

El cuidado popular de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza¹

Fabiola Castellanos Soriano²

Lucero López³

SICI: 0124-2059(201307)15:2<115:CPPADP>2.0.CO;2-S

1. Artículo derivado de la tesis doctoral *Comprendiendo el cuidado de los ancianos en situación discapacidad y pobreza*, con el apoyo financiero de la Dirección de Investigación de la Universidad Nacional de Colombia (DIB) y de la Pontificia Universidad Javeriana, sede Bogotá. Artículo de investigación. Recibido: 3 de agosto de 2013. Aceptado: 16 de agosto de 2013.
2. Enfermera. Doctora en Enfermería. Docente de la Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Directora del Departamento de Enfermería en Salud de los Colectivos. Correo electrónico: fabiola.castellano@javeriana.edu.co.
3. Enfermera, MSc y doctora en Enfermería, Universidad de São Paulo, Brasil. Profesora asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Líder del Grupo de Investigación Cuidado Cultural de la Salud. Correo electrónico: allopezdi@unal.edu.co.

Resumen

El estudio etnográfico interpretativo tuvo como objetivo comprender la trayectoria de cuidado popular de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza que habitan en cinco barrios de los cerros nororientales ubicados en Bogotá. Con siete colaboradores clave se realizaron observación participante y entrevistas en profundidad. El análisis fue guiado por la propuesta de Leininger, la cual emerge el tema cultural: “Descubriendo los caminos del cuidado popular de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza”, y se presenta de acuerdo con los tres momentos de la trayectoria del cuidado: la comprensión de la situación actual (pagando las consecuencias de la vida que me tocó llevar), la toma de decisiones (tomar decisiones: un entramado de circunstancias) y la ejecución del cuidado (la ejecución del cuidado: el vaivén entre lo popular y lo profesional). El tema revela las diversas posibilidades de cuidado de este grupo y muestra cómo a partir de su contexto ambiental, su cultura y sus necesidades se configura una trayectoria intangible donde pesa la comprensión de su situación, las formas particulares de tomar decisiones y las prácticas heredadas culturalmente que se mezclan con distintos saberes cambiantes.

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

Palabras clave descriptores: ancianos con discapacidades físicas, Cerros nororientales (Bogotá, Colombia), asistencia a la vejez, aspectos sociales, enfermería geriátrica, enfermería transcultural.

Taking care of elderly people in disability and poverty

Abstract

This interpretive ethnographic study aimed at understanding the trajectory of popular care of older people with a disability living in poverty. The study was conducted in five neighborhoods of the northeastern hills of Bogota. The data collection methods were participant observation and interviews; methods that were carried out with seven key contributors. The analysis was guided by Leininger’s proposal, from which the cultural theme emerges: “Discovering popular care pathways of older people in disability and poverty”, and it is presented according to the three stages of the care trajectory: understanding the current situation (paying the consequences of the life that I had to take), decision making (decision making: a framework of circumstances) and care execution (Care execution: swinging between popular and professional care). The issue reveals the various possibilities of care in this group and shows how from its environmental context, culture and needs they configure an intangible path. On such path, understanding their situation becomes important and the particular ways of making decisions also turn significant along with the practices which are culturally inherited that blend with distinct changing knowledge .

Keywords: transcultural nursing, care, disabled elderly, ethnography.

Keywords plus: elderly with physical, Cerros nororientales (Bogota, Colombia), old age assistance, social aspects, geriatric nursing, transcultural nursing.

O atendimento popular dos idosos em situação de deficiência e pobreza

Resumo

O estudo etnográfico interpretativo teve como objetivo compreender a trajetória de cuidado popular dos idosos em situação de deficiência e pobreza que moram em cinco bairros dos morros do nordeste de Bogotá. Com sete colaboradores chave realizara-se observação participante e entrevistas em profundidade. A análise foi desenvolvida seguindo a proposta de Leininger da que emerge o tema cultural: “Descobrimos os caminhos do cuidado popular dos idosos em situação de deficiência e pobreza”, e apresenta-se de acordo com as três fases da trajetória do cuidado: compreensão da situação atual (pagando as consequências da vida que eu tinha de tomar), tomada de decisões (tomar decisões: tramado de circunstancias) e execução do cuidado (a execução do cuidado: o vaivém entre o popular e o profissional). O tema revela as diversas possibilidades de cuidado deste grupo e mostra como é que a partir do seu contexto ambiental, sua cultura e necessidades, uma trajetória intangível é configurada onde pesa a compreensão da sua situação, as formas particulares de tomada de decisões e as práticas herdadas culturalmente que se misturam com diversos saberes cambiantes.

Palavras chave: enfermagem transcultural, cuidado, idosos deficientes, etnografia.

Palavras chave descriptor: Idosos com físico, Cerros nororientales (Bogotá, Colômbia), assistência na velhice, aspectos sociais, enfermagem geriátrica, enfermagem transcultural.

Introducción

El envejecimiento de la población va de la mano con el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas que pueden llevar a situaciones de discapacidad. Las enfermedades cerebrovasculares, la depresión, la artrosis, la cardiopatía isquémica y las fracturas de cadera producen el mayor número de casos de discapacidad física en las personas ancianas (1). Adicionalmente, la presencia de más de una condición crónica al mismo tiempo en los ancianos potencia los riesgos para llegar a una situación de discapacidad. Por otra parte, en Europa se ha mostrado una asociación entre la morbilidad de los ancianos y los diferentes factores socioeconómicos, y se han encontrado diferencias en la prevalencia de discapacidad asociada con distintos factores sociales y culturales (2,3).

En el ámbito internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha afirmado que cerca del 10% de la población total posee algún tipo de discapacidad (4), y entre los países de Latinoamérica con mayor población en situación de discapacidad, Colombia ocupa el segundo lugar (6,4%), después de Brasil (14,5%). En Colombia, el censo de población del 2005 reportó una prevalencia superior al 10% de limitaciones permanentes en la población de 50 años de edad y más, principalmente en hombres, excepto en el grupo de más de 85 años. En el grupo de 50 a 54 años, la presencia de limitaciones fue del 10,6% en hombres y del 10,1% en mujeres. En el grupo de 80 a 84 años los hombres están en el orden del 38,3%, y las mujeres, en el del 37,6%. En las personas mayores de 85 años, las mujeres están cerca del 48%, y los hombres, del 46% (5). La relación entre pobreza y discapacidad es evidente en los estratos 1 y 2, lo cual muchas veces lleva a que estas personas no tengan protección social en salud o tengan dificultades para el acceso a los servicios de salud (3).

