

El sentido cultural del cuidado en casa del enfermo

The meaning of cultural carefully in house of the sick

Marina Sánchez Sanabria *
Francia Esther Herrera Salazar **
Mariaemma Socarras Vega ***

RESUMEN

Esta investigación tiene un diseño cualitativo descriptivo, transversal para comprender las diferencias existentes en los conocimientos, actitudes y prácticas influidas por la percepción o sentido cultural de cuidar del cuidador primario, como elemento básico para caracterizar elementos culturales presentes en el ambiente de cuidado al enfermo o discapacitado que está en casa a través de la indagación profunda de la percepción y sentimientos que tiene tanto el cuidador primario como el ser cuidado en casa.

Se realizó con los usuarios inscritos del Programa de Promoción y Prevención de la indagación profunda de la percepción y sentimientos Universidad Popular del Cesar (IPS-UPC) de los enfermos crónicos y discapacitados a nivel comunitario del grupo extramural de la comuna cinco y del Hospital

Eduardo Arredondo Daza de la ciudad de Valledupar, Colombia. El valor de realizar este proyecto, está en desocultar los múltiples significados que en la realidad vivida por los seres cuidadores primarios y en los seres cuidados; son esas distintas formas de percibir la existencia, influido por el conocimiento de lo ancestral, los sentimientos y la sabiduría de la cultura que cada uno posee para expresarse en las múltiples formas que el cuidado lo acontece y lo requiere para dar el sentido cultural característico y diferenciado que se percibe en el modo de cuidar y la satisfacción de quien lo recibe y lo ofrece.

Este aspecto fue valioso para la comunidad académica del programa de enfermería, porque ubicó epistémicamente la transculturalidad del cuidado como una mirada y forma de enseñar transdisciplinariamente, enseñando y ofreciendo el cuidado desde la cultura, sentimientos y pensamientos del ser cuidado para el mantenimiento de la vida y la salud, en la que estudiantes de enfermería desde sus primeras experiencias formativas deben incursionar en la intervención holística que se

* Enfermera Magister en Salud Pública, Magister en Educación y Doctorante en Ciencias de la Educación.

** Enfermera Magister en Materno Infantil, Magister en Educación y Doctorante en Ciencias de la Educación

*** Enfermera Especialista en Cuidados Intensivos y en médico Quirúrgica, Magister en Educación, Doctorante en Ciencias de la Educación. Docentes Asociadas, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Popular del Cesar. Grupo de Investigación "Control de Calidad de los Procesos en Salud, reconocido y categorizado por COLCIENCIAS.

requiere en el cuidado de la salud y de la vida.

Palabras claves: sentido cultural, cuidado cultural, transculturalidad, diversidad cultural, universalidad del cuidado.

SUMMARY

This investigation has a descriptive qualitative design, traverse to understand the existent differences in the knowledge, attitudes and practices influenced by the perception or cultural sense of taking care of the primary caretaker, as basic element to characterize elements cultural present in the atmosphere of care to the sick person or discapacitado that this at home through the deep inquiry of the perception and feelings that he/she has so much the primary caretaker as being taken care at home.

It was made with the entered users of the Program of Promotion and Prevention of the IPS-UPC of the chronic sick persons and discapacitados at community level of the group extramural of the commune five and of the Hospital Eduardo Arredondo Daza of the city of Valledupar, Colombia. The value to carry out this project is in desocultar the multiple meanings that in the reality lived by the beings primary caretakers and in the taken care beings they are those different forms of perceiving the existence, influenced by the knowledge of the ancestral thing, the feelings and the wisdom of the culture that each one possesses to be expressed in the multiple forms that the care happens him and it requires it to give the characteristic and differentiated cultural sense that it is perceived in the way of taking care and the satisfaction of who receives it and he/she offers it.

This aspect was valuable for the academic community of the infirmary program, because it located epistemicamente the

transculturalidad of the care as a look and form of teaching transdisciplinariamente, teaching and offering the care from the culture, feelings and thoughts of being taken care for the maintenance of the life and the health, in which infirmary students from their first formative experiences should intrude in the look holística that is required in the care of the health and of the life.

Key Words: cultural sense, cultural care, transculturalidad, cultural diversity, universality of the care.

