



Investigaciones Andina

ISSN: 0124-8146

investigaciones@funandi.edu.co

Fundación Universitaria del Área Andina

Colombia

Ruiz Lurduy, Rodrigo A; González Uribe, Catalina; Pulido Álvarez, Adriana Cristina
Itinerarios terapéuticos para el cuidado de la salud en la primera infancia en los
municipios de Cundinamarca y Boyacá (Colombia)
Investigaciones Andina, vol. 18, núm. 32, 2016, pp. 1552-1564
Fundación Universitaria del Área Andina
Pereira, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239047318009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ITINERARIOS TERAPÉUTICOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD EN LA PRIMERA INFANCIA EN LOS MUNICIPIOS DE CUNDINAMARCA Y BOYACÁ (COLOMBIA)¹

Rodrigo A Ruiz Lurduy*
Catalina González Uribe**
Adriana Cristina Pulido Álvarez***

Resumen

Introducción. Se presentan los itinerarios terapéuticos para el cuidado de la salud de niños y niñas de 0 a 6 años en los municipios de Soatá (Boyacá) y Sopó (Cundinamarca) en Colombia; puntualmente en los escenarios en los cuales ocurren los procesos de cuidado, diagnóstico, tratamiento y cura en eventos de enfermedad.

Métodos. Se utilizó el estudio de caso para indagar sobre los itinerarios terapéuticos a doce familias, tras un análisis etnográfico apoyado en software NVivo.

Resultados. Se encontró que las cuidadoras superan los episodios de enfermedad de niños/as de forma pragmática influenciadas por sus factores socio-culturales, y que algunos padecimientos encuentran respuesta en tratamientos informales que satisfacen la necesidad médica y simbólica de las familias.

Conclusión. Este estudio permite a los profesionales de la salud conocer las creencias y prácticas de las cuidadoras para facilitar el diálogo de saberes y una atención integral en salud de la primera infancia.

Palabras clave: Medicina Familiar y Comunitaria; Medicina Tradicional; Responsabilidad Parental; Terapéutica con Enfermedades; Antropología Cultural, Investigación Cualitativa.

*Antropólogo de la Universidad Nacional de Colombia, magíster en Sociología de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. Asistente de investigación del Programa “Inicio parejo de la vida”. Correo electrónico: ruizlurduy@gmail.com

**Antropóloga y Psicóloga de la Universidad de los Andes, Maestría en Antropología de la Universidad de los Andes, Maestría en Ciencias en Epidemiología Social y Doctorado en Epidemiología y Salud Pública de University College London. Investigadora del Centro de Estudios e Investigación en Salud - Fundación Santa Fe de Bogotá e investigadora del Programa “Inicio parejo de la vida”. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: catalina.gonzalez@fsfb.org.co

***Médica de la Universidad del Rosario, magíster en Salud Pública Internacional del Instituto de Salud Carlos III de Madrid, España. Investigadora del Centro de Estudios e Investigación en Salud - Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, Colombia. Investigadora principal del Programa “Inicio parejo de la vida”. Correo electrónico: adriana.pulido@fsfb.org.co

THERAPEUTIC ITINERARIES FOR HEALTH CARE IN EARLY CHILDHOOD IN THE MUNICIPALITIES OF CUNDINAMARCA AND BOYACÁ (COLOMBIA)

Rodrigo A Ruiz Lurduy
Catalina González Uribe
Adriana Cristina Pulido Álvarez

Abstract

Introduction. The aim of this article is to present the therapeutical itineraries for children from 0 to 6 years old healthcare in Soatá (Boyacá) and Sopó (Cundinamarca) municipalities. Pointedly scenarios where healthcare processes, diagnostic, treatment and cure (or alleviation) may occur in events of disease.

Methods. By the use of qualitative methodologies and case studies, semi-structured interviews and field tasks, it was inquired about the therapeutical itineraries based on the experience of twelve families.

Results. It was found that caregivers overcome episodes of illness pragmatically children influenced by their socio-cultural factors, and that some conditions are answered in informal meeting medical treatments and symbolic need of families.

Conclusion. We present the pragmatic way the primary caretakers overcome the disease episodes. The results highlight the importance of socio-cultural factors have in the diagnostic, ailment and cure processes of disease; and how this factors find answer in informal treatments that satisfy the medical and symbolic needs of families.

Keywords: Family Practice; Medicine Traditional; Parenting; Therapeutics; Cultural Anthropology; Quatitative Research.

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE NA PRIMEIRA INFÂNCIA NOS MUNICÍPIOS DE CUNDINAMARCA E BOYACÁ (COLÔMBIA)

Rodrigo A Ruiz Lurduy
Catalina González Uribe
Adriana Cristina Pulido Álvarez

Resumo

Introdução. caminhos terapêuticos para os cuidados de saúde de crianças de 0 a 6 anos nos municípios de Soatá (Boyacá) e Sopo (Cundinamarca), na Colômbia são apresentados; pontualmente em cenários em que os processos de cuidados, diagnóstico, tratamento e cura de doenças eventos ocorrem.