Las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza están menos protegidas, dado el contexto ambiental donde viven y las barreras de acceso a los servicios de salud; por tal motivo buscan otras opciones de cuidado, basadas en los recursos derivados de su cotidianidad y herencia cultural.

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

Si bien es cierto que las personas ancianas son vistas como un grupo homogéneo por sus características —edad, condiciones de salud, entre otras—, también es cierto que se debe reconocer su diversidad y las consecuencias que eso tiene en las necesidades de salud. En ese sentido, es preciso reconocer que la cultura es la lente por medio de la cual las personas ven el mundo y que sus creencias y prácticas para mantener la salud, para

tratar la enfermedad, para rechazar o para aceptar las formas de cuidado propuestas en los servicios de salud están insertas en ella.

Debert invita a que el asunto del envejecimiento salga del plano de lo privado y llegue al terreno de lo público (6). Invita a que los estudios del fenómeno del envejecimiento no permitan la “reprivatización” de la vejez, en que se les quiere atribuir exclusivamente a las personas el éxito o fracaso de su proceso, un tanto desconociendo que factores sociales, económicos y políticos marcan las historias de vejez y envejecimiento individual y poblacional. De esta forma, el trabajo parte de considerar que los seres humanos tienen variaciones en la forma de asumir su cuidado según su cultura (7).

De acuerdo con López Díaz (8), las poblaciones en situaciones de adversidad crean trayectorias de cuidado caracterizadas por tres momentos articulados entre sí: 1) la causación, en que se identifican y se atribuye un significado a las causas que producen la situación de bien-estar o mal-estar y se les atribuyen causas físico-ambientales, socioeconómicas, psicológicas o sobrenaturales; 2) la toma de decisiones, donde los recursos individuales, familiares y sociales producen movimientos que llevan a construir formas particulares de tomar decisiones, muchas veces desconocidas o ignoradas por los profesionales de la salud. Las decisiones son marcadas por experiencias anteriores propias o de los miembros del grupo familiar o cultural. Se toman decisiones sobre a quién se acude y qué se hace, y (3) acciones de cuidado popular: una relación estrecha entre los dos momentos anteriores. Generalmente, esas acciones son una mezcla del saber popular y la reinterpretación recibida en el contacto con las instituciones de salud.

Bajo estas consideraciones, el trabajo tuvo como objetivo comprender la trayectoria de cuidado popular de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza que habitan cinco barrios de los cerros nororientales en la ciudad de Bogotá D. C.

Aproximación metodológica

Esta investigación se desarrolló con metodología cualitativa y corresponde a una etnografía interpretativa. Según los términos de Geertz (9), abrir la oportunidad a las interpretaciones de las relaciones y descubrir las intrincadas redes de significado que se entretajan en las situaciones en las cuales se involucran las personas con su mundo de vejez, discapacidad y pobreza. En la etnografía interpretativa los textos son siempre dialógicos; en ellos se identifican las voces de los colaboradores y la del investigador, que interactúan una con otra para construir la interpretación del fenómeno.

El campo de estudio correspondió a cinco barrios ubicados en los cerros nororientales de Bogotá, pertenecientes a la localidad de Chapinero (Paraiso, Villa Anita, Mariscal Sucre, Pardo Rubio y San Martín). Esta localidad, creada en 1972, tiene altura que va de los 2600 a los 3550 metros sobre el nivel del mar y tiene una importante área rural. Allí se encuentra ubicada la Pontificia Universidad Javeriana, que tiene trabajo en salud comunitaria y fue una puerta de entrada para el estudio. Sin embargo, para poder captar a los cola-

boradores fue necesario contactar instituciones distritales de la localidad, instituciones que realizaban trabajos con grupos de la tercera edad, al Hospital de Chapinero, a la Secretaría Distrital de Salud, al Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS) y al Centro Operativo Local de Chapinero (COL).

El estudio se realizó con 31 colaboradores generales (líderes comunitarios de los grupos de adultos mayores, personas ancianas de los barrios, familiares y personas ancianas en situación de discapacidad) con quienes se realizó observación participante. De allí surgieron 7 colaboradores clave, con quienes se realizaron 14 entrevistas en profundidad y observación participante directamente en su domicilio entre octubre de 2005 y febrero de 2008. Fueron personas de más de 60 años de edad, nacidas en esos barrios, o que residían en ellos hacía más de 2 años, con algún tipo de deficiencia física o sensorial de tipo visual que limitara el desarrollo de sus actividades cotidianas y restringiera su participación en la comunidad, al no poder salir por sus propios medios de casa; que vivieran solos o acompañados, pero con apoyo permanente o intermitente para realizar actividades de la vida diaria (ir al baño, vestirse o comer). En todos los casos, ellos tenían funciones mentales y auditivas preservadas y expresaron verbalmente sus experiencias con relación al objetivo del estudio (tabla 1).

El análisis de los datos se realizó acorde a la propuesta de Leininger (7). En la primera fase se identificaron los significados contextuales de las entrevistas y diarios de campo; en la segunda fase se categorizaron y codificaron los descriptores; en la tercera fase se identificaron los patrones recurrentes por comparación continua de las categorías, y, finalmente, emergió el tema cultural.

Los criterios de rigor metodológico se consideraron según la propuesta de Streuber y Carpenter (10), atendiendo lo expuesto por Leininger (7). La credibilidad fue trabajada al compartir los hallazgos con los colaboradores, quienes se reconocieron en ellos: la auditabilidad fue considerada mediante el registro detallado de todas las actividades realizadas en campo, la transcripción de las entrevistas y el acompañamiento del grupo de investigación en Cuidado Cultural de la Salud.

La adecuabilidad o transferibilidad tuvo estrecha relación con el acompañamiento del grupo de investigación y con encuentros periódicos con pares, quienes realizaban estudios similares en otras partes de Colombia. Igualmente, el proceso del desarrollo investigativo fue permeado por “la reflexividad del investigador reconociéndose como miembro de una sociedad o cultura. La reflexividad del investigador como investigador que posee una perspectiva teórica, unos interlocutores académicos y un epistemocentrismo y finalmente, la reflexividad desde la población de estudio” (7).

