



Index de Enfermería

versión impresa ISSN 1132-1296

Index Enferm v.13 n.46 Granada otoño 2004

<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962004000200003>

ARTÍCULOS ESPECIALES

ORIGINALES

Mi SciELO

Servicios personalizados

Servicios Personalizados

Artículo

- Artículo en XML
- Referencias del artículo
- Como citar este artículo
- Traducción automática
- Enviar artículo por email

Indicadores

Links relacionados

Bookmark

| Otros

La mujer responsable de la salud de la familia

CONSTATANDO LA UNIVERSALIDAD CULTURAL DEL CUIDADO

María Concepción Pezo Silva¹, Neide de Souza Praça²,
Maguida Costa Stefanelli³

¹Enfermera. Doctora.

Profesora Principal de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, Perú.

²Enfermera obstétrica.

Profesor Doctor del Departamento de Enfermería Materno-Infantil y Psiquiátrica de la Escuela de Enfermería de USP, Brasil.

³Enfermera. Profesor Titular del Departamento de Enfermería Materno-Infantil y Psiquiátrica de la Escuela de Enfermería de la USP.

Asesora del Consejo Directivo del Instituto de Psiquiatría del Hospital das

Resumen Abstract

Introducción: La reducida familiarización de los prestadores de cuidados a la salud sobre el proceso socio-cultural que orienta el comportamiento de los individuos en el cuidado de su salud, motivó este estudio.

Objetivo: Identificar factores culturales presentes en las acciones de la mujer al cuidar al familiar con afecciones físicas y/o mentales.

Método: Se trata de un estudio transcultural formado por dos investigaciones que adoptaron la Antropología cultural y el método etnográfico. Uno de los estudios fue realizado con 6 mujeres que vivían en una comunidad urbano marginal de São Paulo-Brasil y otro con mujeres de 6 familias de dos provincias de Lambayeque-Perú.

Resultados: Ambas investigaciones mostraron que, frente a una enfermedad física o mental del familiar, la mujer se responsabiliza de su tratamiento empleando prácticas domésticas, místicas o buscando atención médica rápida y eficaz.

Mostraron que es la mujer la que percibe alteraciones en el estado de salud del familiar.

Conclusión: Los diferentes contextos culturales presentan semejanzas que los aproximan y apuntan la necesidad de atención, de los profesionales de salud, al cuidado centrado en la mujer, considerando su cultura.

WOMEN IN CHARGE OF FAMILY HEALTH-VERIFYING CULTURAL UNIVERSALITY OF

Clínicas de la Facultad de CARE
Medicina da USP, Brasil.

CORRESPONDENCIA:
María Concepción Pezo Silva.
Praça Vicentina de Carvalho
90, Alto de Pinheiros CEP
05447-050 SP São Paulo,
BRASIL
E-mail:
marypezo_2000@yahoo.com

Manuscrito aceptado el
6.6.2003

[Vinculado a monográfico]

Introduction: Health Care Providers' little familiarization with the socio-cultural process that directs the behavior of individuals concerning their health care brought about this study.
Objective: To identify the cultural factors present in the woman's action when taking care of a family member with either physical or mental disability.
Method: This is a transcultural study made up of two researches that adopted the Cultural Anthropology and ethnographic study as well. One of the studies was carried out with six inhabitants in a slum in the city of São Paulo, Brazil and the other with women from six families of two provinces in Lambayeque, Peru.
Results: Both researches showed that, in the face of either a physical or mental disability of a family member, the woman takes responsibility for their treatment adopting domestic, mystic practices and/or searches for prompt and effective medical service. The researches also showed that it is the woman who notices alterations in their health pattern.
Conclusion: The different cultural contexts have similarities that approximate them and both indicate the need for health care providers' attention towards a kind of care focused on the women considering their culture.

