implican la instalación y el gasto mensual, y, en cuarto lugar, por su dificultad para utilizar el sistema de gas doméstico. Los colaboradores comprenden, a partir de la explicación dada por los profesionales de

salud y de su experiencia, que estas costumbres deterioran su cuerpo y causan enfermedades que se agravan con la vejez.

La ubicación geográfica de sus viviendas es otra atribución causal de la situación para los ancianos. Estos lugares corresponden a zonas sin pavimentar, a terrenos tortuosos, sin carreteras y con escasez de medios de transporte. Ello ha provocado los accidentes que les han ocasionado fracturas y otras lesiones que ahora los tienen sin poder moverse o valerse por sí mismos: “Hace muchos años yo me golpié. En esa época uno no se preocupaba por la salud y ahora que estoy vieja eso me repercutió” (Carmen Rosa).

Para estos ancianos en situación de discapacidad, los bajos ingresos, las dificultades para acceder a los servicios de salud, las precarias condiciones de vida, el tipo y las circunstancias de trabajo, entre otros, se constituyen en causas a las que atribuyen su situación.

### *Atribución natural*

Los colaboradores también atribuyen su situación a causas naturales, entre las que se encuentran la creencia de que el cambio de temperatura de frío a calor enferma. Refieren que, en su relación con el medio ambiente, han estado expuestos desde su juventud a circunstancias en las que se han tenido que exponer a calor y frío, lo cual les ha causado enfermedades como artritis, debilitamiento de los huesos, fracturas y osteoporosis.

La condición humoral calor-frío, estudiada por distintos autores desde la edad antigua y analizada en investigaciones más recientes, como la realizada por García y cols. (43), en México, se ha relacionado con la causa de diversas enfermedades. Esta se encuentra enraizada en el conocimiento cultural de las personas, independiente de su edad y escolaridad. López, Álzate y Velásquez (41) identificaron que las personas ancianas explicaban su situación de salud al asociarla con la exposición al calor o al frío. Estos cambios, según esos colaboradores, influyen en el cuerpo y ocasionan enfermedades como la artritis y la trombosis.

Los ancianos en situación de discapacidad que habitan en los barrios explorados, encuentran como causa de su situación las afecciones del cuerpo al mal funcionamiento, a las enfermedades. Se observa en esta atribución causal que ellos hacen una abstracción y comprensión del conocimiento biomédico expresado por los profesionales de los servicios de salud, conjugándolo con los saberes, compresiones e imaginarios de su grupo cultural.

La enfermedad es comprendida a partir de los significados que da al cuerpo este grupo de personas, que lo consideran una máquina compues-



ta de partes y piezas susceptibles de dañarse (el corazón, los pulmones o los huesos) y cuyo funcionamiento está sujeto al mantenimiento que se haga de ellas. Este cuerpo se ha *gastado, consumido y enfermado* por el uso y el abuso que le dieron debido al *trabajo duro* y el descuido. Estas afirmaciones coinciden con los planteamientos y hallazgos realizados por Helman (11) y Londoño (42).

Para los ancianos de este estudio, los hábitos como fumar y consumir alcohol fueron causantes del deterioro del cuerpo, de la aceleración de su proceso de envejecimiento y de la discapacidad:

*Como uno trabajaba en casas de familia y en ese tiempo no había tanta consideración, tocaba hacer todo el oficio: aplanchar y acalorada tenía que mojar me para hacer arepas y lavar la loza; tenía la costumbre de meter las manos calientes en agua fría o me bañaba todos los días hasta estando enferma. ¡A veces uno hace disparates! (Graciela)*

Una comprensión importante es que los colaboradores atribuyen el origen de su situación a múltiples causas; pero, en general, las explicaciones se ubican en el individuo. En este sentido, una gran parte de la responsabilidad de su situación recae en ellos mismos, quienes reconocen haber abusado de su cuerpo, al someterlo a trabajos forzosos, a condiciones climáticas que les desfavorecieron, a cambios bruscos de calor a frío y a hábitos inadecuados, como fumar o consumir alcohol.

López (31) define en la causación la manera en que la persona evalúa una serie de manifestaciones y experiencias que interpreta como favorables o perjudiciales para su vida. Estas explicaciones pueden tener origen físico, psicosocial, socioeconómico y sobrenatural. En los resultados de su investigación encontró que las personas ancianas atribuyen causas a su situación desde todas las clasificaciones mencionadas. Igualmente, según el estudio realizado por López, Alzate y Velásquez (41), las personas ancianas en situación de discapacidad causan su situación también desde las mismas clasificaciones. Estas se articulan en un complejo multicausal, es decir, no existe una relación directa entre las causas y las situaciones, sino que son el resultado de la complejidad que todas ellas le imprimen.