Las consideraciones éticas se ajustan a la Resolución 008430 de 1993, del Ministerio de Salud, y el trabajo fue aprobado por un comité de ética avalado para tal fin. Los colaboradores escogieron un seudónimo para los efectos de la investigación.

TABLA 1. Características de los colaboradores clave

Identificación	Edad (años)	Género	Barrio	Tiempo de vivir en el barrio (años)	Lugar de origen	Tipo de deficiencia	Tiempo de discapacidad (años)	Grado de dependencia	Personas con las que vive	Religión	Escolaridad	Servicio de salud
AA	72	M	Paraíso	45	Cerros nororientales de Bogotá	Física	10	Mediana	Hija, tres nietos y un bisnieto	Católico	Primaria incompleta	Sisben
FB	78	M	San Martín	50	Boyacá	Física	5	Alta	Hijo, nuera	Católico	Primaria incompleta	Sisben
EF	70	F	Paraíso	45	Cerros de Bogotá	Física	2	Mediana	Hija, nietos y bisnieto	Católica	Primaria incompleta	Sisben
GY	65	F	San Martín	7	Valle	Física	10	Mediana	Hermana y sobrino	Católica	Primaria incompleta	Sisben
IP	70	F	San Martín	50	Bogotá	Física	6	Mediana	Esposo, hija y nietas	Católica	Primaria incompleta	Seguro Social
EC	64	F	Villa Anita	10	Tolima	Física	6	Mediana	Esposo, hijo, hija, nietas y sobrina	Católica	Primaria incompleta	Sisben
CR	78	F	Paraíso	50	Bogotá	Física/sensorial	5	Alta	Hija	Católica	Primaria incompleta	Seguro Social

Hallazgos y discusión

El cuidado popular de este grupo de colaboradores se comprende como el cuidado que se realiza a partir de los conocimientos y habilidades derivados de unos valores y creencias, esto es, la cosmovisión y experiencias de vida construidas por las personas ancianas en situación de discapacidad, que son culturalmente aprendidos, transmitidos en su mayor parte de manera oral, de generación en generación, y son influenciados por el contexto en el que se desarrollan. Utiliza un conocimiento práctico y un lenguaje sencillo y se desarrolla en un entorno familiar, pues es el primer recurso al que las personas ancianas acceden para solucionar sus situaciones de salud.

En el tema cultural *descubriendo los caminos del cuidado popular de las personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza* se revela la trayectoria del cuidado realizada para salir adelante y mantenerse vivas, muestra elementos tangibles e intangibles y señala una serie de actividades y tareas interconectadas con el contexto ambiental y su cultura. El tema cultural se presenta, de acuerdo con la propuesta de López, en tres momentos: la comprensión de la situación actual (pagando las consecuencias de la vida que me tocó llevar), la toma de decisiones (tomar decisiones: un entramado de circunstancias) y la ejecución del cuidado (la ejecución del cuidado: el vaivén entre lo popular y lo profesional).

Pagando las consecuencias de la vida que me tocó llevar

La comprensión de la situación actual parte de una comparación del presente y una reflexión sobre su pasado y las circunstancias en las que se desarrolló su vida. Así, la situación actual es histórica y guarda relación con el significado dado a la vejez, la discapacidad y la pobreza, así como a las causas que le atribuyen —objeto de análisis y discusión en profundidad en publicaciones anteriores— (11,12). Por lo tanto, se presenta una síntesis de estas, a fin de facilitar la comprensión de la trayectoria como un todo interconectado.

La situación actual está permeada por consideraciones que entrelazan pérdidas de independencia, de participación social, de capacidades físicas, de alternaciones en el cuerpo y de enfermedades. En su lenguaje aparecen los términos *estar viejo, inválido, incapacitado, jodido, enfermo o tullido*, que muestran una asignación cultural negativa de lo que están viviendo. Construyen explicaciones multicausales de esa situación, que se mueve entre causas de origen psicosocial —como el sentimiento de sufrimiento—, socioeconómico —el trabajo, las costumbres, los descuidos y los accidentes de la juventud, la ubicación geográfica de sus viviendas, los bajos ingresos, las dificultades para acceder a los servicios de salud— y natural —el cambio de frío a calor, las enfermedades y el mal funcionamiento del cuerpo, los hábitos como fumar y consumir alcohol—. De esta manera, los *males* se construyen de un complejo de relaciones que dejan entrever que no existe una sola causa para su situación actual.

De esta manera, en el inicio de la trayectoria de cuidado popular de estas personas se observa un panorama complejo que muestra la vejez, la

discapacidad y la pobreza como situaciones negativas, cargadas de significados relacionados con pérdidas en todos los sentidos, ante las cuales poco se puede hacer. De igual forma, las atribuciones causales que otorgan a su situación describen una multicausalidad de explicaciones, muchas de las cuales están centradas en el individuo y hacen referencia al descuido y al desgaste del cuerpo. Esta comprensión de su situación actual tiene repercusiones en la toma de decisiones y en la ejecución del cuidado.

El significado de la vejez y la discapacidad en las personas ancianas es una construcción social y cultural con una fuerte influencia de factores religiosos, de clase social, de valores, que lleva a pensar que no se puede hablar de personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza como un grupo homogéneo; por lo tanto, se requiere entender cómo cada población interpreta, nomina y explica esas categorías (vejez, discapacidad y pobreza), a fin de ofrecer propuestas de promoción, prevención o rehabilitación que respondan a la heterogeneidad y a la diversidad cultural y que superen los trabajos centrados en aspectos biológicos y en las deficiencias, para avanzar a modelos que respeten y promuevan las capacidades, haciendo demandas específicas acordes con la diversidad cultural (11,12).