INTRODUCCION

En Colombia las condiciones de vida de la población están aumentando a pasos agigantados, el grupo de discapacitados resultados por violencia y el manejo inadecuado de enfermedades crónicas están siendo desprotegidos por el Sistema de Salud porque no se valora la importancia que estos grupos poblacionales tiene en el desarrollo de la sociedad. Mientras que en las comunidades se hace una exclusión y negación de ellos por la atención que ameritan, también en las instituciones de atención en salud y formadoras de talento humano para la salud de cualquier nivel académico se continúa con el enfoque biológico, descuidando la extensión de sus funciones en la casa de los seres humanos que requieren la orientación y acompañamiento terapéutico para asegurar calidad de vida digna. Por ello el cuidado de la salud de la población discapacitada o enfermo crónico que es dependiente de los demás es un asunto de todos.

Rave Ospina (1993), afirma que es fundamental comprender que el desarrollo humano es un proceso de construcción de los sujetos individuales y colectivos, dentro de unas condiciones históricas y culturales

específicas. La construcción del sujeto es el proceso central del desarrollo humano. Ser sujeto significa tener conciencia de sí, de sus acciones, de sus características y circunstancias.⁽¹⁾

En el caso de Colombia, los estudios muestran que el mayor número de personas con discapacidad se encuentran en el estrato 1 y 2, lo cual conlleva muchas veces a que estas personas no tengan protección social en salud o tengan dificultades en el acceso a los servicios de salud.

La situación de enfermo crónico y discapacidad particularmente en esta situación de dependencia total o parcial, cobra importancia si se tiene en cuenta los aspectos culturales y los costos que esta condición tiene para quienes la sufren.

Descubrir una cultura diferente de la propia implica una reflexión sobre los valores éticos; así pues, es un desafío comprender los diferentes valores éticos de una cultura y no imponer los propios pretendiendo que son mejores.

Escuchar atentamente las explicaciones e interpretaciones de las personas y grupos sobre qué hacen, porqué lo hacen y porqué creen en sus prácticas de cuidado, conducirá a mantener relaciones positivas y nos orientará hacia una actitud de respeto por el otro u otra.

Los programas de atención en salud pública han tratado de concientizar a los diferentes actores implicados en el cuidado de la salud con postulados filosóficos que permiten comprender que los cuidadores primarios proyectan durante el proceso los valores aprendidos en su contexto familiar y social,

enfrentándolos en algunas situaciones a una red de conflictos resultado de inconformidades frente al cuidado que ofrece a sus familiares, o que muchas veces estos no son concientes del marasmo e indiferencia en que se encuentran sus seres cuidados. Es aquí, donde a los profesionales de enfermería se abre un campo de acción más en el que se pudiera incursionar, si se realizara un acompañamiento terapéutico e integral tratando de comprender el proceso de autocuidado del enfermo y las influencias culturales de los cuidadores primarios en sus realidades y vivencias.

El trabajo de enfermería requiere de un conocimiento integral de la salud que le permita contar con herramientas para conocer, respetar y comprender las creencias, las formas de pensar, de actuar, los temores, la inseguridad de los seres cuidados y sus cuidadores primarios sobre todo a las personas o familias que provienen del campo, por desplazamientos o por situaciones adversas o que practican la medicina tradicional en disyuntiva o sinergia con la medicina occidental. Este contexto no es el único en el acto de cuidar, pues la experiencia y las teorías en enfermería nos ratifican que cuidamos con el otro; como lo afirma Romero Nubia (2006)⁽²⁾ en el marco de una relación dialógica en la que fluyen sentidos y significados que se entremezclan y es allí donde el acto de cuidado se convierte en un acto interpretativo, comprensivo en el que entra en juego la complejidad cognoscitiva.

La Universidad Popular del Cesar, como entidad formadora de talento humano, debe incidir en el mejoramiento de la calidad de vida y en la armonía del ser humano con sus semejantes y con la naturaleza, mediante el

OSPINA, Rave BE (1992-1993. Relación entre las necesidades básicas de participación, identidad y entendimiento y la estructura de los servicios educativos de los sistemas de salud (Tesis de grado).

