

**PRÁCTICAS CULTURALES DE CUIDADO DE LOS
DIABÉTICOS TRUJILLANOS**



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERÍA
ÁREA DE CONCENTRACIÓN, SALUD Y
CUIDADO HUMANO**



**PRÁCTICAS CULTURALES DE CUIDADO DE LOS
DIABÉTICOS TRUJILLANOS**

**Autora: MgCs. Isolina Tellez
Tutora: Dra. Carmen Amarilis Guerra**

Valencia, Marzo de 2016



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERÍA
ÁREA DE CONCENTRACIÓN, SALUD Y
CUIDADO HUMANO**



**PRÁCTICAS CULTURALES DE CUIDADO DE LOS
DIABÉTICOS TRUJILLANOS**

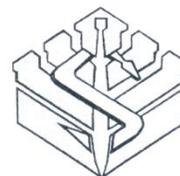
**Autora: Mgsc. Isolina Tellez
Tutora: Dra. Carmen Amarilis Guerra**

Trabajo que se presenta ante la Dirección de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la
Salud de la Universidad de Carabobo para optar al Título de
DOCTORA EN ENFERMERIA
AREA DE CONCENTRACIÓN: SALUD Y CUIDADO HUMANO

Valencia, Marzo de 2016



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERÍA



VEREDICTO

Nosotros, Miembros del Jurado designado para la Evaluación de la Tesis Doctoral Titulada “PRÁCTICAS CULTURALES DE CUIDADO DE LOS DIABÉTICOS TRUJILLANOS”, presentado por la Ciudadana *TELLES DE E., ISOLINA DEL R., C.I. N° 9.016.537* para optar al título de DOCTORA EN ENFERMERÍA, ÁREA DE CONCENTRACIÓN, SALUD Y CUIDADO HUMANO, acordamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado:

Aprobado CON MENCIÓN HONORÍFICA

<i>Nombre y Apellido</i>	<i>C.I.</i>	<i>Firma del Jurado</i>
Dra. Ani Evies	7.011.467	
Dra. Flor Sanmiguel	5.372.978	
Dra. Nancy Oñate	3.572.624	

En Valencia a los Tres (03) días del mes de Noviembre de Dos Mil Dieciséis

DEDICATORIA

Al Rey de Reyes y Señor de Señores “JESUCRISTO”, en El Todo lo Puedo y que me Fortalece, es mi única razón de mi existencia.

Mi gratitud especial a mi Amado esposo Robinson, por su Amor y apoyo continuo en esta gran cruzada.

AGRADECIMIENTOS

Retar a los obstáculos y a las dificultades es más insigne que retirarse a la tranquilidad, hoy puedo decir como dijo un gran Sabio “todo tiene su tiempo y todo lo que se quiere debajo del cielo tiene su hora”.

A ti Padre Celestial doy Gracias, por haberme permitido llegar hasta este momento y haberme dado salud.

A mi inolvidable madre Mercedes (+), quien en vida fue mi guía y ejemplo, estoy segura que hoy celebras mi triunfo. Te amare eternamente.

A mi imperecedero padre Benito (+), que durante el recorrido por la vida me enseñó y demostró su gratitud y optimismo ante las trances de la vida y enfermedad, sin quejarse de nada. Te recordare siempre viejo querido.

A mis amadas hijas Carelis, Angélica y María Fernanda; agradezco su apoyo y ser mi estímulo, este logro les sirva de empuje y ejemplo. Dios me las bendiga.

Corona de gloria son mis queridos nietos Diego Andrés, Camila Rebeca y Víctor Daniel, por romper el silencio y dar sonrisas y alegría. Los bendigo en el nombre de Jesús.

A mis hermanos, quienes nos amamos y aprendimos a vivir en familia, hoy festejamos este triunfo. Brindemos.

Quiero agradecer a mi Tutora: Dra. Carmen Amarilis Guerra un Ser con mucho profesionalismo solidaridad y cuidado humano, por la buena disposición con la que me recibió en todo momento, por sus sugerencias y comentarios que fueron fundamentales para el resultado final de esta investigación, Gracias por confiar en mí, le estaré siempre agradecida. Bendiciones hasta que sobreabundan.

Agradezco a todos los entrevistados por su disposición por responder a mis preguntas y por el interés mostrado en esta investigación. Gracias a ustedes.