Introducción

El modo de pensar y las acciones sobre salud-enfermedad realizadas por miembros de la población están directamente influenciados por su contexto socio-cultural. La identificación de la causa cultural de un agravamiento de la salud se torna pues fundamental para su tratamiento. A partir del inicio del siglo pasado, los investigadores identificaron la relación entre salud y enfermedad con las características de cada sociedad/cultura. El abordaje sobre salud-enfermedad es propio de cada cultura y ésta depende de la visión del mundo de sus miembros¹. Estos datos señalan las diferentes maneras de actuar sobre la salud y la enfermedad, en cada grupo cultural y la identificación de semejanzas. Pese a que ocurren diferencias y semejanzas, un estudio² cita la actual disminución de las diferencias culturales en que la diversidad puede ser útil y también la aproximación de las fronteras sociales y culturales que se interponen en muchos escenarios. Para reconocer que las personas son diferentes entre sí y que hay incapacidad para considerar lo que cada uno piensa y la forma como actúa, hay necesidad de conocernos unos a otros y de aprender a vivir o convivir con esas peculiaridades².

Cabe resaltar que esta diversidad está en continuo proceso de transformación, pues los límites que otrora separaban a cada cultura, actualmente están siendo disipados principalmente por la expansión de los medios de comunicación y por la gran facilidad del transporte. Esto hace posible el intercambio de informaciones y la mixtura de creencias y de costumbres en espacios que antes eran distintos². La universalidad cultural muestra que en términos etnográficos hay reducida familiarización de los estudiados sobre el proceso socio-cultural que direcciona el comportamiento de los individuos. Esto sucede porque los estudios no se realizan considerando todos los aspectos presentes en un contexto cultural y ni se llevan a cabo por períodos prolongados, hecho que impide generalizaciones. Para satisfacer esta laguna son útiles más como puntos iniciales para investigaciones locales que como conclusiones³. Concordamos que la comparación entre culturas posibilita la visión de particularidades entre ellas, y contribuye a profundizar este conocimiento. La universalidad es vista como patrones de pensamiento y de acciones comunes de una o varias culturas. La utilización de la etnografía en la Enfermería, hace posible el conocimiento de la diversidad y universalidad en cuanto al pensamiento, las creencias, las costumbres y las acciones de sus miembros sobre el proceso salud-enfermedad⁴.

Dentro de este contexto consideramos también el cuidado como algo inherente a toda cultura humana en el sentido de que ésta posee formas, patrones, expresiones y estructuras de cuidado para conocer, explicar y predecir el bienestar, la salud o el estado de enfermedad⁴. Esta situación es confirmada por un estudio que analizó varias investigaciones realizadas en el período comprendido entre 1985 y 1993, con abordaje sobre salud y enfermedad, concluyendo que el contexto socio-cultural del individuo influye en sus acciones sobre la salud y la búsqueda de atención que están disponibles para la comunidad⁵.

Bajo este aspecto, otro estudio⁶ expone claramente la diferencia entre los "modelos profesionales" que son norteadores de la atención de la salud de la población y los "modelos culturales" que direccionan las percepciones y las acciones de un determinado grupo cultural. Siendo así, al trazar metas y procedimientos de asistencia, es importante considerar las especificidades culturales relacionadas con la salud de la comunidad para obtener efectividad en la acción. Las consideraciones antes mencionadas demuestran que al prestar cuidado culturalmente fundamentado, debemos estar atentos a las diversidades culturales de la clientela asistida. Como enfermeras acreditamos en la relevancia de conocer las creencias y costumbres del cliente para obtener efectividad en nuestras acciones.

Con este pensamiento, realizamos dos estudios con poblaciones específicas, cuyos resultados muestran semejanzas culturales importantes. En ambos estudios empleamos la investigación cualitativa teniendo la antropología cultural como referencial teórico y la etnografía como referencial metodológico. Los resultados obtenidos dieron origen al presente texto de abordaje transcultural que tuvo como objetivo identificar factores culturales universales presentes en las acciones de la mujer al cuidar del familiar con trastornos físicos y mentales.