Tomar decisiones: un entramado de circunstancias

El segundo momento en el proceso de trayectoria de cuidado popular de estos ancianos es la toma de decisiones para el cuidado. Llegar a la comprensión de las motivaciones que subyacen y justifican la decisión para ejecutar la práctica implicó efectuar una búsqueda exhaustiva en los significados y las motivaciones, lo que corresponde a reconocer los intangibles del cuidado. Este proceso contiene muchos elementos valorativos y relacionados con el contexto ambiental que pueden variar y alertar sobre la diversidad de caminos que puede tomar la trayectoria de cuidado popular en las poblaciones:

Hace unos días me cogió un dolor en la espalda que no me pasaba, tomé unas aguas de hierbas aromáticas, me friccionaron la espalda con pomada verde y me hicieron otras cosas pensando en que me mejorara, pero ya los hijos vieron que no mejoré y me llevaron al hospital para ver qué me decían. (Isabel)

Yo me levanté y sentía que me caía, no podía ni dar un paso fuera de la pieza... me tuvieron que auxiliar los hijos y acostarme porque realmente estaba muy mal: las piernas se me hincharon y no podía respirar... Entonces la hija mayor dijo que me veía muy mal, que la cosa era grave, que tocaba llevarme de urgencias al hospital de Chapinero. (Álvaro)

Las limitaciones en las actividades y en la participación que generan las situaciones de vejez y discapacidad tienen implicaciones en la toma de una decisión de cuidado, pues se generan sentimientos de impotencia y dificultad en los ancianos. Se pudo evidenciar que aquellos con una grave

limitación física poseen menos posibilidades de ser quienes toman decisiones sobre el cuidado y el tratamiento de salud; mientras que las personas ancianas con limitaciones físicas moderadas mantienen cierta autonomía sobre sus decisiones de cuidado.

Otro elemento para considerar en este campo es la familia. En este grupo de ancianos, los parientes desempeñan un rol fundamental para definir qué determinaciones se toman, evaluarlas y precisar los pasos que se deben seguir. En el interior de la familia, las mujeres son las encargadas de tomar las decisiones de cuidado y determinar si este se ejecuta o no, y de qué manera.

El grupo familiar es partícipe de la identificación de la situación de salud y hace una evaluación de esta en términos de gravedad: especialmente toman partido los hijos, cuando los hay, y del esposo o esposa. Así mismo, la familia decide si el cuidado se realiza en casa o en otros lugares. Los familiares influyen en los tratamientos propuestos por los profesionales de la salud, pues los evalúan frente a sus conocimientos y expectativas, y deciden si los promueven o no. Es importante aquí no solo el grado de consanguinidad, sino el género, pues en la mayoría de los casos las decisiones finales son tomadas por las hijas mujeres. Al respecto, Leite y Costa (13) afirman que, pese a que el grupo familiar es una unidad importante, muchas veces es representado en su cultura, sus hábitos y modos de vida por la mujer, quien tiene especial poder en las determinaciones que tengan que ver con las conductas de salud.

El grado de severidad se determina a partir de la situación que implique riesgos para la vida, y es valorada por la familia con parámetros de signos y síntomas aprendidos culturalmente. Cuando tal valoración no denota gravedad, se toman decisiones relacionadas con la utilización de remedios caseros, automedicación, seguir las recomendaciones de los servicios de salud o no hacer nada. Cuando se dictamina que la situación es grave, se acude a los servicios de salud.

Para la toma de decisiones, las personas acuden en la búsqueda de ayuda a actores derivados de las redes sociales cercanas y del sistema de salud u otras instancias gubernamentales y no gubernamentales, como la Iglesia. Ellos acuden a esos actores dependiendo de su grado de confianza, disponibilidad y tipo de situación.

La decisión de ir al médico o de buscar ayuda y cuidado dependen, en muchas ocasiones, de la disponibilidad de recursos. Estos incluyen, en lo económico, el dinero suficiente para pagar el transporte, comprar los medicamentos, costear las fotocopias que se generan de los trámites administrativos, así como la disponibilidad de un familiar o de un vecino para acompañarlos, asistirlos y apoyarlos en el cuidado que requieran. El factor económico se identifica como una barrera que debe ser superada para procurar el cuidado, pues condiciona en muchas ocasiones la asistencia a los servicios de salud. Ello, por ende, aumenta el riesgo para la vida de las personas, pues llegan en condiciones críticas de salud.

Helman (14) afirma que la manera en que las personas buscan la salud en una sociedad no está aislada de la misma sociedad (organización

social, política y religiosa). La búsqueda de la salud está entrelazada con esos aspectos, si se consideran los valores y la visión de mundo. Así mismo, el proceso de toma de decisiones está enmarcado en estas premisas.

Kleinman (15) elaboró una clasificación sobre los sectores de asistencia en salud que se pueden encontrar en una sociedad compleja: informal, popular y profesional. Cada uno de ellos tiene sus propias formas de explicar y de tratar la falta de salud. En esta investigación es evidente la existencia de esos sectores, los cuales se encuentran juntos y se articulan en la toma de decisiones y en la ejecución de las prácticas.

Igualmente, Spector (16) afirma que son innumerables los motivos por los que la gente elige un sector o una serie de actores para el cuidado de la salud. Una de estas razones incluye elementos culturales como las creencias y los valores. Otros tienen que ver con las condiciones del contexto ambiental, como la pobreza, las dificultades de acceso a los servicios, las barreras del lenguaje y la preferencia por los cuidados proporcionados por familiares. Las consideraciones de Helman (14) y Spector (16) dejan ver nuevamente la complejidad en el proceso de toma de decisiones.

Una decisión sobre los cuidados de salud que se van a realizar se encuentra en concordancia con autores como Pelto y Pelto (17) y con lo expresado por Garro (18), quienes establecen que las creencias son solo un sector que influye en la toma de decisiones de las personas. Por tanto, es necesario considerar otros aspectos como los factores económicos y materiales.

En los estudios sobre este tema, Pelto y Pelto (17) sostienen que la gravedad es un atributo universal importante como predictor de comportamientos y tratamientos de salud; pero los signos y los síntomas que se ven como graves varían de un grupo cultural a otro. De la misma manera, Garro (18) identificó unos elementos que se tienen en cuenta en la toma de decisiones: las estrategias utilizadas en ese proceso dependen de la situación; si esta es considerada grave, las personas acuden a los servicios de salud con mayor rapidez sin importar los costos o las condiciones del contexto ambiental; pero si la situación es considerada no seria, se sigue una ruta que empieza por buscar alternativas menos costosas hasta llegar a las más complejas, en caso de ser necesario.