Quiero mencionar a esos amigos cuyos hogares supusieron algo más que refugios académicos para lograr esta meta:

Agustín un ser incondicional, amigo gracias por brindarme su apoyo en todo momento, por abrir las puertas de tu hermoso hogar y brindarme alojamiento, de todo Corazón, le estaré siempre agradecida, “Que Dios le Bendiga”.

Carolina por ser la mejor de las anfitrionas, gracias por esas conversaciones en tu cocina que derivaron una gran amistad, te dedico este triunfo. Dios te guarde

Carmen Gainza, quien me ha brindado su amistad por este largo transitar gracias por tu solidaridad y compañerismo agradecida. Mil gracias.

Alexandra mujer valiosa e incondicional, inmensamente agradecida por su apoyo y amistad. Dios se lo pague.

A todos mis compañeros de clase quienes siempre con sus risas, cansancio, preocupaciones y diferencias fortalecieron el grupo.

A todos nuestros Docentes del Doctorado en Enfermería y en especial a la Dra. Flor Sanmiguel, gracias por sus aportes, pilares fundamentales para la construcción de esta investigación

A la Ilustre Universidad de Carabobo, pionera en mi formación académica.

A todas aquellas personas que me apoyaron en silencio y que me dieron su amistad solidaria, de todo corazón, con todo respeto y consideración.

A todos Dios los Bendiga Grandemente,

La Autora

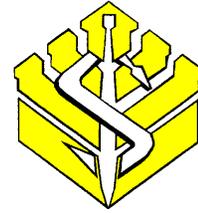
INDICE

	Pág.
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Resumen.....	x
Summary.....	xi
Introducción.....	12
CAPITULO I. VIVENCIANDO EL FENOMENO DE ESTUDIO.....	14
1.1. Contextualización de la situación estudiada (Descripción del Fenómeno).....	14
1.2. Objetivos del Estudio:.....	29
1.2.1. Objetivo General.....	29
1.2.2. Objetivos Específicos.....	29
1.3. Justificación de la Investigación.....	29
1.4. Accesibilidad para la Investigación.....	31
CAPITULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	32
2.1. Antecedentes de la Investigación o Estado del arte.....	32
2.1.1. Internacionales.....	32
2.1.2. Nacionales.....	38
2.2. Bases Teóricas:.....	44
2.2.1. Naturaleza del Hombre.....	44
2.2.2. Concepciones Teóricas de Cultura.....	52
2.2.3. La Enfermedad.....	58
2.2.3.1. La Enfermedad y el Grupo Familiar.....	63
2.2.3.2. Modelo Explicativo de la Enfermedad de Arthur Kleinman.....	65
2.2.3.3. Diabetes Mellitus: Una Visión del Problema.....	68
2.2.3.4. Favoreciendo el Cuidado de la Salud.....	74
2.2.4. La Teoría de Madeleine Leninger.....	78
2.2.4.1. Conceptualización Teórica del Modelo del Sol Naciente de Madeleine Leninger.....	86
2.2.4.2. Dimensiones Conceptuales de la Teoría.....	89
2.2.5. Grupo Familiar de los Pacientes Diabéticos.....	98
2.2.6. Prácticas de Cuidados Culturales.....	99
2.2.6.1. Diversidad de los Cuidados Culturales.....	101
2.2.7. Universalidad de los Cuidados Culturales.....	102
2.2.7.1. Visión del Mundo.....	102
2.2.7.2. Sistema Atención a la Salud.....	103
2.2.8. Conservación o Preservación de los Cuidados Culturales.....	103
2.2.9. Adecuación o Negociación de los Cuidados Culturales.....	103