Metodología y resultados

Este texto muestra las dos investigaciones efectuadas con grupos culturales específicos, uno residente en Brasil otro en Perú. Ambos utilizaron los procedimientos preconizados por la etnografía para la recolección y el análisis de los datos. De este modo la obtención de los datos culturales, se realizó con la inserción de las investigadoras en los campos, la observación participante de los contextos y las entrevistas a las informantes.

A seguir discurrirremos brevemente sobre los escenarios culturales y sobre los resultados obtenidos que, aunque distintos, revelan la universalidad de los cuidados realizados en el contexto familiar.

a) Comunidad "Aves Nativas" (Brasil). El estudio brasileño⁷ fue realizado en una comunidad urbano marginal del Municipio de São Paulo, constituida por aproximadamente 250 familias. A esta comunidad la llamamos de "Aves Nativas" porque sus calles, callejones o callejitas sin salida, estaban identificadas con el nombre de aves brasileñas. La inserción de una de las autoras en el campo sucedió en función de su trabajo docente realizado con gestantes residentes en la comunidad. Las actividades realizadas permitieron el contacto con los miembros del grupo cultural, que se dio inicio con la atención prenatal en el centro comunitario hasta la visita domiciliaria después del parto.

La observación participante se efectuó desde el momento en que la investigadora se introdujo en el campo. El modelo⁴ adoptado para realizar la observación del contexto permitió identificar el escenario y los actores culturales. Se realizaron 9 entrevistas a 6 mujeres, seleccionadas entre las que iniciaron su prenatal de manera precoz y a las cuales se les había prestado asistencia prenatal. Las mujeres residían por lo menos un año en la comunidad, demostraban facilidad para expresar sus pensamientos y concordaban participar en el estudio. Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas y analizadas.

Este estudio etnográfico realizado en el período de agosto de 1995 a abril de 1998 tuvo los principios éticos norteados por los estudios cualitativos según varios autores^{8,9,10}.

El análisis de los datos obtenidos fue realizado según el método que preconiza la lectura exhaustiva de las narrativas, la extracción de los conceptos de interés para el estudio y su clasificación por afinidad de contenido e categorías generales¹¹. Entre las categorías obtenidas seleccionamos, para este trabajo, aquella que atiende su objetivo, o sea: "cuidando la salud de la familia". Esta categoría estuvo constituida por las siguientes categorías analíticas:

CONCEPTUANDO SALUD. Las mujeres ven al individuo saludable como aquel que tiene ánimo para realizar sus tareas y disposición para el trabajo: "¡Ah!, tener salud para mí es ser una persona saludable, tener fuerza para trabajar, voluntad espontánea para hacer las cosas, hacer todo. La persona enferma para mí es aquella que se queda arrinconada a un lado. No tiene fuerza para hacer las cosas, no tiene fuerza para nada. Yo misma tengo salud para hacer todo".

IDENTIFICANDO A LA PERSONA ENFERMA. Entre las manifestaciones de enfermedad las mujeres refirieron que la hipertermia, sea en el adulto o en los niños, modifica su comportamiento, dejándolos apáticos, sin interés para realizar alguna actividad. La manera de expresar que algo no está bien es lo que hace la diferencia entre el adulto y el niño. Otro dato a ser considerado es que para estas mujeres el adulto puede esconder una afección a su salud, sin demostrarlo o comunicarlo y optar por buscar tratamiento. Sin embargo, el niño es dependiente y generalmente demuestra por el llanto que está enfermo, que está sintiendo dolor, tornando difícil reconocer exactamente qué le sucede. Es función de la madre identificar el problema y tratarlo: "(El adulto) puede hablar que está sintiendo alguna cosa. El mismo puede ir al médico y consultar. Contar para el médico lo que siente y lo que deja de sentir. (...) El adulto, él ya es más fuerte, él siente dolor, él consigue estar con aquel dolor sin demostrarlo a nadie. El caso de él es más fácil para saber si está enfermo o no, porque el niño, como niño no habla, el niño pequeño no habla aún, él no sabe cómo decir a su mamá o su papá que está sintiendo alguna cosa ya el adulto no. (...) Si el niño llora un poco, generalmente él está sintiendo alguna cosa. El está enfermo".