Métodos. O estudo de caso foi utilizada para investigar os itinerários terapêuticos a doze famílias, depois de um software de análise etnográfica NVivo suportado.

Resultados. Verificou-se que os cuidadores superar episódios de crianças / como pragmaticamente doença influenciados por seus fatores sócio-culturais, e que algumas condições sejam atendidas na reunião tratamentos médicos informais e necessidade simbólica das famílias.

Conclusão. Este estudo permite que os profissionais de saúde conhecer as crenças e práticas de profissionais de saúde para facilitar o diálogo de saberes e cuidados de saúde integral da primeira infância.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade; Medicina tradicional; Responsabilidade parental; Terapêutica de doenças; Antropologia Cultural, Pesquisa Qualitativa.

Fecha de recibo: Febrero/2016

Fecha de aprobación: Marzo/2016

¹Este trabajo corresponde a un ejercicio de caracterización sobre las condiciones y las prácticas de cuidado para la salud y el desarrollo de la primera infancia y pertenece a las áreas de conocimiento de la psicología, la antropología y la salud pública. Recibió la financiación de Colciencias, convocatoria 537 de 2011 y de la Unión Temporal “Alianza por un Inicio Parejo de la Vida” conformada por: Universidad de la Sabana, Fundación Corona, Fundación Santa Fe de Bogotá, Organización para la Excelencia en Salud - OES, en el marco del “Programa para la construcción de una red social de conocimiento orientada al cuidado de la salud para el desarrollo integral de niñas y niños menores de 6 años en la Región Sabana Centro de Cundinamarca y 5 municipios de Boyacá”. Fue realizado entre junio de 2012 y noviembre de 2014. Para correspondencia: ruizlurduy@gmail.com

Introducción

El Programa Inicio Parejo para la Vida (IPV) llevó a cabo entre 2013 y 2014 un estudio transversal cuantitativo y cualitativo, para la caracterización del cuidado de la salud en niños/as menores de seis años, en cinco municipios del departamento de Boyacá y 11 municipios de Cundinamarca. La recolección de información en el campo, se hizo a través de una encuesta a 1173 hogares y doce estudios de caso cualitativos en Soatá (Boyacá) y Sopó (Cundinamarca)²; los temas a indagar en los estudios de caso, abarcaron las prácticas de participación de niños/as, las redes sociales de apoyo, las prácticas de cuidado de la salud (CS) y los itinerarios terapéuticos (IT).

El componente cualitativo encontró respecto a los IT, que las cuidadoras³ acuden a los servicios de sobanderas/os para resolver cuadros que no hallan respuesta en la atención facultativa que brindan las instituciones de salud; también descubrió que la mayoría de las prácticas de CS en niños/as ocurre en el

hogar y los episodios de “enfermedad” se resuelven con medicina casera. Aunque la atención formal se ha generalizado, el cuidado de la salud en la primera infancia depende en gran medida de prácticas socio-culturales que hacen parte del campo informal entre los hogares y la tradición.

El objetivo de este artículo es presentar los IT en el cuidado, diagnóstico, tratamiento y cura de los eventos de enfermedad en niños/as menores de seis años en los municipios de Soatá y Sopó. Tomando como ejemplo padecimientos que comúnmente enfrentan las familias y reúnen tratamientos de distintos saberes médicos, se presenta la distancia que se vive entre los campos de atención en salud -formal e informal- en los territorios; la forma pragmática en que las cuidadoras (1) superan dicha distancia evitando la fractura en el contenido sociocultural de la salud; la forma en que este tipo de padecimientos ayudan a construir el sentido práctico de los sujetos.

Estudios previos (2), (3), (4), (5), (6), (7), (8), han señalado la tensión que existe entre los conocimientos biomédicos y los saberes tradicionales, y han encontrado que son las familias las que construyen por sí mismas un canal de comunicación entre los diferentes tipos de medicina. Se ha evidenciado a través de perspectivas antropológicas (2), (9), (10) que la salud/enfermedad posee una connotación socio-cultural que demanda un manejo simbólico complementario al tratamiento biomédico; y que es ese contenido socio-cultural el que activa y moviliza a los sujetos en los IT, pues en esa búsqueda los sujetos hacen uso de todos los significados que en torno a la salud construyen, permitiendo un canal de comunicación informal entre los diferentes sistemas médicos.