2.3. Rediseño o Reestructuración de los Cuidados Culturales.....	104
2.4. Originando el Cuidado Humano: Bases Filosóficas.....	104
CAPITULO III –RECORRIENDO EL CAMINO METODOLOGICO.....	115
3.1. Investigación Cualitativa.....	115
3.2. Fenomenología.....	119
3.3. Una mirada desde la Etnografía.....	120
3.4. Contexto de la Investigación.....	134
3.5. Criterios para seleccionar a las Informantes del Estudio.....	135
3.6. Informantes o Actores Sociales.....	137
3.7. Análisis de los Datos.....	137
3.8. Rigor Metodológico.....	140
3.9. Consideraciones Éticas.....	141
CAPITULO IV –REPRESENTANDO EL ESCENARIO CULTURAL.....	144
4.1. Escenario Cultural.....	144
4.2. Características de los Domicilios.....	152
4.3. Las familias de los pacientes diabéticos.....	156
4.4. La admisión de los pacientes diabéticos en el Hospital.....	159
CAPÍTULO V –DOMINIOS CULTURALES.....	163
5.1. Dominio Cultural 1: “Aprender a cuidarse es una forma de protegerse de la enfermedad”.....	163
5.2. Dominio Cultural 2: Complicaciones de tener DM.....	169
5.3. Dominio Cultural 3: La herencia es una razón del origen de la Enfermedad.....	172
5.4. Dominio Cultural 4: Muerte es el resultado de tener DM.....	176
5.5. Dominio Cultural 5: Creencias usadas para curarse la DM.....	179
5.6. Dominio Cultural 6: Ser diabético es un contratiempo en la vida.....	184
CAPITULO VI. TEMAS CULTURALES.....	189
6.1. Concepciones Culturales de Ser Diabético.....	189
6.2. Significados de las prácticas del cuidado en el Diabético Trujillano.....	191
CAPÍTULO VII. ORIENTACIONES DE CIERRE.....	196
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	200
ANEXOS.....	214



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS POSTGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERÍA
ÁREA DE CONCENTRACIÓN, SALUD Y
CUIDADO HUMANO



Prácticas Culturales de Cuidado de los Diabéticos Trujillanos

Autor: Mgsc. Isolina Tellez

Tutora: Dra. Carmen Amarilis Guerra

Valencia, Marzo 2016

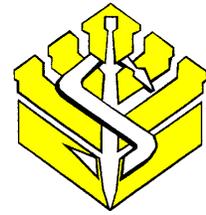
RESUMEN

El presente proyecto de investigación Doctoral, se ubica en la Línea de Investigación Doctoral “Promoción del cuidado humano en la experiencia de la salud y calidad de vida”; adscrito a la Unidad de Investigación de Enfermería de la Escuela de Enfermería “Dra. Gladys Román de Cisneros”, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Se encuentra enmarcado en el paradigma cualitativo, con abordaje fenomenológico etnográfico el cual tuvo como objetivo: Conocer sobre las prácticas de cuidado a partir del marco cultural de salud de los Diabéticos Trujillanos atendidos en el Hospital “Dr. Juan Motezuma Ginnari” del Instituto Venezolano del Seguro Social, ciudad de Valera, Estado Trujillo, basado en el Modelo Sunrise de Madeleine Leninger, utilizando los Principios Fundamentales de la Metodología Spradley. Los sujetos de la investigación, fueron los diabéticos trujillanos atendidos en el Servicio de Medicina. Para la recolección de los datos se realizaron entrevistas en profundidad. Los datos fueron analizados conforme a las cuatro grandes fases que Leininger propone para el análisis de investigaciones de tipo cualitativo y a los trabajos de Spradley. De ese proceso emergieron seis dominios culturales: **Dominio Cultural 1:** “Aprender a cuidarse es una forma de protegerse de la enfermedad”; **Dominio Cultural 2:** Complicaciones de tener DM; **Dominio Cultural 3:** La herencia es una razón del origen de la enfermedad; **Dominio Cultural 4:** Muerte es el resultado de tener DM; **Dominio Cultural 5:** Creencias usadas para curarse la DM; **Dominio Cultural 6:** Ser diabético es un contratiempo en la vida.

Palabras Clave: Prácticas Culturales, Cuidado Humano, Diabéticos



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS POSTGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERÍA
ÁREA DE CONCENTRACIÓN, SALUD Y
CUIDADO HUMANO**