Un factor asociado a la identificación de un adulto como enfermo es su adelgazamiento. Perder peso sin causa aparente puede ser indicativo de afección a la salud. No obstante, ellas no descartan la posibilidad de que una persona con apariencia saludable pueda estar enferma. "Es que nosotros estábamos encontrando muy delgado a mi padre, ¿no? El no engordó más. Nosotros pensábamos que estaba con diabetes. (...) Que diabetes adelgaza, ¿no?".

USANDO RECURSOS DE LA COMUNIDAD PARA TRATAMIENTO DE SALUD. Los relatos y la observación realizada mostraron que es tarea de la mujer velar por la salud de la familia. Ella es la que insiste para que algún pariente que demuestre no estar bien procure atención médica. En cuanto a los niños, es la madre la que los lleva a la consulta. "Nosotros le decíamos a él (padre) que vaya a la Posta para ver si está o no con diabetes, mas él no quiere ir. (...) él tiene miedo de ir al médico. Sin embargo todos los días le decíamos 'anda al médico'. (...) No hacía caso.. Nosotros realmente pensábamos que estaba... (con diabetes). "... yo tengo una niña que tiene sinusitis, ¿no?. Un día le atacó. La llevé allá al Puestito (Posta sanitaria) y ellos le dieron antibiótico. Entonces ella mejoró".

Las mujeres valorizan la prontitud con la que son atendidas en cualquier situación de enfermedad. Prefieren procurar otra Unidad Básica de Salud, como las emergencias o directamente el hospital, para evitar la larga espera en la unidad de más fácil acceso. La distancia, la dificultad para el acceso y el factor económico no son impedimentos cuando se trata de cuidar la salud de sus hijos. "Prefiero pasar en el puesto de Salud (del barrio próximo) ya que la atención allá es más rápida. Aquí demora. Allá en la L... es rápido. Después que fui sólo voy allá ahora". "Cuando voy al pronto socorro, en el puesto de salud, yo procuro el hospital porque, generalmente, la atención es más rápida que en el Puestito".

BUSCANDO LA MANUTENCIÓN DE LA SALUD. Cuando los niños se enferman, algunas mujeres los median con remedios ya recetados con la misma finalidad. Evitan así procurar un servicio de salud cuando juzgan que el diagnóstico será el que fue constatado anteriormente. Las medicaciones más utilizadas son los antitérmicos, los analgésicos y los antitusígenos; evitan los antibióticos porque piensan que son más potentes y por considerar q necesitan de evaluación médica para ser prescritos. Las indicaciones de los medicamentos también pueden proceder de los miembros de la familia, generalmente de la madre. "Yo ya tengo el remedio exacto para darle. Por lo menos para mi niño pequeño, ya tengo remedio, para la tos, para el resfriado, no?. (...) Yo ya sé como curarlos, así en casa. Ahora cuando se trata de otras cosas, yo lo llevo al Puesto. A ese Puestito".

Fue encontrado el uso de medidas caseras, para tratar la enfermedad de sus hijos entre ellas las infusiones, bendiciones y oraciones con los que procuran evitar la consulta médica. Es común que las mujeres, de este grupo cultural, preparen infusiones hechas con hierbas caseras para ofrecer al niño enfermo. Cada hierba tiene su función y generalmente las mujeres aprendieron a usarlo con su madre. Ellas confían en los beneficios de estas prácticas caseras. "Cuando Brunita está con ronquidos yo le doy miel con limón, después le doy unas palmadas en su espalda, sabe?. Todo por mi cuenta. Hay una hierba cidreira, tesito le hago".