Las investigaciones muestran que el modelo del sistema de salud institucional se opone a las prácticas de medicina informal. Algunas perspectivas señalan que los conocimientos de los sujetos sobre el CS de niños/as, surgen del trasegar cotidiano de las madres y los pacientes entre los sistemas. Aunque existen experiencias en las que se han logrado articular las prácticas y los saberes (11), (12), (13), estructuralmente los sistemas están separados.

En todos los casos revisados, el papel de la mujer en el CS es irremplazable; con ellas se abre la posibilidad de un diálogo de saberes, que funciona como un acopio social de conocimiento sincrético sobre la salud (14). El estudio de Triana y otros, realizado en 78 municipios del departamento de Boyacá entre 2008 y 2009, muestra esta relevancia del oficio de las mujeres en las prácticas de cuidado y crianza de niños/as, fijado a los conceptos de familia y a los procesos de socialización, ligados a la cultura machista y patriarcal propios de esa región (8).

Los estudios también señalan que la enfermedad más que un asunto biológico, es un bien social en el que las categorías culturales definen los procesos de curación, el diagnóstico y el tratamiento médico; que es un fenómeno circunscrito al contexto socio-cultural y por tanto para su cura también depende de la legitimidad y eficacia simbólica del tratamiento medicinal en el paciente y su familia. (15) (16)

Se utiliza el término "Itinerarios Terapéuticos" IT para dar cuenta de forma sintética y ejemplar de las prácticas de CS, las redes de apoyo y las representaciones sociales de la enfermedad en la primera infancia en los muni-

pios de Soatá y Sopó. También con la intención de mostrar la forma pragmática en que los sujetos integran los diferentes recursos que los sistemas de salud –formal/informal- ofrecen en un municipio durante los episodios de enfermedad. Así, queda claro que el término implica las prácticas de cuidado individual y sociocultural que los sujetos tienen en el padecimiento y malestar (4), los caminos recorridos para solucionar sus problemas de salud, los procesos complejos de elección (17) y las diferentes nociones de enfermedad y su relación con la eficacia simbólica de los tratamientos (3).

La apuesta principal al hablar de IT es la de darle relevancia a esos espacios informales en los que ocurre la cura y en los cuales se tratan las mayoría de episodios de malestar en los niños/as. Esto no descarta que los sistemas formales de salud son la referencia profesional para la comunidad y resultan ser el apoyo institucional más importante para las familias. Sin embargo, es común que el complejo y costoso aparato burocrático para atender la salud y para mantener los servicios en el territorio (18), contraste con el económico y recursivo sistema informal que utilizan las familias.

Metodología

El presente artículo se basa en la información recolectada en los municipios de Soatá (Boyacá), y Sopó (Cundinamarca). Se realizaron doce estudios de caso cualitativos de tipo colectivo en los que participaron 6 familias por municipio escogidas a conveniencia. Se realizaron además cuatro entrevistas abiertas a actores formales –Pediatra- e informales –Sobanderos/as- en atención en salud de niños/as. El componente cuantitativo del estudio (Tabla 1) aportó informa-

ción significativa para contrastar con los estudios de caso en los municipios, realizando una triangulación mediante el método sugerido por Stake (19).

En los estudios de caso se utilizaron tres técnicas (ficha estudios de caso, relato temático y entrevista semi-estructurada) con el fin de abordar una misma temática desde diferentes perspectivas y fuentes de información, permitiendo la verificación y validez de la misma. Para complementar información sobre las redes informales de apoyo a la salud, la medicina informal y las creencias en torno a la enfermedad de niños/as, se realizaron entrevistas semi-estructuradas a tres actores informales involucrados en la atención en salud.

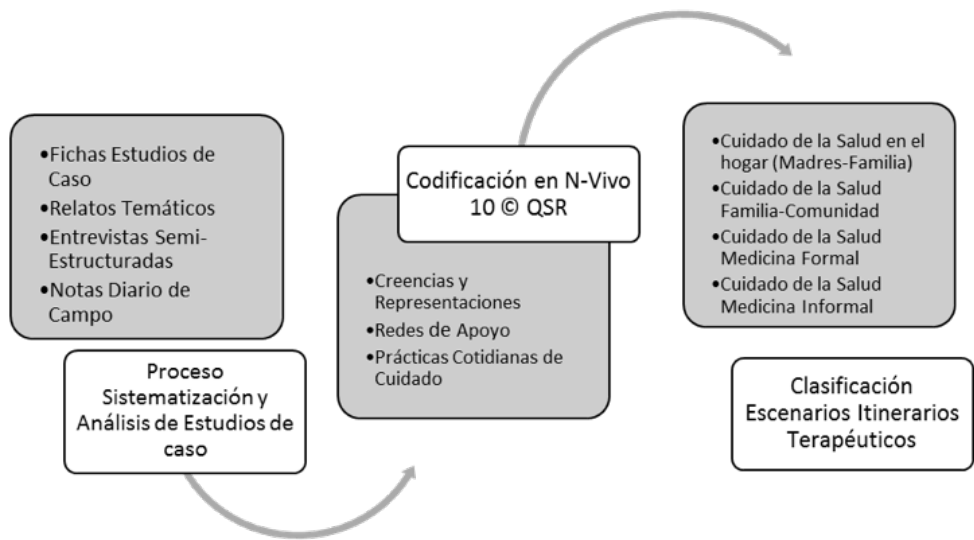
El conjunto de información para el análisis estuvo conformado por anotaciones en el diario de campo, las transcripciones de las entrevistas abiertas, de las entrevistas semiestructuradas hechas en los estudios de caso y de los guiones de los relatos temáticos; estos