Cultural practices Trujillanos Care Diabetics

**Autor: Mgsc. Isolina Tellez
Tutora: Dra. Carmen Amarilis Guerra
Valencia, Marzo 2016**

SUMMARY

This doctoral research project, is located in the Doctoral Research Line "Promoting human care in the experience of health and quality of life"; assigned to the Research Unit of Nursing School of Nursing "Dra. Gladys Roman de Cisneros ", Faculty of Health Sciences at the University of Carabobo. It is framed in the qualitative paradigm, with ethnographic phenomenological approach which aimed to: Learn about care practices from the cultural framework of health trujillanos diabetics treated at the Hospital "Dr. Juan Motezuma Ginnari "the Venezuelan Institute of Social Security, the city of Valera, Trujillo state, based on the Sunrise Model Madeleine Leininger, using the Fundamental Principles of Methodology Spradley. The research subjects were the trujillanos diabetics treated at the Department of Medicine. To collect data in-depth interviews were conducted with each participant. The data were analyzed according to the four major phases Leininger proposed for the analysis of qualitative research and the work of Spradley. From this process emerged six cultural domains: Cultural Domain 1: "Learning to care is a way to protect themselves from the disease"; Cultural Domain 2: Complications of having DM; Cultural Domain 3: Inheritance is one reason for the origin of the disease; Cultural 4 domain: Death is the result of having DM; Cultural Domain 5: Beliefs used to heal the DM; Cultural Domain 6: Being diabetic is a setback in life.

Keywords: Cultural practices, Human Care, Diabetes

INTRODUCCIÓN

La enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud, son parte de un proceso social dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad. Esto es, el sujeto, ya desde su nacimiento, se constituye e instituye a partir del mencionado proceso. Padecimientos y sus respuestas son procesos estructurales de todo sistema y todo conjunto social. Los conjuntos sociales, entonces, no sólo generan representaciones y prácticas, sino que estructuran saberes específicos para enfrentar esos padecimientos.

La presente investigación de Enfermería enmarcada en el paradigma cualitativo, se centra en comprender a partir de la visión interdisciplinaria de los profesionales de la salud el cuidado de la persona diabética y el apoyo de su grupo familiar. Se pretende explorar cada una de las situaciones que afectan la salud de esta población, para identificar los factores tanto internos como externos que están presentes en este colectivo.

Esta investigación se realizó en el Hospital “Dr. Juan Motezuma Ginnari” del Instituto Venezolano del Seguro Social, de la ciudad de Valera que son residenciados en el Municipio San Rafael de Carvajal del Estado Trujillo.

El proyecto está estructurado de la siguiente manera: **El Capítulo I, Vivenciando el Fenómeno de Estudio** donde se aborda la contextualización de la situación estudiada, los objetivos del estudio, la justificación de la investigación y la accesibilidad para la misma. **El Capítulo II, la Fundamentación Teórica**, que incluye la revisión de los antecedentes del estudio y la fundamentación teórica. En el **Capítulo III, Recorriendo el camino metodológico**, se describe el marco teórico y metodológico; así como el procedimiento para la recolección de la información, los participantes; el rigor metodológico y los aspectos éticos de la investigación. En el **Capítulo IV, Representando el Escenario Cultural**, se presentan las características de los domicilios, las familias de los pacientes diabéticos y la admisión de los pacientes en el centro de salud. En el **Capítulo V, Dominios Culturales**, la interpretación del fenómeno a través de los diferentes dominios culturales encontrados. El **Capítulo VI, Temas Culturales**, donde se presenta la discusión final. **Las Consideraciones finales sobre las prácticas de cuidado y recomendaciones**, están reseñadas en el **Capítulo VII**, para finalmente concluir con las **Referencias Bibliográficas y los Anexos**.

CAPITULO I

VIVENCIANDO EL FENOMENO DE ESTUDIO

1.1. Contextualización de la situación estudiada. Descripción del fenómeno

El objeto de estudio de esta investigación es el cuidado a partir del marco cultural de salud de un grupo de diabéticos trujillanos, en la ciudad de Valera, tomando en cuenta el campo temático determinado, como problema específico.

La enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud, son parte de un proceso social dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad. Esto es, el sujeto, ya desde su nacimiento, se constituye e instituye a partir del mencionado proceso. Padecimientos y sus respuestas son procesos estructurales de todo sistema y todo conjunto social. Los conjuntos sociales, entonces, no sólo generan representaciones y prácticas, sino que estructuran saberes específicos para enfrentar esos padecimientos.

Sin embargo, la salud/enfermedad/cuidado no existe en abstracto, sino como “ocurrencias” o “eventos” particulares o grupales específicos (1). Existen los sujetos que sufren determinados padecimientos, que tienen una forma de concebirlos en

términos socioculturales, que poseen un conjunto de prácticas de cuidado alrededor de los mismos. Tal es el caso de las personas que sufren Diabetes Mellitus (DM).