Adicionalmente, Leite y Costa (13) reflexionaron sobre los itinerarios terapéuticos y consideraron que la percepción de gravedad es uno de los criterios que se tienen en cuenta en el proceso de toma de decisiones para tratar al enfermo en casa o ir al médico. En muchas investigaciones esta se ha identificado como criterio clave para dicho proceso, incluso con diferentes poblaciones. En este sentido, en la toma de decisiones de los ancianos discapacitados prima la atención a la vida. La percepción del grado de vulnerabilidad, de riesgo y de peligro ejerce una fuerte influencia y actúa como detonador para buscar cuidado (17).

Por otra parte, el uso de remedios caseros es el primer recurso al cual acceden los ancianos de esta investigación y sus familias cuando la evaluación de la gravedad no afecta la vida. Pero cuando estos recursos no solucionan la situación, la decisión que toman los colaboradores se orienta a preservar la vida; entonces es cuando optan por ir al hospital. De esta

manera, los conocimientos y las experiencias que los colaboradores posean respecto de una situación de salud permiten construir los caminos en la trayectoria de cuidado popular.

Los ancianos participantes de este estudio poseen conocimientos, fruto de su herencia cultural, que les permiten manejar y tratar ciertas situaciones. Por lo tanto, la posibilidad de utilizar ese conocimiento o reconocer que no se tiene permite optar por diferentes vías en el proceso de toma de decisiones en la búsqueda de cuidado.

En el caso de estas personas ancianas, los conocimientos están relacionados con sus creencias, en las que se incluyen remedios caseros —por ejemplo, el uso de hierbas en aguas aromáticas, en infusiones, en maceración, así como el empleo de cremas y otros objetos—, junto con la experiencia que han tenido en la utilización de ellos. Dicha experiencia sobre la efectividad de los remedios influye en la determinación de volver a utilizarlos o no. El saber acerca de los medicamentos formulados con anterioridad en los servicios de salud entra a formar parte del universo de conocimientos de estas personas, quienes los aplican para solucionar otras situaciones de salud. Esto no quiere decir que la automedicación sea acertada, ya que los medicamentos que consumen no siempre corresponden con la situación o con el problema de salud.

En este aspecto, Gerhardt (19), en su estudio de los itinerarios terapéuticos en situación de pobreza, desarrollado con 334 familias de bajos ingresos en Brasil, encontró que muchos de esos grupos familiares buscan la automedicación como primera medida de solución a sus problemas de salud, y en caso de que esta no funcione, el segundo recurso es la asistencia a los servicios de salud.

Al igual que sucede en esta investigación y en lo reportado por otros estudios, el uso de remedios caseros como primer recurso establecido en la toma de decisiones ha sido observado en poblaciones con condiciones difíciles de pobreza, en las cuales las personas experimentan dificultades de acceso y de disponibilidad. Vale la pena pensar si los remedios caseros son utilizados por estas poblaciones en situaciones adversas o si esta predilección se encuentra en otros grupos independientemente de su condición.

Al respecto se evidencia que la herencia cultural, considerada uno de los factores del contexto ambiental, ejerce una poderosa influencia en la toma de decisiones, ya que las creencias y la herencia cultural de las personas determinan las formas de actuar. En este grupo de personas, los factores sociales (familiares) y la herencia cultural influyen en la preferencia y uso de las hierbas como primera opción antes de acudir a otras instancias.

La ejecución del cuidado: el vaivén entre lo popular y lo profesional

El tercer momento en el proceso de trayectoria de cuidado es la ejecución del cuidado. Esta es la materialidad de los dos momentos anteriores, es donde se manifiesta la toma de decisiones, la valoración de la situación, los recursos

disponibles, el análisis que efectúan otras personas, la edad y el grado de dependencia. De esta forma, se visibilizan las construcciones culturales sobre las formas de mantener y recuperar la salud, es decir, las creencias y los significados que las personas tienen sobre la vejez, la discapacidad y el cuidado, así como la visión de mundo y la influencia del contexto ambiental. Aquí se conjuga el saber popular y la comprensión/reinterpretación del contacto con los profesionales de salud y, en algunos momentos, son utilizados de forma sincrética; en otros, de forma separada:

Estuve muy fregada de esta pierna... muy mala, porque me caí. Me hice los remedios que pude y la hija me sobó con pomada verde. Los hijos me daban lo que podían, me dejaron en la cama para que me quedara quieta, pero nada... Yo ya quería que me llevaran al médico. En últimas, ellos hicieron el empeño de acompañarme, porque como no puedo salir sola... (Emma)

En la ejecución del cuidado aparecen actores directos e indirectos del cuidado. La persona anciana realiza actividades de cuidado de la salud. Los otros actores provienen de las redes cercanas a la persona, como la familia, los vecinos, miembros de grupos religiosos, las personas de las droguerías, los sobanderos y los médiums. Intervienen también actores pertenecientes al sistema de salud (el médico y la enfermera, los más visibles), y finalmente las organizaciones gubernamentales, como la Secretaría de Integración Social.

Cada miembro de la familia desempeña actividades de cuidado de acuerdo con su rol. En este sentido, la mujer es la encargada principal, dado que se mantiene la asunción cultural de que es una responsabilidad femenina y, además, es ella quien permanece por más tiempo en la vivienda. Sin embargo, no hay una exclusión total del hombre en el cuidado: él realiza actividades sencillas como calentar la comida, dar la pastilla y acompañar a la persona anciana. Los niños también cumplen un papel en el cuidado. Ellos participan como compañía y apoyan en acciones simples como ayudar a preparar el alimento y alcanzar las medicinas o los remedios caseros. En este caso, se observa una relación de ayuda mutua, es decir, los niños apoyan el cuidado de los ancianos y estos, a su vez, deben estar pendientes de la seguridad de los niños.

Dentro de la ejecución del cuidado, López (8) identificó a los actores que posibilitan las prácticas de cuidado. Entre ellos se encuentran la persona anciana, la familia y, dentro de ella, las mujeres encargadas de realizar el cuidado directo y los hombres responsables de proporcionar la seguridad económica de la familia.