archivos fueron procesados en N-Vivo 10 (© QSR International Pty Ltd 2013, con licencia de la Universidad de La Sabana) completando 25 recursos para analizar. Luego de esta sistematización, los tres nodos que presentaron mayor número de referencias fueron: creencias y representaciones; redes de apoyo; y prácticas cotidianas de cuidado.

Para este artículo se hizo una presentación de resultados a través del cruce de los escenarios que componen los IT, con la información codificada en estos tres nodos.

La selección surgió primero de la necesidad de ampliar y concentrar el análisis en los nodos que se encargan de nociones culturales, y segundo, en la tendencia marcada que dieron los datos al agruparse. Se confirmó de esta manera que las técnicas de investigación cualitativa incorporan al estudio categorías culturales de significado dadas por la información, y permiten indagar esa dimensión simbólica de la salud.

Gráfico 1. Metodología



Resultados

Los resultados se clasificaron en cuatro escenarios: cuidado de la salud i. En el hogar (madres-familia), ii. En la familia-comunidad, iii. En la medicina formal, iv. En la medicina informal. Cada uno de estos escenarios está compuesto por los tres nodos generales y se describen los elementos que presentan los nodos. Así, todo escenario tiene una dimensión cultural, social y práctica (Gráficos 1 y 2).

Cuidado de la Salud (CS) en el Hogar. (Madres-Familia)

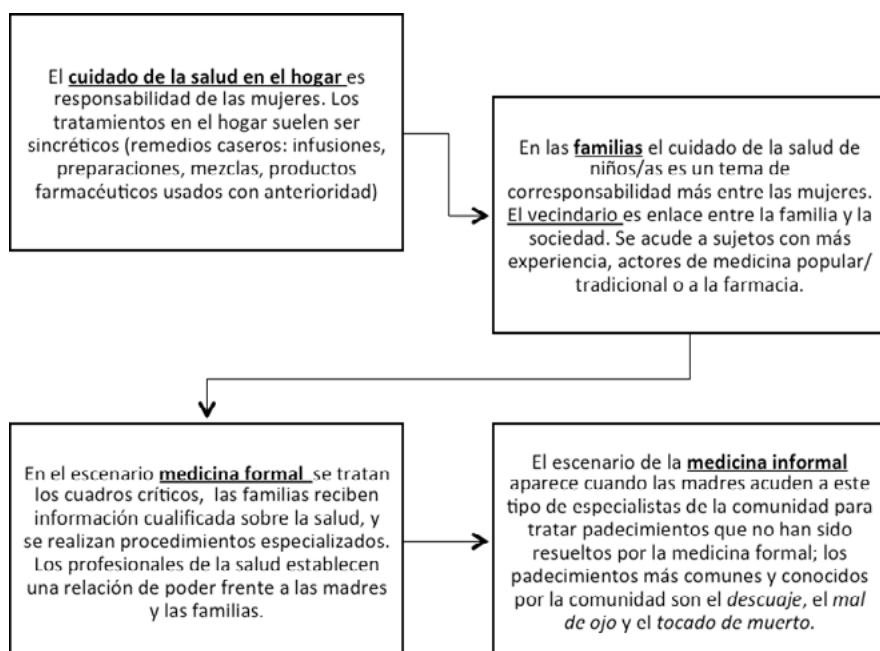
En la encuesta (cuantitativa) y los estudios de caso (cualitativo), se encontró que el CS en el hogar es en general responsabilidad de las mujeres: madres y abuelas seguidas de las hermanas mayores, tías y las vecinas. En ocasiones las vecinas son parte de la familia extensa o de relaciones de compadrazgo que hacen más fuertes

los lazos de solidaridad. Las madres adquieren con la experiencia conocimientos prácticos sobre tratamientos de salud en las interacciones con otras mujeres, con los actores formales de la salud, con los medios masivos de comunicación⁴ y con los saberes populares (Tabla 1).