Vieira y Marcon (21) y Da Silva y Peixoto (22), en sus investigaciones, encontraron que las personas identifican concepciones etiológicas de diversa índole: biológicas, personales, sociales y sobrenaturales. Entre las naturales se encuentran las condiciones de vida y el mismo proceso de envejecer y las condiciones de trabajo. En las causas personales se encuentran los valores y las elecciones de las personas (estilos de vida). En las sociales se encuentran las relaciones personales y las sobrena-

turales: lo referente a la religión y a culpas o propósitos de Dios en las personas y sus familias.

En contraste, en esa investigación, los ancianos en situación de discapacidad del estudio no atribuyen su situación a causas sobrenaturales, aspecto encontrado en los estudios de López (31) y López, Álzate y Velásquez (41), en los cuales se resalta que las personas ancianas de las áreas urbano-marginales de Bogotá identificaban como parte de la causación de su bienestar o malestar a Dios, a los espíritus malignos y a la magia negra. En otros estudios con poblaciones de diversos países (19,20,22,44) es frecuente encontrar las causas sobrenaturales como una atribución casual de las situaciones de salud.

## Consideraciones finales

Las explicaciones que los colaboradores de este estudio atribuyen a la situación a la que denominan *males* demuestran la complejidad y la multicausalidad de las interpretaciones, donde la situación no se encuentra determinada por un solo factor. Las atribuciones causales están organizadas en factores de orden psicosocial, social, económico y natural. Las situaciones de vejez y discapacidad son identificadas, nombradas y significadas; de ello se construye una especie de tejido que genera una lógica interna que ayuda a estas personas a dar sentido a sus vivencias cuando presentan situaciones de salud adversas.

Esta investigación trae a la luz los significados, las explicaciones y las formas de interpretar las situaciones de salud de un grupo de personas ancianas, vividas y reinterpretadas para hacer frente a ellas. Los hallazgos permiten reflexionar sobre la información que poseen los profesionales de salud. En este sentido, entender la complejidad de la vida no hace parte de la formación profesional; al contrario, está centrada en conocer los aspectos físicos y biológicos del ser de manera casi dominante. Esta investigación brinda una oportunidad para comprender que el cuidado trasciende de lo biológico a lo cultural.

Entender que vejez, discapacidad y pobreza son fenómenos arraigados en la cultura, en los cuales se encuentran interpretaciones y explicaciones que requieren una exploración y comprensión por parte de los profesionales de la salud es necesario si se quiere brindar un cuidado que reconozca la cultura como un eje importante de ese cuidado. El cuidado al que Leininger (36) denomina desde hace más de cincuenta años un *cuidado culturalmente congruente*.

Dadas las condiciones económicas, sociales y demográficas actuales, el aumento en el número de personas ancianas implica adaptarse a las

demandas y a la magnitud de la situación. Por esto, las enfermeras debemos enfrentar el reto del cuidado de la salud de personas ancianas con discapacidad en situaciones de pobreza y ambientes adversos, que las hacen singulares.

La situación de vulnerabilidad en la cual están las personas ancianas se constituye en un llamado a los profesionales de enfermería, quienes deberán prepararse para brindar un cuidado culturalmente congruente, esto es, un cuidado que reconozca los saberes, las creencias y las prácticas de las personas ancianas en situación de discapacidad, que conjugue lo más avanzado de los conocimientos generados por la enfermería en el orden nacional y en el internacional, a fin de generar conocimiento, planes y estrategias, dirigidos al cuidado particularizado, acorde con la diversidad de la población.

## Referencias

1. HelpAge Internacional. Acción global sobre el envejecimiento. El informe sobre envejecimiento y el desarrollo: un resumen: pobreza, independencia y las personas mayores en el mundo. s. l.; 2007.
2. Hernández J, Hernández I. Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia. *Rev Salud Pública (Bogotá)* [internet]. 2005 [citado 8 ago 2008];7(2):130-44. Disponible en: <http://latinamerica.dpi.org/documents/CostosdeDiscapacidadenColombia.pdf>.
3. Departamento Nacional de Estadística (DANE). Censo general 2005: discapacidad personas con limitaciones permanentes. Bogotá; 2006.
4. Ministerio de la Protección Social de Colombia, Fundación Saldarriga Concha. Diagnóstico de los adultos mayores en Colombia. Bogotá: Mimeo; 2007.
5. Gutiérrez de Pineda V. Medicina tradicional de Colombia. El triple legado (pt 1). Bogotá: Presencia; 1985.
6. Kleiman A. Patients and healers in the context of culture an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980.
7. Coreil J, Wilke J, Pintado I. Cultural models of illness and recovery in breast cancer support groups. *Qual Health Res.* 2004;14(7):905-23.
8. Minayo MC. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Cad Saúde Pública.* 1988;4(4):363-81.
9. Imanichi R, Gualda D. La causalidad del cáncer de mama a la luz del modelo de creencias en salud. *Rev Esc Enferm USP.* 2006;40(4):501-6.
10. Corbin J, Strauss A. Managing chronic illness at home: three lines of work. *Qual Sociol.* 1985;8(3):224-47.
11. Helman C. Cultura saúde & Doença. 4a. ed. Porto Alegre: Artmerd; 2006.
12. Spector R. Cultural diversity in health and illness. *J Transcult Nurs.* 2002;13(3):197-99.