ROMERO B. María Nubia (2006) Articulación de las competencias en los currículos: Una mirada en perspectiva tomado de las memorias del V congreso de pedagogía.

desarrollo de proyectos en la docencia, la investigación y la extensión; en correspondencia; la Facultad Ciencias de la Salud, está orientada a formar profesionales que se desempeñen con sentido eficiente, crítico, racional y ético en los procesos que intervienen en el cuidado de la salud del individuo, la familia y la comunidad con un enfoque totalizador y en el contexto de los avances científicos y tecnológicos en los campos de la salud ^(a), la información, y las ciencias humanas y sociales; porque la problemática relacionada con el enfermo crónico y discapacidad que a diario se evidencia en las experiencias formativas ^(a) se encuentran factores tan relevantes como:

La poca importancia que se da al proceso de atención al enfermo crónico, discapacidad y vejez; la falta de promoción de una cultura saludable hacia el proceso de envejecimiento, mantenimiento digno de la calidad de vida del enfermo crónico desde una perspectiva más integral y humana que posibilite el fortalecimiento de actitudes y valores positivos hacia este proceso; la escasa vinculación de temas sobre la psicogerontología, la antropología de la salud, la cultura y salud; el acompañamiento terapéutico de los enfermos crónicos en casa y del manejo preventivo de enfermedades endocrinológicas y metabólicas a los proyectos de investigación, extensión y docencia; la limitada preparación del profesional de enfermería para brindar cuidado integral a estos grupos vulnerables de acuerdo con sus necesidades fundamentales, en todos los espacios en los que éste se encuentra a nivel individual y colectivo.

Lo anteriormente expuesto, está relacionado estrechamente con los procesos de formación

académica de enfermería comunitaria de todos los diferentes semestres académicos del programa, en la que es necesario enseñar el cuidado terapéutico desde los saberes del ser cuidado y del ser cuidador primario con el saber disciplinar, proponiendo estrategias de cuidado de enfermería en determinadas situaciones y en adversidad.

En la práctica del cuidado de enfermería se evidencia una gran incoherencia entre enseñar a dar cuidado comprendiendo al otro en su necesidad de ayuda y los contenidos del autocuidado del enfermo por realizar unas competencias del hacer predeterminadas, desconociendo los significados que se interrelacionan en este proceso con experiencias vividas llenos de valores, creencias, desaciertos, angustia y modos de atender que deben ser terapéuticamente tratados desde su cultura por la enfermera en la comunidad.

Este presupuesto se plantea a partir de resultados relevantes del estudio en un contexto problematizador como es “el sentido cultural del cuidado en casa del enfermo”, como un deber de acompañamiento transcultural de la enfermería que no se realiza a nivel comunitario; por lo que las investigadoras pretendieron buscar momentos que validaran las metas del cuidado en el hogar del enfermo y vislumbrar cómo debe ser el acompañamiento teniendo en cuenta las vivencias y las percepciones que tienen los implicados en este proceso.

Es un estudio de modalidad cualitativa a través de estudio de caso como diseño, de análisis hermenéutico, que desoculta la manera cultural de la atención en casa para seguir avanzando en el conocimiento de

UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR (2003 - 2006) Proyecto educativo de la facultad ciencias de la salud.

HERRERA S., Francia Esther, SOCARRASV Mariemma, SANCHEZ S. Marina (2007). Informe del desarrollo de las experiencias en investigación sobre Calidad de Vida en los Procesos de Atención y Formación en Salud. Tomado de los avances preliminares del libro en proceso de edición por las autoras

prácticas de cuidado en la dimensión transcultural como un nuevo paradigma en la profesión de enfermería, siendo las razones para plantear este estudio con la adopción de la postura epistemológica del cuidado transcultural y la comprensión holística de las necesidades de los grupos sociales, a través de la indagación a profundidad en distintos momentos metodológicos que sirvieron para valorar a nivel de las familias las diferentes formas de abordar la salud e identificar espacios donde la enfermera comunitaria se convertiría en facilitadora de procesos de cuidado con acciones y decisiones coherentes en la Inter y transculturalidad al final de toda selección de la muestra.