En consecuencia, el diagnóstico, el tratamiento, el cuidado y la cura del niño(a) es asumido por las madres con algunas consultas a otras mujeres. Ellas recurren a remedios caseros que son infusiones, preparaciones, mezclas, e incluso rituales; esto puede acompañarse de medicamentos que la madre haya utilizado en un caso similar, o que hayan sido sugeridos en la farmacia o los medios. Son por lo tanto tratamientos sincréticos⁵.

La primera atención en salud sucede en casa y dura entre dos o tres días según sean los síntomas y la lectura que la

Gráfico 2. Escenarios e Itinerarios Terapéuticos de las Familias en el Cuidado de la Salud en Primera Infancia, Municipios de Soatá y Sopó (Colombia)



madre junto a la familia haga de ellos, se hace un seguimiento a la reacción del tratamiento y se evalúa la respuesta⁶. En este lapso se resuelven la mayoría de episodios de enfermedad y las cuidadoras consideran esta atención en el hogar como una manera de evitar el traslado a los centros de salud y de evitar la burocracia que impone el sistema.

El hogar es el escenario en el que el CS es una praxis cotidiana para niños/as; se toman acciones preventivas, se les alimenta, se les cría, se les enseña a manejar el dolor, a darle significado a la enfermedad. En ese sentido el hogar y el cuidado materno conforman un espacio de confianza para los niños/as en el que el afecto se conjuga con el saber y en el que empiezan a construir su imagen del mundo. El grado de atención que los cuidadores pueden dedicarles está repartido entre los quehaceres, las obligaciones y los imprevistos; los compromisos económicos y la falta de tiempo se oponen a que las madres cumplan con el ideal del cuidado y construyan un proyecto de vida.

La salud en este escenario es un asunto cotidiano; comer, jugar, dormir, asearse, aprender, son actividades relacionadas con el CS y también son un indicador para las cuidadoras; si come, si juega, si está activo, su estado de ánimo, todo son señales de su bienestar. Son las cuidadoras quienes ante los síntomas toman la iniciativa, y en cierta medida guían el IT de los niños/as de ser necesario⁷.

Cuidado de la Salud Familia-Comunidad

El CS de niños/as es el resultado de un esfuerzo colectivo entre la familia y la sociedad bajo relaciones de solidaridad. En las familias se distribuye la responsa-

bilidad entre las mujeres colaborándose entre sí, mientras que los hombres son una figura que provee en el hogar y en casos contados un actor de apoyo y cuidado. Las personas que tienen mayor confianza son miembros de la familia –parientes– y funcionan como puentes con la comunidad que permiten participar a vecinos o amigos en el cuidado de niños/as⁸.

El vecindario funciona como enlace entre la familia y la sociedad; es un espacio cotidiano de reconocimiento y de socialización. Lo que ayuda en parte a solventar la distancia física que existe entre los hogares y algunas referencias institucionales como los jardines y los centros de educación o salud. La salud en este escenario se vuelve un asunto comunitario, se presentan interacciones de solidaridad, apoyo y se acude a sujetos con más experiencia como son los sobanderos (medicina informal) o el farmaceuta (Tabla 1).

Cuidado de la Salud Medicina Formal

La medicina formal es la referencia más fuerte que existe sobre el tema de salud en los municipios estudiados; aunque las cuidadoras refieren consultar al médico en un Hospital de forma esporádica, su legitimidad se fundamenta en la profesionalización de su saber y el paradigma científico. Las familias acuden con regularidad a esta medicina, es el escenario que recibe en mayor proporción las urgencias y los padecimientos que los cuidados en el hogar-familia-comunidad no logran solucionar (ver Tabla 1).

De igual forma, en las respuestas de las familias se reconoce la relevancia del saber médico-científico en prácticas como las vacunas y los controles de crecimiento y desarrollo, considerándolas

Tabla 1. Resultados de la encuesta de primera infancia a contrastar con los estudios de caso cualitativos

Preguntas de la encuesta de hogares realizadas a madres y cuidadores de menores de 6 años en 16 municipios de Cundinamarca y Boyacá (N= 1177)	Porcentaje
Si en medio de la noche se le presenta una emergencia con el niño o niña y necesita ayuda acude a:	
A un familiar.	80,4%
A un vecino	14,1%
A un amigo	3,1%
A dónde acude la familia para recibir apoyo y orientación en el desarrollo del niño-a	
A un centro o institución de salud	79.3%
A un jardín o colegio	18,4%
A familiares	14,4%
Medios de comunicación (televisión, radio, internet)	2,9%
La responsabilidad del cuidado de los niños y niñas se considera que es:	
Exclusiva y única responsabilidad de los padres y familiares	68,1%
Responsabilidad de los padres, familiares, el Estado y la sociedad	31,4%.
Responsabilidad del Estado y la sociedad	0,4
Acciones que tomó madre o cuidador para solucionar un problema de salud en los últimos 30 días:	
Asistió a una institución de salud	77,5%
Realizó remedios caseros	12%
Acudió a farmaceuta, boticario o droguista	5,5%
Consultó a familiares, vecinos, amigos	2%
Asistió a curanderos tradicionales (tegua, yerbatero, curandero, comadrona)	0,5%
El niño o niña tuvo diarrea en los últimos 6 meses	25%
Cómo trató la diarrea en el niño o niña	
Sales de rehidratación oral (un líquido preparado de un sobre especial o frasco)	59%
Suero preparado en casa	9%
Jarabe o pastillas o antibiótico	14%
Remedios caseros	19%