Enfermar, morir, atender la enfermedad y la muerte deben ser pensados como procesos que no sólo se definen a partir de profesiones o instituciones dadas, sino como hechos sociales respecto de los cuales los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías, una parte de las cuales se organizan profesionalmente(2).

En conceptos de Antropología de la Medicina, se trata de analizar los procesos de salud-enfermedad-atención de los sujetos de estudio desde el conjunto de saberes y prácticas alrededor de la salud que poseen desde su cultura de origen, con un particular sistema médico de atención, abordando la relación de éste con el sistema biomédico dominante en la sociedad receptora.

De esta manera, los fenómenos pueden analizarse tanto desde adentro (perspectiva EMIC) como desde afuera (perspectiva ETIC) como algo distinto y relativo a cada cultura.

La salud y la enfermedad envuelven una compleja interacción entre los aspectos físicos, psicológicos, sociales y ambientales de la condición humana y de atribución de significados, son fenómenos clínicos y sociológicos vividos

culturalmente, importan tanto por sus efectos en el cuerpo como por sus repercusiones en el imaginario: ambos son reales en sus consecuencias” (3).

Por otro lado, los aportes de autores enmarcados en la denominada “Antropología de la Illness” (4), ponen el acento en los elementos simbólicos culturales como espacios de significados particulares. Desde esta perspectiva, lo prioritario será recuperar la vivencia del sujeto en una situación de pérdida de salud o aparición de enfermedad a partir de la subjetividad del individuo pero enfatizando en la comprensión del síntoma significativo colectivo. Por otro lado, la llamada “Antropología de la Sickness” se centrará más que nada en los aspectos sociales, puesto que reconoce las limitaciones de las explicaciones de tipo cultural. Desde este enfoque serían las condiciones histórico-sociales las que condicionan tanto la vivencia del sujeto (su subjetividad) como sus condiciones de salud.

Basado en los aspectos anteriores, otros antropólogos conciben la realidad (lo mismo que la enfermedad) como una construcción que se da en la interacción social(5). De modo que las estrategias de atención a los problemas de salud pueden modificarse, al igual que lo que ocurre con las concepciones alrededor de la salud/enfermedad, en distintas épocas y contextos.

En el caso de esta investigación en salud, se analiza un conjunto social específico (diabéticos trujillanos), sus especificidades como grupo sociocultural

humano y las características del manejo de su enfermedad y sus prácticas de cuidado, enfatizando en las dimensiones alrededor de la salud- enfermedad- atención.

Este énfasis antropológico en las variables socioculturales se relaciona a su vez con el análisis multicausal que determina la situación de salud del grupo referido.

El contexto de los sujetos se enmarca en la población del estado Trujillo situado al occidente de Venezuela. Limita al norte con los estados Zulia y Lara, al sur con Mérida y Barinas, al este con Portuguesa y Lara y al oeste con Zulia, Mérida y el lago de Maracaibo. Su capital es la ciudad de Trujillo, Estado principalmente montañoso por estar atravesado de suroeste a Noreste por la cordillera de Los Andes, aunque también tiene colinas y llanuras con una superficie 7.400 Km². El clima es tropical de montaña, y la temperatura se puede ubicar entre 20° y 10 °C aproximadamente. Trujillo es un estado eminentemente agrícola, pero también ganadero. La ganadería es principalmente bovina y porcina. Hay una división de 20 municipios y distribuidas en estos hay 93 parroquias. Los Municipios del Estado Trujillo son los siguientes: Andrés Bello, Boconó, Bolívar, Candelaria, Carache, Escuque, José Felipe Márquez Cañizalez, Juan Vicente Campo Elías, La Ceiba, Miranda, Motatán, Pampán, Pampanito, Rafael Rangel, San Rafael de Carvajal, Sucre, Trujillo, Urdaneta y Valera. Tiene una población de 562.752 hab. (1995) - 686.367 para el censo (2011) (6).