MATERIALES Y METODOS

A través de un diseño de estudio de casos de investigación fenomenológica en interpretación hermenéutica utilizando los contenidos del lenguaje para desocultar el significado y obtener el sentido cultural del cuidador y del ser cuidado en casa del enfermo que en la interacción con “el otro” (cuidador primario) podrían estar en sincronía en el cuidado o distantes o de indiferencia frente a las metas para el mantenimiento o recuperación del enfermo.

El estudio se realiza en tres fases: percepción del enfermo acerca de su cuidado en casa, percepción del ser cuidador sobre el cuidado ofrecido y del autocuidado del enfermo para confrontar las dos partes comprometidas en el cuidado de la salud y manejo de la enfermedad en la casa para reconocer la interacción en los momentos del cuidado.

La selección de los seis casos informantes, denominados para el estudio INFORMANTES UNO: las personas discapacitadas o enfermos crónicos procedentes de distintas regiones de Colombia y residentes en Valledupar, su percepción sobre el cuidado permitió valorar el valor

cultural ancestral o de etnia y que puede estar interfiriendo en la calidad del cuidado. INFORMANTES DOS: son las personas cuidadoras que más ofrecen permanentemente el cuidado en casa del enfermo crónico o discapacitado.

A estos dos tipos de informantes por caso se les pidió el “consentimiento informado” para participar libremente en el desarrollo del estudio teniendo en cuenta los criterios de inclusión definidos.

Donde haya un enfermo crónico y /o discapacitado que dependa de los cuidados de algún familiar o amigo, que viva y ofrezca el cuidado la mayor parte del día, hombre o mujer que tenga autonomía para determinar su libre participación en el estudio, seleccionando al azar de la relación enfermos identificados en el programa académico de Cuidados Intensivos del Programa de Medicina Interna quienes articulan su práctica a la IPS-UPC., enfermo crónico o discapacitado procedente de cada región del país que viva en Valledupar, zona urbana con personas que ofrecen el cuidado permanentemente o el mayor tiempo del día en la casa del enfermo que no perciba remuneración económica por ello, que comparta el domicilio con la persona en situación de enfermedad crónica o discapacidad, que sean cuidadores que no tengan dificultad para comunicarse y ser seleccionados personalmente en la casa de estos enfermos, después de un período discreto de seguimiento y observación.

La recolección de la información se hizo a través de la guía de observación para verificar condiciones sanitarias de la vivienda, ambiente familiar, relaciones interpersonales y hábitos alimentarios; entrevista a profundidad sobre la percepción del cuidado aplicados al enfermo y al ser cuidador primario; guías de relato del enfermo para ser grabados previa orientación en donde se le

determinaba hablar de su sentir y relaciones interpersonales pensar sobre aspectos del manejo de los cuidados para su enfermedad y por último se le pidió que con sus palabras expresara como era su plan de cuidado, teniendo en cuenta aspectos de dependencia de su ser cuidador.

El estudio contempló en su análisis la confiabilidad y validez a través de la triangulación de la información de las diferentes dimensiones para valorar coherencias de las respuestas en cada visita de seguimiento realizado en el año de la investigación, permitiendo de esta manera la confiabilidad y validez de la misma.

Las dimensiones determinadas fueron: condición psicosocial y afectiva del enfermo crónico o discapacitado atendido en casa. Valorado en los seres cuidados y seres cuidadores primarios. Compromiso del enfermo para su integridad física. Valorado en los seres cuidados y seres cuidadores primarios. Conocimiento de la enfermedad y opinión del enfermo y del ser cuidador primario sobre el conocimiento de la enfermedad.

Surgieron las siguientes categorías: sentimientos surgidos en el ser cuidado y ser cuidador, derivado del proceso de cuidado, vivencias significativas durante el autocuidado y el cuidado ofrecido, funcionalidad de la familia del enfermo y su repercusión en el proceso de cuidado, conocimiento y explicaciones del ser cuidado y cuidador sobre la enfermedad y la percepción de las medidas terapéuticas, acompañamiento terapéutico y medidas de cuidado alternativas.

La información se seccionó por dimensiones; se codificó de acuerdo a respuestas significativas, luego se categorizó y se estableció relaciones entre categorías lo que

derivó unas conclusiones preliminares.

La importancia de este estudio está relacionada con los procesos de formación académica de enfermería comunitaria en la que es necesario enseñar el cuidado terapéutico desde los saberes del ser cuidado y del ser cuidador con el saber disciplinar, proponiendo estrategias de cuidado de enfermería en determinadas situaciones y en la adversidad.