indispensables para que sus niños/as crezcan sanos y fuertes. Es también en este escenario donde se tratan los casos críticos y se realizan procedimientos especializados y en el cual las familias reciben información cualificada sobre la salud. El saber médico científico que poseen los profesionales de la salud les da legitimidad y autoridad sobre las cuidadoras para tratar el cuerpo enfermo, lo que les permite ejercer una relación de poder ante las madres y las familias⁹.

Cuidado de la Salud Medicina Informal

Los padecimientos más comunes y conocidos por la comunidad son el descuaje, el mal de ojo y el tocado de muerto. Para su tratamiento las cuidadoras acuden a las sobanderas/os quienes son miembros de la comunidad y han adquirido legitimidad a través del ejercicio de la práctica en el quehacer diario, por tradición o de forma hereditaria; es un saber más que un oficio, que se ocupa en mayor medida de sobar la descuajadura, sobar la matriz, sobar a mujeres embarazadas y en ocasiones recetar baños o tratamientos para el mal de ojo y el frío de muerto. Estas personas suelen atender en su hogar, sin citas ni filas, y cobrar módicas sumas (2000 o 3000 pesos); al estar bajo la lógica de una relación vecinal con la comunidad, la consulta es informal y obedece a la emergencia de los cuidadores; no se consulta a este tipo de personas para prevenir enfermedades¹⁰.

Para el caso del descuajo se evidenció que las/os enfermeras/os permiten el tratamiento informal, algunas/os saben sobar o han llevado a sobar a sus hijos o permiten que las sobanderas/os ingresen al hospital a petición de las madres¹¹. Es este canal el que permite un mínimo de integración y complementariedad entre

los sistemas. Sin embargo, no existe un diálogo de saberes que permita el intercambio y reflexión en torno a los procesos de salud-enfermedad en los niños y niñas.

Discusión

Al revisar los resultados sobre IT en salud, emerge una perspectiva sobre el CS de los niños y niñas que esboza el carácter pragmático que tiene la decisión y el proceso de curación en caso de enfermedad (26). Esto explica la necesidad de una interacción simbólica entre los actores para la eficacia del tratamiento; de lo que se trata es de sanar, sin importar de qué parte provenga la cura. El hogar es el contexto que filtra las interacciones con la comunidad y el que acompaña la terapia en todo momento. Como lo mostraron otros estudios (27), (28) y se presentó en esta investigación, en el hogar se realiza el primer diagnóstico y según los recursos, el primer tratamiento.

Son las madres las que transitan con sentido práctico (24) los escenarios de cuidado de la salud informal y formal. Los IT integran en el CS a la madre, a la familia, a los profesionales de la salud, al vecindario con farmaceutas y sobanderos; es esa interacción constante entre actores la que construye una mirada sincrética sobre la salud-enfermedad. Ambos escenarios tienen un concepto de salud que guía el manejo del tratamiento. Son las mujeres quienes tejen saber al devenir entre los escenarios, y son las que deciden aplicar tratamientos de forma simultánea.

A medida que la enfermedad de los niños/as recorre los escenarios de CS, el significado de la enfermedad es más profundo, el cuidado en el hogar afirma

el lazo de confianza entre la familia y los niños/as, la sintomatología leve procura cuidados leves. A medida que el padecimiento resiste al tratamiento, la enfermedad toma “gravedad” y con ella significado. Itinerar hacia terapias informales exige que se haga una connotación de la enfermedad desde categorías culturales (29). El CS es una práctica cotidiana, vinculada en la primera infancia a las responsabilidades de la crianza; criar es incorporar a la cultura, dar pautas de sociabilidad, hacer del sujeto alguien saludable en todos los aspectos.

La importancia que los factores socio-culturales tienen en el proceso de diagnóstico, padecimiento, terapia y cura de los episodios de enfermedad, está en la capacidad de satisfacer la necesidad médica y simbólica de las familias. Esto plantea la urgencia de diálogo entre el saber médico y la medicina informal, para una perspectiva integral/complementaria sobre la salud-enfermedad.