13. Sousa LB, Pinheiro AKB, Barroso MGT. Ser mulher portadora do HPV: uma abordagem cultural. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(4):737-43.
14. Vanz AP, Ribeiro NRR. Escutando as mães de portadores de fissuras orais. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(3):596-602.
15. Kreutz I, Gaiva MAM, Azevedo RCS. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas Populares de prevenção e cura de doenças de um grupo Cultural. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(1):89-97.
16. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia y Saúde Colectiva*. 2003;8(1):185-207.
17. Favoreto CAO, Cabral CC. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. *Interface-Comunic, Saúde, Educ*. 2009;13(28):7-18.
18. Imanichi R, Gualda D. La causalidad del cáncer de mama a la luz del modelo de creencias en salud. *Rev. Esc Enferm USP*. 2006;40(4):501-6.
19. Machado LRC, Car MR. Dialética do modo de vida de portadores de hipertensão arterial: o objetivo e subjetivo. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(4):573-80.
20. Campos-Navarro, Torres D, Arganis-Juárez EN. Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas: un estudio en la Ciudad de México. *Cuad Saúde Pública*. 2002;18(5):1271-9.
21. Vieira MCU, Marcon SS. Significado del proceso de enfermar: la percepción de las Principales cuidadoras de ancianos portadores de cáncer. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(4):752-60.
22. Da Silva MJ, Peixoto Besa EME. Conceitos de saúde e doença segundo a óptica dos idosos de baixa renda. *Ciencia y Enfermería*. 2008;14(1):23-31.
23. Pérez M. El anciano diabético y la respuesta adaptativa a la enfermedad. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2010;26(2):309-20.
24. Varela LE. Trayectorias de vida: experiencias de un grupo urbano de adultos mayores. *Invest Educ Enferm* [internet]. 2008;26(1):48-58. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v26n1/v26n1a04.pdf>.
25. Ngokwey N. Pluralistic etiological systems in their social context: a Brazilian case study. *London Soc Sci Med*. 1988;26(8):793-802.
26. Pill R, Stott NC. Causation and responsibility: some preliminary data from a sample of working class mothers. *Soc Sci Med*. 1982;16(1):43-52.
27. Segar J. Hard lives and evil winds: illness aetiology and the search for healing amongst Ciskeian villagers. *Soc Sci Med*. 1997;44(10):1585-1600.
28. Pinzón C, Suárez R. Las mujeres lechuzas, historia, cuerpo y brujería en Boyacá. Bogotá: Colcultura-ICAN-CEREC; 1992.
29. Estrella E. Función social de los trastornos culturales en la medicina tradicional de la región andina ecuatoriana. En: *Cultura y salud en la construcción de las Américas: reflexiones sobre el sujeto social*. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología y Cultura; 1993.
30. Urrea F. Itinerarios terapéuticos y comunicación médica intercultural. En: *Cultura y salud en la construcción de las Américas: reflexiones sobre el sujeto social*. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología y Cultura; 1993.
31. López A. O cuidar no contexto da adversidade: a história oral de idosos em uma comunidade colombiana [tese de doutorado em enfermagem]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2003.

32. Guber R. *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Bogotá: Norma; 2007.
33. Amezcua M. *El trabajo de campo etnográfico en salud: una aproximación a la observación participante*. *Index de Enfermería*. 2000;9(30).
34. Minayo MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4a ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1996.
35. Meihy JC. *Manual de historia oral*. 5a ed. São Paulo: Loyola; 2005.
36. Leininger M, McFarland M. *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice*. 3a ed. New York: McGraw Hill; 2002.
37. Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. 2a. ed. Bogotá: Contus; 2002.
38. Morse J. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2003.
39. Martínez M. *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México: Trillas; 2004.
40. Castellanos F, López AL. *Mirando pasar la vida desde la ventana: significados de la vejez y la discapacidad de un grupo de ancianos en un contexto de pobreza*. *Rev Enfermería*. 2010;12(2):37-53.
41. López L, Álzate M, Velásquez V. *Desarrollo de un modelo de cuidado cultural de la salud para personas ancianas con discapacidad en situación de pobreza de las localidades de San Cristóbal y Kennedy de Bogotá y la zona rural de Cáqueza Cundinamarca*. s. d.; 2008.
42. Londoño A. *El cuerpo limpio higiene corporal en Medellín, 1880-1950*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2008.
43. García J et al. *La contribución de la antropología médica al estudio comparativo de la cultura en salud: el caso del sistema frío/calor en los pacientes con afecciones respiratorias*. *Biomédica*. 2004;15(1):57-68.
44. Bousso RS, Poles K, Serafim TS, Miranda MG. *Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença*. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(2):397-403.