El sentido del cuidado se visibiliza en el sentir de una realidad que fue dejada por las condiciones sociopolíticas del entorno, “Viviendo una espera llevadera y soportable”

RESULTADOS

En situaciones de desplazados por la violencia, el ser cuidado cabeza de hogar, transmite a sus generaciones los estados de ánimo, de confort aparente, llevadero para no generar conflictos o angustia o desesperanza en los menores de edad, pero estando ya los hijos adultos viendo una realidad socioeconómica, se encierran en su mundo interno aceptando la recursividad del enfermo para su autocuidado a expensas de sus creencias, saberes y costumbres, aguardando la solidaridad de los demás y temor a ser identificados por su misma situación de desplazados. El sentido del cuidado se visibiliza en el sentir de una realidad que fue dejada por las condiciones sociopolíticas del entorno, “viviendo una espera llevadera y soportable.”

El valor agregado de las actuaciones de las personas son recompensadas en vida y se evidencia cuando éste se vuelve dependiente para el mantenimiento de la vida; en situaciones vividas conflictivas, el sentido cultural del cuidado es de obligatoriedad, atendiendo escasamente lo biológico y deja de ser holístico.

En casos de doble rol en el cuidado, es decir enfermo y cuidador, el sentido cultural del cuidado se vuelve agoviante producto de la desesperanza frente a una realidad socioeconómica y de enfermedad crónica no curable, buscando mecanismos psicológicos de satisfacción (la fe, la solución mágico religiosa, la ancestral entre otras), aferrándose a todo tipo de ayuda alterna.

El valor cultural del cuidado ofrecido, tiene un gran componente humano, de interacción personal y terapéutica más cuando se percibe

El sentido cultural del cuidado es diferencial en los indígenas en relación a los demás grupos poblacionales procedentes de diferentes regiones de Colombia .

que el ser humano cada vez con su experiencia vivida, percibida y oída acerca de los fenómenos de salud-enfermedad, le da una mirada holística del cuidado de la vida y la salud; que se enriquece o se fortalece cuando hay afecto y funcionalidad familiar.

La condición intersubjetiva de relaciones distantes por disfuncionalidad del hogar, está agrediendo los valores éticos y van en

contravía al mantenimiento y calidad de vida del enfermo que recurre en últimas aceptar las precarias condiciones físicas ofrecidas por su familia y que son agravadas por la situación económica precaria.

El sentido cultural del cuidado en casa del enfermo está caracterizado por el nivel de conocimiento que tengan de la enfermedad, de los derechos ciudadanos frente al sistema de salud, del compromiso y afecto que tengan cada uno frente a la funcionalidad del hogar, de la situación socioeconómica en que vivan y de la recompensa recibida por la calidad de crianza dado históricamente a su familia.

El sentido cultural del cuidado es diferencial en los indígenas en relación a los demás grupos poblacionales procedentes de diferentes regiones de Colombia y es que “es un deber ancestral”, cuidar a las personas adulto mayor por su riqueza de experiencias y costumbres vividas.

DISCUSION

La cultura se construye de las vivencias significativas e interpretadas por la capacidad cognitiva del ser humano en experimentar, deducir, relacionar, repetir y predecir.

Las relaciones de producción económica del mundo influye en las conceptualizaciones que el ser humano construye sobre su realidad y que por lo tanto están enmarcadas en el contexto de reproducción sociocultural adoptando medidas de fortalecimiento para afrontar las condiciones de salud, ya sea para su integridad física, soporte social, psicológico, el reconocimiento de su autoestima y la esperanza; que deben ser valoradas para orientar al ser cuidador primario en mantenerse alerta frente a medidas de autocuidado que adopta el enfermo, reforzando el valor agregado a su mejoría y reorientando lo nocivo para que desde su

lenguaje y conocimiento del familiar enfermo cree conciencia del mismo cuidado.

Las relaciones intrafamiliares coimplicadas en un hogar funcional, imprimen un modo de cuidar con experiencia, conocimientos, creencias que los diferencia de otras familias. López L, Maria concepción (2006): afirma que esos modos de cuidarse⁽¹⁾ forman parte del ethos cultural que también se median en las relaciones de la enfermera comunitaria y miembros de la comunidad en el uso de medicinas alternativas. No puede haber una única forma de cuidar aunque exista la universalidad del cuidado.