Ahora bien, tomando en cuenta el reporte estadístico en cuanto a la situación de Salud en las Américas, según los Indicadores Básicos se calcula que en el 2005, la población total de Venezuela fue 26.749.000, concentrando al 88,1% en la zona urbana. Las mujeres representan el 49,7% de la población total. Para el 2004, 6.883.000 mujeres, es decir, alrededor de 52% del total de mujeres, tenían entre 15 y 49 años de edad. En cuanto a la situación de salud la esperanza de vida al nacer, en 2005, fue 76,4 años para mujeres y 70,5 años para hombres. De acuerdo a estas estimaciones demográficas señalan que este indicador aún está en aumento y que la brecha entre mujeres y hombres se ha mantenido relativamente estable y para el quinquenio de 2005-2010 será de 5,9 años más para las mujeres y entre las causas seleccionadas de muerte tanto la Enfermedad Isquémica del Corazón como las Enfermedades Cerebro Vasculares y la DM en la población adulta, son consideradas importantes causas, especialmente en el grupo de 65 años y más. A esas edades, en el 2002 las tasas de mortalidad de mujeres por enfermedades cerebro vasculares y diabetes sobrepasaron las de hombres (7).

El impacto de las enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, algunos tipos de cánceres y las enfermedades respiratorias crónicas, aumenta de forma constante y afecta tanto al mundo desarrollado como a los países en desarrollo, y a personas de todas las edades (8). Se estima que en el 2008 estas enfermedades causaron 36 millones de defunciones en todo el mundo, frente a 35 millones en 2004. Las causas de las principales epidemias

de enfermedades crónicas se conocen bien y están sobradamente documentadas; comprenden, entre otras, la alimentación poco saludable y el aporte calórico excesivo, el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol. Hacer frente a estos factores de riesgo depende en gran parte de que se adopten medidas en diversos ámbitos normativos, así como de que se incrementen las labores de prevención y se mejore el acceso a servicios como los de detección precoz (8).

A nivel del Estado Trujillo se reporta una mortalidad por Diabetes para el 2010 con un total de número de muertes de 308 casos para un 8.03% (9).

La DM es un proceso crónico compuesto por un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por la hiperglucemia resultante de defectos en la secreción y/o acción de insulina que segregan las células beta de los Islotes de Langerhans del páncreas (10). La causa de la DM continúa siendo un misterio, aunque tanto la genética y factores ambientales, como la obesidad y la falta de ejercicio, parecen desempeñar roles importantes son 20,8 millones de niños y adultos en los Estados Unidos, o el 7% de la población, que padece de diabetes (11).

De lo antes expuesto, se deriva la necesidad de emplear estrategias para mejorar la atención de esta condición requiriendo además de una supervisión médica continua del paciente y la educación para el autocuidado por parte del equipo de

salud, para prevenir complicaciones agudas y reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo.

Todos los seres humanos se han cuidado desde su origen y desde que están inmersos en la cultura, sin cuidado, en palabras de Leonardo Boff, los seres humanos no podrían serlo. No podría concebirse la vida misma si no existiera el cuidado. Sin él, la persona pierde su estructura, pierde sentido y muere. La enfermedad se va a involucrar en función del tipo de enfermedad, según sea aguda o crónica, variará el pronóstico y la evolución, también la edad va a influir ya sea en edad infantil, adulta o vejez; porque la enfermedad se vivirá de distintas maneras. El género también influye, ya sea masculino o femenino se vivirá diferente y se generará una situación diferente a su alrededor (12).

Es evidente, que una enfermedad crónica, en el caso particular de la Diabetes Mellitus (DM), exige cambios en la vida de la persona, teniendo repercusión, sobre el área personal, familiar y social del individuo. La DM es una enfermedad multisistémica crónica asociada a una alteración del metabolismo de la glucosa, en que la secreción de insulina su efectividad biológica, o ambas se encuentran disminuidas.

En cuanto a la DM Tipo 2 por sus complicaciones potenciales referidas a Factores de Riesgo Cardiovascular conllevan a una marcada morbimortalidad y

costos socioeconómicos: Enfermedad Cardiovascular: 58% Enfermedad Cerebrovascular: 12% Nefropatía: 3% Coma diabético: 1% Infecciones: 11% Cáncer: 4% Otras: 11%.(13) (8) calcula que en el mundo hay más de 180 millones de personas con diabetes, y es probable que esta cifra aumente a más del doble en 2030. Se calcula que en 2005 hubo 1,1 millones de muertes debidas a la DM aproximadamente un 80% de las muertes por DM se registran en países de ingresos bajos o medios. Casi la mitad de las muertes por esta enfermedad ocurren en pacientes de menos de 70 años, y el 55% en mujeres. Se calcula que las muertes por DM aumentarán en más de un 50% en los próximos 10 años si no se toman medidas urgentes. Es más, se prevé que entre 2006 y 2015 las muertes por DM aumenten en más de un 80% en los países de ingresos medios altos (13).