La familia es la primera instancia en la búsqueda de la salud, pues en su interior se agotan los recursos de cuidado (14,15,20). Entre el 70% y el 90% de los tratamientos en salud ocurren dentro de la familia (21). Las actividades realizadas dentro de ella comprenden las decisiones, la evaluación del estado de salud y los primeros cuidados, así como la definición del recurso que ha de ser movilizado (21).

Los vecinos y las personas cercanas brindan un cuidado de la salud orientado al mantenimiento y la recuperación de lo físico y de lo mental, esto es, ellos apoyan la ejecución de algunas prácticas relacionadas con la alimentación, la preparación de remedios caseros y la compañía en la vivienda y en los servicios de salud.

Quien atiende la droguería es un actor indirecto que es consultado de manera frecuente, pues brinda asesoría y orientación para el aspecto físico. A pesar de las regulaciones legales que prohíben el expendio de medicamentos sin fórmula médica, en este contexto se mantiene la práctica de asistir a la droguería para consultar y ser formulado por las personas que allí atienden. Esto puede explicarse de varias maneras. Por una parte, existen en este grupo de ancianos creencias respecto a que los encargados de las droguerías poseen conocimientos similares a los de los médicos, ya que integran algunos de sus conocimientos científicos sobre el uso de medicamentos con las creencias culturales. Además, el uso de este recurso no tiene barreras de acceso. Otra explicación puede estar relacionada con las similitudes en la visión de mundo y en el contexto ambiental que poseen en común los funcionarios de las droguerías con los colaboradores.

El sobandero es un actor de la red de cuidado familiar del anciano, por ejercer una intervención directa. Actúa cuando hay situaciones en las que se presentan lesiones o daños en el sistema osteoarticular. Sin embargo, su intervención es esporádica y acudir a él no se observa como una práctica frecuente en este grupo cultural.

Las entidades de origen sobrenatural son consultadas de manera intermitente por las personas ancianas de este estudio, quienes hacen referencia a santos como José Gregorio Hernández, quien les realiza procedimientos quirúrgicos y brinda tratamientos para recuperar la salud. Las acciones de los actores del orden de lo sobrenatural son reconocidas por las personas ancianas y sus familias, aunque el uso de este recurso no es referido específicamente por ellos para su situación:

A mi sobrina le cayó un mal muy raro: no comía, no dormía y tenía mal color. Entonces vino la mamá y la llevaron adonde san Gregorio para que la ayudara. La dejaron en un cuarto sola, con sábanas y todo blanco... Ella dice que cuando despertó le dolía mucho el estómago, como cuando está recién operado, y duró varios días en cama y sin poderse mover. ¡Ese santo la curó! (Isabel)

Los profesionales de la salud tienen un papel indirecto en el cuidado de la salud, pues ellos orientan las prácticas y brindan recomendaciones para el cuidado de la salud que están dirigidas, únicamente, a la esfera de lo físico.

En este grupo de actores, los hallazgos muestran que la figura más visible es la del médico y los evalúan tanto en los aspectos positivos como en los negativos. Para estas personas, los médicos son quienes poseen la autoridad para definir cuál es el problema de salud y para decidir el medicamento

que deben tomar y los procedimientos que hay que seguir. Tal como lo señalan Spector (16) y Helman (14), en el encuentro del anciano con el médico entran en juego una serie de relaciones de poder, en las cuales las personas asumen roles y jerarquías diferentes, esto es, el médico ordena y los pacientes obedecen. El rol de enfermo es asignado por el médico y solo él posee la autoridad para cambiar tal situación.

A pesar de este reconocimiento, los ancianos y sus familias no siempre están de acuerdo con las prescripciones y los manejos sugeridos por el médico en los servicios de salud. Se quejan por la manera como se realiza la interacción con los médicos: los perciben como autoritarios, intolerantes, indiferentes y poco comprensivos de su situación.

Por otra parte, las enfermeras profesionales no aparecen visibles en el discurso de los ancianos de este estudio. Las referencias que ellos tienen de la enfermería en general se han originado en el escenario hospitalario, es decir, la relación que señalan con enfermería se produce en los momentos en los cuales han estado hospitalizados. Se refieren a las enfermeras como las *señoritas*, las personas que les dan la comida, los bañan y les proporcionan los medicamentos. Parece que su referente son las auxiliares de enfermería, mas no las profesionales. Esto se puede explicar considerando diversos factores relacionados con el papel de la enfermera profesional en el sistema de salud vigente.

En la actualidad, la infraestructura del sistema de salud atiende un gran volumen de personas. Sin embargo, se ha centrado más en mostrar cifras de la cobertura en salud que en propiciar y valorar la atención desde la mirada del usuario como un ser humano. De esta manera, la gran demanda de servicios y la limitada oferta de recursos humanos generan altas cargas de trabajo que se reflejan en la calidad de la atención a las personas, en general, y a los ancianos, en particular. Esta alta demanda y la organización de los servicios de salud han generado que las profesionales de enfermería deleguen actividades de cuidado y se centren en actividades de tipo administrativo.

En el vaivén que implica la ejecución del cuidado, se mezclan las prácticas populares con los conocimientos profesionales. Aquí cumplen un papel importante las atribuciones causales. Por ejemplo, si las atribuciones causales están ubicadas en lo psicosocial (sufrimiento), se buscarán estrategias para el cuidado de la salud mental (tranquilidad); en el caso de la ubicación natural, el exceso o falta de equilibrio entre el frío y el calor tienen como práctica subsecuente abrigarse y utilizar cremas o ungüentos calientes, entre otros:

En mi situación hay que tener tranquilidad, no afanarse por nada, porque si uno se afana el corazón lo azota. Uno tiene que habituarse y acostumbrarse a estar ahí sin tanta atención, sin tanta cosa, no pensar cosas que lo afanen a uno. Hay que llevar la vida con tranquilidad y contarles a los hijos lo que pasa y así mismo escucharlos y ver cómo la vida corre... (Francisco)

La hija me regaña porque me pongo muchos trapos y yo le digo que tengo que cuidarme del frío; es que entra y le penetra a uno los huesos y de ahí vienen muchos males, por eso me mantengo con mi gorro y mis sacos. (Carmen Rosa)