Los efectos tóxicos que se pueden dar con la adopción del consumo de preparados orgánicos en descomposición alteran el sistema inmunológico y complican la enfermedad de base y por ende desequilibra todo el proceso de salud enfermedad. Es necesaria la educación en salud que debe orientarse con la presencia de un profesional de salud, para la búsqueda de conciencia y de actitud positiva.

La necesidad de autocontrol, amerita ser atendido dentro del proceso del cuidado. La experiencia de cuidar y ser cuidado, genera sentimientos que en algunas oportunidades le son de acercamiento o de rechazo. Barrera, Lucy (2001), afirma que es importante que sienta el enfermo la disposición de su familia para la atención, porque le asegura confianza, soporte psicológico de bienestar, como también seguridad en el cuidado recibido porque nota la habilidad de su familiar⁽²⁾. Lo único es que haya un seguimiento en casa para

valorar la gestión del cuidado en términos de debilidades, fortalezas, amenazas y de oportunidades en relación a los modos de cuidar al enfermo y al modo de cómo se cuida el enfermo, pues esos familiares son los que van a realizar el desempeño de acciones que debe hacer una enfermera en su ausencia; por lo que requiere valorar ese cuidado que se brinda e ir interviniendo para que asuman los nuevos roles sin tantos riesgos en el manejo de la enfermedad. Nkongho (1999) elaboró un instrumento para el seguimiento del desempeño del cuidador primario para prepararlo en la medida de la calidad del cuidado ofrecido⁽³⁾.

Es necesario establecer una red terapéutica y de apoyo que acompañe al enfermo y a su familia a nivel de los hogares y coordinados por un programa de servicios sociales y de salud en la que se incorpore” enfermos de soporte terapéutico”, es decir que desde sus vivencias en el autocuidado enseñe al otro enfermo a dinamizar el cambio que se requiere.

La experiencia vivida en el cuidado y la información recibida de sus generaciones y de su grupo social, le han informado sobre los comportamientos fisiológicos del adulto mayor y de las infecciones probables a presentar.

Cada quien interpreta el dolor del otro según su experiencia vivida, desconociendo interpretaciones de complicaciones de la enfermedad que padece o por problemas éticos soterraneo para justificar calidad de la atención.

¹LOPEZ L, Maria concepción (2006): La enfermera comunitaria y las medicinas alternativas. En: Enfermería Sanitaria. Edición Mc Graw Hill. Pág. 343

²BARRERA, Lucy (oct. 2001). Trabajo con Padres de niños con fibrosis quística. Coloquio Nacional de Investigación en enfermería. Bogotá.

³NGZOCI Congo (1999): “The caring ability inventory” En: O. Stricldandy C. Waltz, y Measurement of nursing out comes. Vol. FORU

CONCLUSIONES

Las características que se encontraron en el estudio, fueron el reconocimiento del otro como persona, comunicación, escuchar activamente, honestidad, flexibilidad, permitir espacio de tolerancia, contacto, ponerse en el lugar del otro, compromiso, conocimiento, consenso, consejo, mediación, participación, deseo de cuidar, respuesta verbal y no verbal, aceptación, empatía, cercanía y justicia.

El cuidador primario desarrolla habilidades, destrezas y conocimientos de acuerdo a su interés determinando las características de la atención a su enfermo en casa; porque cuidar según Leclerc, A. (1974) es ante todo un acto de vida⁽⁶⁾; en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener, conservar la vida y permitir que estas continúen y reproduzcan.

La distribución de responsabilidades, funciones y tareas para el cuidado integral lo hacen tácitamente de acuerdo a su dedicación, labor, función dentro del hogar y de otras características de persona que son complementarias entre sí; pero la labor de cuidado está en segundo plano.