La bendición puede ser entendida como "oraciones o invocaciones recitadas en voz baja, acompañadas de gesto o sólo cogiendo con la mano una planta o parte de ella"¹². Una de las bendecidoras de la comunidad refirió que ella surte efecto cuando la madre tiene fe de que su familiar se va a curar. La práctica de la bendición, común entre las mujeres de este grupo cultural, confirma la aceptación y la creencia en los beneficios del procedimiento para la salud de sus hijos. La divulgación de la comunidad sobre la existencia de alguien que se inicia en el acto de bendecir es llevada a cabo de forma verbal de uno a otro y su procura es alta. "Es difícil encontrar quien bendiga. Hay más para arriba, así... mas yo no conozco exactamente, no?. Allá yo no voy. Pero antes, al otro niño (hijo mayor) siempre lo estaba bendiciendo. El abuelo de él vivía aquí pero ahora ya se fue. El bendecía (... Yo creo que ayuda. Ayuda bastante porque el otro siempre estaba enfermito, lo mandaba bendecir(...) ahí él lo bendijo y sanó rapidito".

La oración, representada también en los relatos, es realizada durante el culto religioso evangélico para tratar alguna indisposición percibida en sus hijos. "Lo llevo también para que reciba oración en la iglesia. En esa iglesia de aquí. Yo creo que es el templo de Dios. Mejora también".

b) Comunidad Lambayecana (Perú). El estudio fue realizado en el Departamento de Lambayeque, localizado al norte del Perú, formado por tres provincias: Chiclayo, Lambayeque y Ferreñafe. Fueron seleccionadas familias residentes en las dos primeras provincias citadas. Estas están constituidas por zonas planas y del litoral, siendo cultivo de caña, arroz, algodón y maíz su principal fuente de producción. Chiclayo es también el centro comercial del Departamento. Las informantes fueron seis mujeres pertenecientes a familias residentes en diferentes barrios de las dos provincias peruanas citadas y que convivían con la depresión de uno de sus miembros. Tales familias fueron indicadas por el psiquiatra de uno de los hospitales del Ministerio de Salud (MINSA) que hacía el seguimiento clínico.

La observación participante permitió conocer el contexto cultural y la entrevista realizada fue grabada después de ser autorizados por la familia. Esta última se efectuó siguiendo un esquema que permitió obtener datos referentes a cuando se produjo la percepción de la depresión en uno de sus miembros, los sentimientos provocados antes y después del diagnóstico médico confirmado, posibles cambios en la familia y cómo los vivenciaron. Los aspectos éticos fueron considerados según normas de la Universidad Nacional "Pedro Ruiz Gallo de Lambayeque-Perú".

Los datos recolectados en enero del 2000 permitieron la elaboración de categorías culturales, que describen el camino recorrido por la mujer peruana que cuida la salud de la familia cuando algún miembro es afectado por la depresión. Después del contacto inicial con los datos, percibimos que quien vela por la salud de la familia, en general, es la mujer, sea como madre, esposa, hermana, hija, empleada del hogar o vecina. Funciones éstas asumidas por ellas y reconocidas por terceros, como inherentes a su género. A continuación se exponen las categorías que dieron lugar al tema cultural "la mujer como responsable de la salud mental de la familia".

IDENTIFICANDO CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO. Los relatos revelan que la mujer es la primera en percibir que algo anda mal en el familiar enfermo. Esta percepción es realizada a partir de las manifestaciones físicas como adelgazamiento, quejas de dolores en diferentes partes del cuerpo, problemas cardíacos, alimenticios y de eliminaciones, o manifestaciones de comportamiento tales como facies demostrando tristeza, aislamiento, irritabilidad, llanto entre otros. Existen, sin embargo, percepciones basadas no apenas en las evidencias físicas como quejas somáticas, mas también en su intuición de que el familiar ya no es el mismo de antes. "Hace más o menos un año que él comenzó a cambiar en su comportamiento. No quería ir a trabajar, se quedaba en casa durmiendo, le dolía su cabeza, no quería comer, no quería hablar con nadie, lloraba, se asustaba. Nos decía que tenía dolor en el pecho, presencia de una bolita en el estómago, mareos ". (Fam. F-Madre).