Yo les tengo una fe a las salmueritas... Cojo agua caliente con sal y me hago pañitos en el pecho cuando me da el ahogo. El eucalipto también sirve para el dolor de cabeza; se pone a hervir agua con hojas de eucalipto y se hacen baños en la cabeza con esa agua. Las agüitas también son muy buenas; por ejemplo, la albahaca sirve para los nervios y el limoncillo para la fiebre; se machacan las hojas, se hierve el agua y luego se le echa a las hierbas con unas gotas de limón, se tapa y se deja enfriar. (Eucaris)

En el patio tengo los remedios para algunos males. La sábila sirve para la bronquitis, se toma con miel de abejas; y para la erisipela se abre la hoja y se la unta en la parte afectada. Tengo otra que sirve para descargar el hígado. Eso las maticas son muy buenas. (Graciela)

En la tabla 2 se organizaron las prácticas encontradas en el grupo y clasificaron de acuerdo con la propuesta de Spector (16): aquellas encaminadas a mantener o recuperar la salud en las esferas física, mental y espiritual.

Las actividades de la vida diaria —comer, bañarse y vestirse, por ejemplo— hacen parte de la cotidianidad y se observa un interés de los ancianos en participar en estas actividades, independientemente de sus limitaciones. Tales actividades son asumidas de manera diferente según el género. También dependen de la familia el tipo y la cantidad de actividades que realizan los colaboradores. Algunas familias brindan apoyos mínimos, ya que disponen de muy poco tiempo para ayudarles, por lo cual efectúan algunas tareas y dejan que la persona anciana las termine. Otras familias, en cambio, procuran proporcionarle todos los apoyos en la realización de las actividades, aunque tengan que pagar a terceros para que ayuden a su pariente anciano.

Los colaboradores emplean ciertos tipos de tecnologías compradas, regaladas, creadas o adaptas para facilitar la movilización. Pueden crear bastones a partir de un palo de escoba o un tubo, utilizan cuerdas y lazos que colocan en el techo sobre la cama para poder movilizarse y usan la silla plástica en el baño para bañarse y como caminador. Se observa aquí la fortaleza y la capacidad de adaptación y lucha que han desarrollado las personas ancianas con discapacidad. Esas adaptaciones también muestran cómo estas personas buscan controlar de alguna manera su entorno y mantenerse relacionados con el mundo exterior.

La trayectoria de cuidado permite ver una compleja red de significados e interacciones que muestran un saber de este grupo de ancianos y sus familias. De esta manera, las prácticas populares de cuidado proporcionan alternativas que, como precisa Gerhardt (19), poseen ventajas y desventajas y son escogidas en función de la disponibilidad, las circunstancias y las explicaciones culturalmente aceptadas por el grupo.

TABLA 2. Prácticas de cuidado para mantener y recuperar la salud realizadas por las personas ancianas en situación de discapacidad

	Físico	Mental	Espiritual
Prácticas para mantener la salud	<ul style="list-style-type: none"> · Me baño cada tercer día cuando la hija pueda auxiliarme · Duermo durante el día y me estoy quieto · A mí me toca mover las piernas y bullirme · Como bajito de sal · Tomo vitaminas y nutrientes · La sábila, la hierba buena y la ortiga sirven para las purgas del cuerpo · Hacemos deshaumero con eucalipto para desinfectar el aire 	<ul style="list-style-type: none"> · A uno a esta edad ya le toca quedarse tranquilo · Me siento por ahí y charlo con la familia · La radio y la televisión me entretienen 	<ul style="list-style-type: none"> · Oigo la misa en televisión · Rezo y le pido protección a Dios y a la Virgen · El escapulario me lo regaló el hijo pa' que me protegiera
Prácticas para recuperar la salud	<ul style="list-style-type: none"> · Me tomo fielmente las pastas que me da el médico · Con estos males lo único es ir al médico · Me hago masajitos con aceites y plantas para el dolor · Me amarro la lanita roja para curar mis males · Las salmueritas ayudan a estar mejor y calman el dolor · La creolina la usamos para sanar las heridas · Cuando me enfermo me tomo las pastas y la agüita de toronjil · Tomo agua de eucalipto para el dolor de cabeza, albahaca pa' los nervios y limoncillo para la fiebre · Me pongo cataplasmas para la erisipela 		<ul style="list-style-type: none"> · Rezo y le pido protección a Dios y a la Virgen

FUENTE: adaptado de Spector R. Cultural diversity in health and illness. New York: Prentice Hall, 2012.

Consideraciones finales

La trayectoria de cuidado popular se refiere al proceso que siguen los ancianos en situación de discapacidad y pobreza para establecer el cuidado que llevan a cabo en respuesta a diversas situaciones. Esta trayectoria posee tres componentes que se articulan secuencialmente entre sí: la comprensión de la situación actual, la toma de decisiones y la ejecución del cuidado.

El primer paso en la trayectoria de cuidado popular es la comprensión de la situación actual. Las personas identifican su situación de malestar como causada por la vejez y la discapacidad; estas, a la vez, aportan al significado de su situación y le dan una connotación negativa que las convierte en dependientes. De esta manera, se definen como personas inválidas, viejas y llenas de males. Sumado a lo anterior, ellas atribuyen su situación a elementos de origen psicosocial como el sufrimiento, que ha sido una constante en sus vidas, a las causas de tipo socioeconómico relacionadas con el trabajo duro y a las naturales como la exposición al calor o al frío. Finalmente, las personas emiten un juicio, a partir del cual se declaran viejas y llenas de males, ante lo que toman decisiones y establecen formas para cuidarse.

El siguiente paso es la toma de decisiones. En ella se encuentran diversos elementos que se constituyen en un entramado de circunstancias y condicionan los caminos para buscar el cuidado. Los elementos que marcan de forma más fuerte la toma de decisiones en estas personas son la gravedad de la situación y la evaluación de la situación por parte de la familia, aunque no se desconoce la influencia de otros factores.

Cuando se ha generado una decisión, se procede a la ejecución del cuidado. Allí entran en juego los actores y las prácticas de cuidado, donde se observa el vaivén entre el cuidado popular y el cuidado profesional. Las personas ancianas buscan en su familia el apoyo para el cuidado, atienden a las recomendaciones de los profesionales de salud a pesar de las dificultades y realizan prácticas de cuidado popular teniendo en cuenta los factores facilitadores y de barrera del contexto ambiental. Las prácticas de cuidado popular están dirigidas a mantener y recuperar la salud en los aspectos físico, mental y espiritual, pero se observa especial atención al cuidado físico.