Valorar el significado del cuidado de la salud, representa compromiso, ética, comprender todas las etapas del ciclo evolutivo y en la alteridad anticiparse a los riesgos, lo que implica que la persona cuidadora en el hogar del enfermo contemple la integralidad del cuidado para dar una atención en su totalidad, fortaleciendo actitudes y habilidades de promoción y mantenimiento; como lo afirma NGZOCI Congo 1999 que el cuidado es la manera de relacionarse el cuidador con el receptor de cuidado, que es compleja, porque la expresión de la habilidad no depende en

muchos casos de capacidades sino de factores de motivación internos o externos para el desarrollo de la misma. Se basa en el concepto de cuidado, o sea, una relación que debe poseer conocimiento, paciencia, honestidad, confianza, humildad, etc., y en el concepto de habilidad que es la experiencia del cuidado, que está determinada por tres elementos: conocimiento, valor y paciencia.

Cada ser humano percibe la forma de dar cuidado desde su experiencia vivida y compartida con otros seres humanos sin entrelazar el conocimiento que pudo haber sido enseñado sobre diferentes modos de cuidarse con argumentos basados desde el saber científico; que muchas veces son de soporte psicológico y se dote de defensas naturales. Romero María Nubia (2006) afirma que “cuando cuidamos en contexto lo hacemos desde nuestro propio texto, que es un texto que se produce desde y en la cultura científica occidental; pero este contexto no es el único en el acto de cuidar, pues la experiencia y las teorías en enfermería nos ratifican que cuidamos con el otro, es decir, en el marco de una relación dialógica en la que fluyen sentidos y significados que se entremezclan y es allí donde el acto de cuidado se convierte en un acto interpretativo, comprensivo en el que entra en juego la complejidad cognoscitiva”.

Es una de las razones en pensar la labor terapéutica de la presencia de enfermería a nivel comunitario y en la identificación de familias con enfermos crónicos en casa, desarrollando habilidad en la comunicación social por una construcción colectiva de imaginarios para superar dificultades en procura de reconstruir conceptos en la vida cotidiana del enfermo en la comunidad. Es importante el trabajo integrado del enfermo con los integrantes de la familia para el

⁶LECLERC, A. (1974). *Paroles de femme*, paris Graser, Pág, 34

ROMERO B., María Nubia (2006): *opcit* pag. 12

manejo emocional, afectivo, del acompañamiento terapéutico para satisfacer las necesidades básicas para su bienestar (la eliminación, actividad física y ejercicio, descanso, sueño, comunicación, higiene, ventilación e iluminación fueron las más observadas en el estudio), por parte de los seres que le rodean, para hacerlo sentir persona importante y valiosa para el hogar.

Sin ser un objetivo de valorar las creencias y valores diferenciales entre las diferentes regiones de Colombia, si se pudo observar que el componente religioso es más aplicado en las familias netas de la Costa, en términos de esperanza para recuperarse que los procedentes del interior del país quienes lo hacen en términos mágicos de malignidad.

Es bueno recordar que la familia y el enfermo viven en una situación precaria y desde el punto de vista de la salud, la pobreza es vista como una gran agresión permanente, afectando la funcionalidad del hogar, no siendo percibido por el enfermo y éste la recibe como de abandono o de desgracia, resultado de lo personal (López 1998)^(*). Comprender la significación afectiva y el conocimiento valorativo del cuidado en casa, permite entender la participación conjunta y de coimplicación del enfermo y del familiar cuidador para lograr el mantenimiento o la recuperación de la enfermedad, mediante un manejo cultural adecuado del cuidar y su autocuidado imprimiéndole sentido a la vida. La interpretación mágico religiosa persiste y acrecienta en situaciones de mayor adversidad.

Es necesario reconocer cómo los patrones culturales impuestos en Colombia producto de la globalización de la economía afectan en

todas las esferas e incluso en la forma como las familias, comunidades y personas cuidan la salud y se prestan los cuidados de salud a su manera y capacidad económica, cultural y de conocimiento. Las crisis sociales y políticas, las condiciones de desigualdad, inequidad, pobreza y desempleo de la población redundan en una mayor demanda de los servicios de salud.

En el 2003 la Contraloría General de la Nación, en Colombia ^(**) afirmaba que “el paseo de la muerte” es la metáfora pública más desgarradora que puede hacer la síntesis de la salud”, pues al acompañamiento terapéutico del familiar o amigo en casa del enfermo se ausenta más la posibilidad de la presencia institucional de salud incrementado así las complicaciones de la salud de los enfermos a cambio de estar produciendo rentabilidad financiera, autosostenimiento a costa de brindar atención integral a las coberturas asignadas.