Al interrogar a la madre de una de las familias, refirió que desde antes del intento de suicidio de su hija, había notado cambios en su comportamiento sobre todo a partir de la pérdida amorosa que sufrió. "Este año se acentuaron más los cambios en su comportamiento. Ella estaba a la defensiva, si alguien decía alguna cosa, ella inmediatamente se molestaba, peleaba. Tenía ganas de irse lejos, quedarse sola, sin nadie a su lado". (Fam. A-Madre).

La identificación que las mujeres realizan en cuanto a los cambios observados en el enfermo, se facilita por el hecho de quedarse más tiempo en casa o si trabajan fuera de ella continúa asumiendo sus responsabilidades después de su jornada de trabajo. Fue encontrado que, en dos familias, las portadoras de depresión eran mujeres -madre y esposa- que además de trabajar fuera tenían que asumir el cuidado de sí mismas y de la familia. Ellas descubren cambios en su propio comportamiento, originadas por la enfermedad, sin embargo no siempre dedican a sí mismas el mismo cuidado con que tratan a otro miembro de la familia. "Antes de procurar

especialista, me sentía demasiado alterada... me alteraba por todo, paraba llorando, entraba en mi crisis nerviosa". (Fam. B-Esposa).

PROCURANDO CONSULTA MÉDICA. Los relatos muestran que las mujeres, al percibir que no había remisión de los síntomas observados y que éstos se tornaban más graves, procuran ayuda profesional, en algunos casos primero del clínico general. Este médico era el que hacía el triaje o proporcionaba tratamiento por un determinado período, y posteriormente la orientaba hacia el especialista (el psiquiatra). Esta situación nos lleva pensar en la dificultad que tienen las personas -profesionales de salud y usuarios que procuran ayuda- para darse cuenta de que las manifestaciones o quejas somáticas van más allá de lo orgánico expresando, por el cuerpo, la presencia de un sufrimiento psíquico. "Yo procuré al Dr..., de medicina general, antes que al psiquiatra. Yo me quedé asustada cuando mi marido me dijo: 'Flor, parece que voy a morir, me siento mal'. El vomitaba, su cuerpo temblaba y lloraba. Por eso es que fuimos inmediatamente al clínico general y fue él quien nos encaminó al psiquiatra". (Fam. E-Esposa).

En otros casos el especialista es procurado después de ser encaminada por el clínico general. Es aquí cuando la familia comienza a reconocer y aceptar que, su familiar enfermo, tiene que ser tratado por un especialista.

BUSCANDO AYUDA EN LAS PRÁCTICAS ALTERNATIVAS Y EN EL CURANDERO. Observamos que los datos relacionados a las creencias en el curanderismo y en el poder curativo de las plantas medicinales, solamente surgieron después de un breve interrogatorio relacionado con las prácticas caseras del cuidado. Refirieron, entonces, prácticas religiosas o rituales realizados por los curanderos como parte del cuidado prestado al familiar "Yo sé que existe el mal que hacen a uno... yo lo conocí antes de entrar a un grupo de oración y lectura de la Biblia, cuando mis hermanos me llevaban a los curanderos. Recuerdo que me daban un poquito de 'remedio' y y veía a la mujer que me hacía daño y el lugar donde habían hecho el trabajo." (Fam. D-Madre enferma).