Agradecimientos

Los autores agradecen a las siguientes personas del Programa Inicio Parejo de la Vida por su participación en alguna de las fases del estudio: Francisco Lamus Lemus y Rosa Margarita Durán en la dirección científica y administrativa; Juan José Giraldo, Luz Helena Cano, María Eugenia Flórez, Camilo Correal y Omar Rojas en la concepción y diseño del estudio; Andrés Murcia en el ajuste de instrumentos para el operativo de campo y Edison Torres por la revisión y asesoría editorial. También agradecemos a las familias y personas de los municipios de Soatá y Sopó que participaron con disposición y amabilidad de los estudios de caso.

Anexos y entrevistas

² El criterio de selección de los municipios para los estudios de caso cualitativos fue el comportamiento sociodemográfico. Se seleccionaron dos casos con marcadas diferencias en sus pirámides poblacionales según las proyecciones de población del DANE. La de Sopó tiene un ensanchamiento en las edades productivas o en la población económicamente activa. se encuentra ubicado en cercanías a la capital del país, con un apoyo infraestructural de vías para la comercialización de productos y comunicación con fáciles desplazamientos poblacionales. Para Soatá, en el mismo rango de edades se ve una disminución poblacional, y se encuentra en una región aislada de centros económicos. No cuenta con infraestructura para comercializar productos, ni facilidades de acceso para la población.

³ Se utilizará el término cuidadoras para hacer referencia a los sujetos que se encargan del cuidado cotidiano de los menores de seis años. Asumimos que quienes cumplen con dicha responsabilidad pertenecen a la zona de intimidad de los menores en su primera infancia. Sin embargo en el estudio realizado se trata principalmente de madres y abuelas.

⁴“A mí me gusta ver un programa en home and health, es una niñera y le enseña a los padres como ser y no gritar a los hijos y habla mucho de la autoridad y de la disciplina y con cierta ternura y amor y ella le va diciendo tienen que hacer esto y vera que los niños muestran otra actitud”. (Entrevista Madre Sopó, 2014)

⁵“Me hacían agüita de hierbabuena, de ruda o un jugo que sabe a feo o sino me

daban alka- seltzer (Entrevista Madre Sopó, 2014)

⁶“Cuando veo que es algo como pasajero, por ejemplo que me duele el estómago, entonces espere les hago una agüita de hierba buena o venga les hago con aceite Johnson tibio masajitos en el estómago o cuando una fiebre no es tan alto que no pase de 37 y medio que no esta fiebre se puede bajar con pañitos, ese es el momento en el que uno dice esto sirve y se hace, pero si ya está avanzada ya corre uno es para el médico”. (Entrevista Madre Sopó, 2014)

⁷“... es que a mí ... poco me gusta ir al hospital, porque mi mamá me dice: ay es que usted se pone a auto medicarse y no sé qué, pero es que yo no voy porque le van a dar lo que le voy a comprar, me gasto más haciendo el pago, que lo que voy a comprar para todo, toca pagar”. (Entrevista Madre Soatá, 2014)

⁸“Si, cuando se pegan duro y eso y va uno al médico y les mandan las pastas y no les pasa la diarrea y eso las lleva una a sobarlas y eso si santo remedio y dos veces o tres y eso ya H1: ¿Y dónde las lleva? H2: Aquí la vecinita” (Entrevista Madre Sopó, 2014)

⁹“La promotora siempre nos han dicho y los médicos siempre nos han dicho, si un niño o un bebé está llorando es por algo, que algo le está doliendo, tiene hambre, el pañal o esta incomodo, está cansado en la posición que él está”. (Entrevista Madre Sopó, 2014)

¹⁰“...una vez llevé a la niña donde el médico (porque) me le dio una fiebre y no le bajaba y el doctor me dijo... solo dolex, ella me empezó con soltura y vómito, volví y la lleve entonces me dijo, pero ella no está deshidratada, démele suerito casero... para (evitar) la deshidratación. Y entonces... mi madre dijo porque no la mandamos sobar que sea una descuajadura, ahí fue cuando le dimos el remedio casero, que (fue) colocarle el cuajo de una gallinita negra en el ombligo y con eso le paso, porque ella cada rato era con ese vómito y esa soltura y eso disque era el cuajo (Entrevista Madre Soatá, 2014)

¹¹**H1:** ¿Cómo es la relación con las enfermeras del hospital? **M1:** Buena, exactamente con las enfermeras antiguas por las que están ahorita, son menos creyentes en cambio las antiguas si creen, allá había una enfermera que sobaba y cuando llegaban así niños y había la oportunidad de mucho enfermo ella los sobaba y se les pasaba. (Entrevista Medicina Informal Soatá, 2014)