Conociendo esta realidad, el grupo de investigación, decide avanzar en la descripción y el análisis de la relación salud - cultura a proponer el “modelo de cuidado cultural para personas con enfermedades en situación de discapacidad y pobreza”, como función de la IPS-UPC, donde se promueve el rol de un equipo multidisciplinario como mediador entre el sistema de cuidado popular (del grupo) y el sistema profesional para construir un cuidado culturalmente congruente, es decir, basado en la visión de mundo del grupo para serlo transcultural y con alternativas de cuidado consensuadas.

El sentido cultural del cuidado en casa del enfermo proporcionado por sus familiares o amigos que viven dentro del hogar, están

*LOPEZ, M., a.e. (1998): Estrés, calidad de vida y dolor crónico. Impreso del curso de doctorado: Estrés, Calidad de Vida y dolor crónico, Universidad de Málaga. España (fotocopia).

**CONTRALORIA GRAL. DE LA REPUBLICA (2003): Evaluación de la Política Social. Bogotá: Imprenta Nacional.

diferenciados de acuerdo al afecto recibido de sus antepasados, de la situación sociopolítica, económica y cultural del ser humano como persona individual, de los colectivos y del entorno social y área geográfica.

Se acepta que el reconocimiento de los procesos de indagación de la realidad sociocultural, implican procesos de acompañamiento de muy largo plazo, de la permanencia, constancia y persistencia de investigadores y aún más a sabiendas con certeza de que al acercarnos nuevamente, tendríamos nuevas formas de abordar estos saberes ancestrales por la misma dinámica y característica de lo humano.

El respeto hacia un dialogo intercultural y encuentro de saberes tradicionales de cuidado, en beneficio de modos de vivir saludables y calidad de vida en medio de la adversidad.

Se visibiliza la necesidad de incorporar en el programa académico de enfermería la interpretación antropológica y social del cuidado de la vida y la salud. Aspecto que no se evidencia en los procesos de formación del cuidado de enfermería ni en la presentación de los informes del proceso de atención de enfermería realizado en las experiencias formativas del estudiante.

BIBLIOGRAFIA

1. OSPINA Rave BE. (1992- 1993). Relación entre las necesidades básicas de participación, identidad y entendimiento y la estructura de los servicios educativos de los sistemas de salud. Tesis de Grado.
2. ROMERO B., María Nubia (2006): Articulación de las competencias en los currículos: una mirada en Perspectiva. Tomado de las memorias del v congreso nacional de pedagogía.
3. UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR (2003-2006). Proyecto Educativo de la Facultad Ciencias de la Salud.
4. HERRERA S., Francia Esther, SOCARRASV Mariemma, SANCHEZ S. Marina (2007). Informe del desarrollo de las experiencias en investigación sobre Calidad de Vida en los Procesos de Atención y Formación en Salud. Tomado de los avances preliminares del libro en proceso de edición por las autoras
5. LOPEZ L, Maria concepción (2006): La enfermera comunitaria y las medicinas alternativas. En: Enfermería Sanitaria. Edición Mc Graw Hill. Pág. 343
6. BARRERA, Lucy (oct. 2001). Trabajo con Padres de niños con fibrosis quística. Coloquio Nacional de Investigación en enfermería. Bogotá.
7. NGZOCI Congo (1999): "The caring ability inventory" En: O. Stricldandy C. Waltz, y Measurement of nursing out comes. Vol. FORU
8. LECLERC, A. (1974). Parales de feme, paris Graser, Pág. 34
9. ROMERO B., María Nubia (2006): Articulación de las competencias en los currículos: una mirada en Perspectiva. Tomado de las memorias del v congreso nacional de pedagogía. Pag. 12
10. LOPEZ, M., a.e. (1998): Estrés, calidad de vida y dolor crónico. Impreso del curso de doctorado: Estrés, Calidad de Vida y dolor crónico, Universidad de Málaga. España (fotocopia).
11. CONTRALORIA GRAL. DE LA REPUBLICA (2003): Evaluación de la Política Social. Bogotá: Imprenta Nacional.