Esta trayectoria de cuidado popular evidencia algunos aspectos universales y particulares que son mediados y construidos por la cultura. De esta manera, en la comprensión de la situación actual, el bienestar o el malestar no solo tienen relación con la salud; también tienen que ver con la construcción de significados sobre la vejez, la discapacidad y la pobreza. En ella se hacen visibles la cosmovisión, las experiencias y las creencias de los colaboradores.

En la toma de decisiones se revelan algunos aspectos invisibles del cuidado, como la valoración de la gravedad, la influencia de la familia, los asuntos económicos, el género y el grado de dependencia, los cuales se pueden considerar universales y particulares en la elección de una forma de cuidado.

Por último, en la ejecución del cuidado se articulan los dos pasos anteriores para hacer visibles las formas de cuidado de los colaboradores de este estudio. Ello muestra que en el grupo hay una mezcla de cuidado entre lo popular y lo profesional.

La comprensión aquí presentada muestra la creatividad y la historia de lucha y sufrimiento de estas personas, las cuales construyen formas de cuidado para mantener y proteger la vida, de acuerdo con su cosmovisión, con los facilitadores y con las barreras de su contexto ambiental.

La trayectoria de cuidado popular aquí identificada permite vislumbrar la existencia de elementos desconocidos hasta ahora para nosotros sobre cómo las personas cuidan de su salud y su vida. A partir de esta trayectoria, podría afirmarse que existen formas de ver y comprender la salud y la vida, distintas para las personas ancianas y para los profesionales que brindan ese cuidado, quienes están poco preparados para identificar las diferencias culturales de esas personas.

Es necesario conocer las trayectorias de cuidado para brindar cuidados competentes que promuevan la cultura y que, a la vez, ofrezcan seguridad a las personas que los reciben (22). La diferencia entre cómo se comprenden las situaciones por parte de los profesionales y de las personas (pacientes) genera choques con quienes acuden a los servicios. En consecuencia, se interfiere en la búsqueda de cuidado e influye en la poca aceptación de las terapéuticas y las recomendaciones dadas por los profesionales de salud. Como señala Helman (14), la diferencia entre estos profesionales y las personas que acuden a los servicios se deriva de las disímiles cosmovisiones y las maneras de explicar las situaciones. Respecto de las diferencias en la aproximación al cuidado de la salud, Spector (16) afirma que los sistemas médicos modernos están centrados en la comprensión de la enfermedad y no en la comprensión de la salud de las personas. De esta manera se propicia un distanciamiento desde el punto de vista de la comprensión de la salud, pues atiende diferentes perspectivas y busca la integralidad del ser. En tal sentido, los aspectos culturales tienden a ser subvalorados en el cuidado de las personas.

Así mismo, es evidente en la trayectoria de cuidado el papel que desempeñan protocolos que tienen una tendencia a homogeneizar y a dar prioridad, muchas veces, a categorías físicas y biológicas, donde no caben las experiencias y los significados que permean las trayectorias de cuidado popular. Es tiempo de reflexionar sobre cómo preparar a los profesionales en salud más sensibles frente a la diversidad cultural y que puedan mantener un diálogo entre el saber profesional y popular para ofrecer servicios culturalmente congruentes.

Referencias

1. Guccione A, Felson D, Anderson J, Anthony J, Zhang Y, Wilson P, et al. The effects of specific medical conditions on the functional limitations of elders in the Framingham Study. *Am J Public Health.* 1994:351-8.
2. Den Brink C van, Tjihuis M, Kalmijn S, Klazinga N, Nissinen A, Giampaoli S, et al. Self-reported disability and its association with performance-based limitation in elderly men: a comparison of three European countries. *J Am Geriatr Soc.* 2003:782-8.

3. Hernández Jaramillo J, Hernández Umaña I. Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia. *Revista Salud Pública*. 2005:130-44.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención de las enfermedades crónicas: una visión vital [internet]. Disponible en: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/.
5. Colombia, Departamento Nacional de Estadística (DANE). Censo general 2005.
6. Debert GG. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: EDUSP; 1999.
7. Leininger M. *Transcultural nursing*. New York: Medical Libray Association; 1995.
8. López Díaz AL. *Cuidar no contexto da adversidade: história oral de idosos numa comunidade colombiana [tesis de doctorado]*. São Paulo: Universidad de de São Paulo; 2003.
9. Geertz C. *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa; 1988.
10. Streubert H, Carpenter D. *Qualitative Research in nursing advancing the humanistic imperative*. Philadelphia: Lippincott; 1999.
11. Castellanos Soriano F, López Díaz AL. Tejiendo explicaciones sobre vejez, discapacidad y pobreza en los cerros nororientales de Bogotá, Colombia. *Investig Enferm. Imagen Desarr*. 2011;13(2):27-47.
12. Castellanos Soriano F, López Díaz 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. *Investig Enferm. Imagen Desarr*. 2010;12(2):37-53.
13. Leite SN, Costa Vasconcellos MDP. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2006:113-28.
14. Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. s. l.: Artmed; 2009.
15. Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture an exploration of the Borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Los Angeles: University of California Press; 1980.
16. Spector RE. *Cultural diversity in health and illness*. New York: Prentice Hall; 2012.
17. Pelto Pertti J, Pelto G. *Studyng knowledge cultura and behavior in applied medical anthropology*. 1998:147-63.
18. Garro L. *On the rationality of decision making studies: part I*.
19. Gerhardt TE. *Therapeutical itineraries in poverty situations: diversity and plurality*. *Cad Saúde Pública*. 2006:2449-63.
20. López L, Alzate 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, Bogotá*, 2008.
21. Londoño Blair A. *El cuerpo limpio higiene corporal en Medellín, 1880-1950*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2008.

22. Mejía Ituyan LD, López Díaz LD, Velásquez Gutiérrez VF. Hierbas medicinales: un asunto más allá de las prácticas populares. Avances en el Cuidado de Enfermería. 2010: 383-401.