Referencias

1. Hundeide, Karste. A natureza do ato de cuidar empático: o cuidar e o abuso dentro e fora da zona de intimidade. Noruega, Universidade de Oslo. 2007
2. Devillard, M. J. La construcción de la salud y de la enfermedad. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 1990, núm. 51, vol. 1, pp. 79-89
3. Izugbara, C. O., Etukudoh, I. W., & Brown, A. S. Transethnic itineraries for ethnomedical therapies in Nigeria: Igbo women seeking libio cures. *Health & place*, 2005, num. 1, vol. 11, pp. 1-14
4. Gerhardt, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade Therapeutical itineraries in poverty situations: diversity and plurality. *Cadernos de Saúde Pública*, 2006, num. 11 vols. 22, pp. 2449-2463
5. Loza, C. B. (2008). El laberinto de la curación: itinerarios terapéuticos en las ciudades de La Paz y El Alto (No. 4). Instituto Superior Ecueménico Andino de Teología (ISEAT)
6. Nunes, B., & Esteves, M. S. Therapeutic itineraries in rural and urban areas: a Portuguese study. *Rural & Remote Health*, 2006, núm. 1, vol. 6, pp. 394
7. Riley M. Bove, Emily Vala-Haynes, Claudia R. Valeggia. Women's health in urban Mali: Social predictors and health itineraries. *Social Science & Medicine*, 2012, núm. 75, vol. Jul, pp. 1392-1399
8. Triana, A. N., Ávila, L., & Malagón, A. Patrones de crianza y cuidado de niños y niñas en Boyacá, 2010, *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 8(2)
9. Perdiguero, E., & Comelles, J. M (eds.). *Medicina y cultura*. España, Bellaterra. 2000
10. Le Breton, David. *Antropología del Dolor*. Barcelona, Editorial Seix barral. 1999
11. Pereira, Carlota; Valero, Francis. La comunidad indígena de El Paramito: Creencias y prácticas en torno a la salud y la enfermedad Fermentum. *Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, Universidad de los Andes Mérida, Venezuela, 2009, Vol. 19, núm. 56, sep-dic, pp. 497-517
12. Polia, M. (2012). "Contagio" y "pérdida de la sombra" en la teoría y práctica del curanderismo andino del Perú septentrional: provincias de Ayabaca y Huancabamba. *Anthropologica*, 7(7), 195-231
13. Portela, G. H., Astaiza, B. N., Guerrero, P. Y. & Rodríguez, G. S. Rescatar la medicina tradicional en salud materno infantil de las comunidades afrocaucanas a través del diálogo intercultural. *Rev Univ. salud*. [serial on the Internet]. 2013 Dec [cited 2016 Mar 07] ; 15(2): 238-25
14. Hernández, T, I., Arenas, M. M. D. L. L., & Valde S, R. El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. *Revista de Saúde Pública*, 2001, 35(5), 443-450
15. Muñiz, O. A & Montoya, A. La clínica del mal de ojo. *Revista Informes Psicológicos*. Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana. 2004. Medellín Vol. 6, Pág. 136-154
16. Uribe Gil, Gildardo and Alcazaraz López, Gloria. .El mal de ojo y su relación con el marasmo y kwashiorkor: El caso de las madres de Turbo, Antioquia, Colombia. *Invest. educ. enferm [online]*. 2007, vol.25, n.2, pp. 72-82
17. Correa, J. I. L. Los itinerarios terapéuticos del pueblo karajá de la aldea buridina de aruaná (go)
18. Abadía Barrero, C. E., & Oviedo Manrique, D. G. Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 2010, núm. 18, vol. 9, enero-junio, pp. 86-102
19. Stake, R. E. *Investigación con Estudio de Casos*. 5 Edición. Madrid. Ediciones Morata. 2010.
20. Frazer, James. *La Rama Dorada*. 2da Ed. México, Fondo de Cultura Económica. 1951

21. -Mitológicas, II: de la miel a las cenizas. México, Fondo de Cultura Económica. 1987

22. Douglas, Mary. Pureza y Peligro. España, Siglo XXI. 1998

23. Todorov, T. El Problema del Otro. México, Siglo XXI. 2007

24. Bourdieu, Pierre. El Sentido Práctico. España, Siglo XXI. 2008

25. Levi-Strauss, C. Antropología Estructural: Mito, Sociedad, Humanidades. España, Siglo XXI. 1979

26. Alexander, Jeffrey C. Sociología cultural: Formas de clasificación en las sociedades complejas. México, Flacso-Anthropos. 2000

27. Córdoba Sánchez, C. I., & Duque Páramo, M. C. Itinerarios terapéuticos en el cuidado de la salud de los infantes de un barrio de Bogotá. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, 2011, núm. 1, vol. 4, pp. 10-27.

28. Osorio Carranza, Rosa María. Entender y atender la enfermedad: los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. México, D.F.: Instituto Nacional Indigenista. 2001

29. Sturzenegger, O. El camino a tientas. Reflexiones en torno a un itinerario terapéutico. Suplemento antropológico, 1994, núm. 29,