Otro dato obtenido fue la pérdida de credibilidad en los curanderos por no haber conseguido mejoría en la salud del familiar o por haber comenzado a participar en grupos religiosos. "Continúo mal todavía porque pienso que quedó un poco de 'aire' debido a que no he completado el tratamiento del curandero. Además, como ya me veía bien, comencé a no dar importancia a ese tipo de tratamiento. La Biblia dice que es malo que uno crea en esas cosas" (Fam. D- Madre enferma).

Cuidando del día a día del enfermo. Cuando los cambios de comportamiento no eran percibidos y aceptados como enfermedad mental, porque aún el diagnóstico de depresión no había sido confirmado por el especialista, se iniciaba una nueva etapa en el cuidado del familiar enfermo. Los datos analizados nos permitieron percibir formas de actuar de la mujer cuidadora que variaban según el paciente y las características de personalidad de ambos (cuidador/enfermo). Constatamos por los relatos que entre esa variedad se encontraban: el grado de dependencia del enfermo, los medios procurados para comprender mejor al familiar, la disposición de tiempo para proporcionar el cuidado y la capacidad de soportar la situación de cuidadora en el día a día, así como las diversas manifestaciones comportamentales originadas por la enfermedad. "Yo estoy atenta a lo mínimo. en lo mínimo de él, mi madre también. Tenemos una empleada que nos ayuda, y está atrás de él para atenderlo en sus necesidades". (Fam. C-Hija).

El interés por el ofrecimiento de un cuidado más perfeccionado lleva a las mujeres a buscar conocimientos, a través de la lectura de libros, a fin de ayudar al familiar enfermo a enfrentar de manera positiva su enfermedad. Ellas, sin embargo, reconocen que no es fácil lidiar día tras día con la depresión. "Lo que he hecho es leer libros pues es muy difícil luchar con una persona deprimida... Mi madre sentía impotencia de no poder hacer reaccionar a mi padre. Entonces yo leía... lo escuchaba... le decía: 'papá, tienes que cambiar de ambiente, oye música'. Siempre trataba de hacerle notar las cosas positivas de la vida". (Fam. C- hija).

Verificamos, también, la existencia de una red social actuante, formada, en su mayoría por mujeres que utilizaban parte de su tiempo para visitar o cuidar a los enfermos. Entre éstas, hay representantes de diversas religiones que van de casa en casa predicando sus "verdades", al mismo tiempo que ofrecen palabras de consuelo para minimizar la soledad de los enfermos o de sus familiares. "Cuando no están mis hijas, mi amiga viene a visitarme. De igual modo lo hacen mis vecinos que viven cerca de aquí. Esto lo hacen no sólo conmigo sino también con los demás enfermos del barrio, que no tienen quien los cuide o simplemente para hacerles compañía" (Fam. D-Madre enferma).

ENCONTRANDO EN LA RELIGIÓN LA FUERZA PARA ENFRENTAR LA ENFERMEDAD. La creencia tanto en el curanderismo como en la religión son elementos fuertemente arraigados en la cultura peruana. El Perú cuenta con una población ampliamente religiosa, siendo el catolicismo la religión que posee los más altos porcentajes de fieles, en su mayoría mujeres. La totalidad de los relatos de las informantes estuvo relacionada con la fe religiosa inculcada, con la estimulación del familiar a continuar creyendo en Dios, al retorno a las prácticas religiosas, a la fe en la cura por el poder de Dios, así como al gran apoyo recibido de Él en los momentos difíciles de sus vidas. "Frente a los problemas, mi gran apoyo es Dios. Voy a misa todos los días y ahí desahogo todo. Esto me ayuda mucho. Creo que es la mejor ayuda que he tenido en los momentos más difíciles de mi vida. Ni psicólogo, ni nadie parecido me hace tanto bien como creer en Dios" (Fam. C-Esposa).

Discusión

Ambas investigaciones presentadas revelaron los esfuerzos de las mujeres para comprender y potencializar la parte saludable del familiar enfermo. Según el método etnográfico, estos dos estudios nos llevaron al tema cultural "la mujer como responsable por la salud física y mental de la familia".

La relectura y análisis de los descriptores de este estudio transcultural nos permitieron conocer y comprender el camino recorrido por la mujer en el cuidado de la salud mental y física de su familia. En este caminar, la mujer pasa por sentimientos y vivencias que tienen la característica fundamental de estar influenciadas por la propia

cultura. Siendo así, su actuación, en el día a día, está imbuida de prácticas, creencias, costumbres, hábitos transmitidos y adquiridos de generación en generación.

Durante el recorrido, no hay tregua para la mujer, pues ella debe superar dificultades y prestar el cuidado, sea cual fuere su estado emocional, su nivel de conocimientos, su "status" socioeconómico, su pasado, o si es o no gratificante lo que realiza, o aún si es gratificada por los que son cuidados. Para ella, esos aspectos tienen poca casi ninguna importancia. Su meta es el bienestar de los familiares y para alcanzarla utiliza todos los medios que le permitan brindar ese cuidado.

En ambos grupos culturales es la mujer la que percibe una afección a la salud y quien procura ayuda para el familiar enfermo recorriendo instituciones sanitarias para la resolución de la situación. Esta búsqueda de ayuda se da también en las prácticas alternativas y en el curanderismo. En el estudio brasileño las mujeres creen en el trabajo de la 'benzedeira' para promover la cura de su familiar. La religión, presente en ambos estudios, es vista por las mujeres como medio de cura y recurso que les da fuerzas para proseguir en su función de cuidadora.

Los datos obtenidos son una alerta a los profesionales del área de la salud, en especial del enfermero, para que dediquen atención centrada en la mujer, pues es ella la que atiende las necesidades del cotidiano familiar y, también, la salud física y mental de sus miembros.

Estos estudios permitieron aún identificar la necesidad de un abordaje culturalmente direccionalizado a la clientela, fin de que el cuidado del profesional obtenga efectividad.

Los datos demostraron que, diferentes contextos culturales presentan semejanzas que los aproximan y apuntan hacia la necesidad de realización de estudios transculturales con el objetivo de profundizar el conocimiento de culturas, principalmente volcados hacia los pensamientos y acciones de sus miembros en el proceso salud-enfermedad.

Bibliografía

1. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1993. Fases de trabalho de campo; p.134-95. [[Links](#)]
2. Geertz C. Nova luz sobre a Antropologia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001. A situação atual; p.86-130. [[Links](#)]
3. Geertz C. Nova luz sobre a Antropologia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001. Os usos da diversidade; p.68-85. [[Links](#)]
4. Leininger MM. Culture care diversity and university: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press; 1991. Ethnonursing: a research method with enablers to study the theory of culture care; p.73-117. [[Links](#)]
5. Uchôa E, Vidal JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. Cad Saúde Publ, 1994; 10(4): 497-504. [[Links](#)]
6. Uchôa E. Epidemiologia e antropologia: contribuições para uma abordagem dos aspectos transculturais da depressão. In: Canesqui AM (org.). Ciências Sociais e da Saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1997. p.87-109. [[Links](#)]
7. Praça NSP, Gualda DMR. Cuidar da saúde da família: responsabilidade da mulher moradora em uma favela. Fam Saúde Desenv, 2000; 2(1):13-20. [[Links](#)]
8. Germain C. Ethnography: the method. In: Munhall PL, Oiler CJ. Nursing research: a qualitative perspective. Norwalk: Appleton-Century-Crofts; 1986. p.147-62. [[Links](#)]
9. Punch M. Politics and ethics in qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage; 1994. p.83-97. [[Links](#)]
10. Burgess RS. A pesquisa de terreno: uma introdução. Oeiras: Celta; 1997. [[Links](#)]
11. Hammersley M, Atkinson P. Ethnography: principles in practice. London: Routledge; 1990. [[Links](#)]
12. Nogueira MJC. Fitoterapia popular e enfermagem comunitária. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1983. [[Links](#)]