Mi posición en el marco de esta investigación estuvo marcada por una particularidad, me encuentro inserta en esta sociedad/cultura (trujillana-venezolana) pertenezco a la misma, no provengo de otra distinta. Soy autóctona al igual que mis pacientes, otra trujillana más.

Viviendo en la ciudad de Valera, y ejerciendo mi profesión de enfermería me permitió compartir espacios de actividad socio-laboral coincidir en diferentes ámbitos y en el Hospital “Dr. Juan Motezuma Ginnari”, donde llevo 26 años de servicio ininterrumpidos, todo ello me induce que desde el inicio de esta investigación asuma el ejercicio metodológico del distanciamiento del fenómeno, así como su empatía con

respecto a algunas problemáticas, un acercamiento de tipo más simétrico con los sujetos de estudio.

Este hospital de tipo III, pertenece al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales Dr. Juan Motezuma Ginnari y presta servicios de atención médica integral a la salud en los tres niveles clínicos de atención. Dentro de su organización cuenta con una capacidad de 300 camas. Su estructura organizativa es así:

1. Dirección.

2. Departamentos de:

- a) Medicina: Nefrología, Reumatología, Neurología, Gastroenterología, Medicina Física y Rehabilitación.
- b) Cirugía: Urología, O.R.L., Oftalmología y Traumatología.
- c) Gineco-obstetricia.
- d) Pediatría (14)

El servicio donde ingresan los pacientes diabéticos es la Unidad de Medicina Interna de este hospital, la cual cuenta con 36 camas, dividida en 2 áreas: con 18 camas para cada sexo: hombres y mujeres. En este servicio ingresan pacientes de las áreas geográficas del estado Trujillo, las cuales son de los diferentes municipios y parroquias como Sabana de Mendoza, la Quebrada, Pampán, Floresta, Morón, la Beatriz, Carache, Mendoza Fría, San Rafael de Carvajal.

En mi rol de enfermera de atención directa en este servicio de Medicina Interna, durante veinticinco años, he podido percibir algunas de las múltiples preocupaciones que tienen los pacientes diabéticos en torno a su padecimiento: “Que enfermedad tan mala, destructiva”, *“Yo empecé a orinar mucho y tenía mucha sed y era que tenía la azúcar alta”* *“Esta enfermedad me ha hecho cambiar mi vida, a veces me siento débil para ir al trabajo. “No siento dolor en los pies me pinche y no sentí”.* *”Tengo dos meses que me dijeron que era diabético, me controlo la azúcar con la hoja de chaya”* *“No me gusta inyectarme la insulina porque da ceguera”* *“Estoy cansado de la dieta, ya perdí 15 kilos.*

Día a día, durante mi jornada laboral y en mi recorrido por las salas de medicina interna veo como estos pacientes diabéticos desmejoran sufriendo complicaciones, tales como amputaciones de sus miembros inferiores, otros en tratamientos de hemodiálisis, pie diabético, hipoglicemias e hiperglicemias, y muerte, que para el momento se encontraban hospitalizadas en este centro asistencial, llamándome poderosamente la atención que en el contacto que sostenía con los pacientes y familiares en el servicio, ellos manifestaban, las expresiones antes señaladas. Siendo para mí como profesional un desafío en satisfacer y/o minimizar las dudas que ellas reflejaban, observando jóvenes que desde muy temprana edad ya eran diabéticas y diabéticos compartiendo en la misma sala con otras más adultas, pero en las mismas condiciones y con diagnóstico de DM Tipo 1 y 2 todas en una sala común, con un total de cuarenta camas. Como persona y agente de salud, que su misión como

profesional es dar cuidados humanos preservando su cultura, siento motivación y aprovecho esta relación para conocer más de sus conductas cuidantes desde su propia perspectiva y cotidianidad de esos hombres y mujeres que padecen ese malestar de ser diabéticos.

Los pacientes que sufren DM conviven con frecuencia con mitos y falsas creencias al respecto de su condición, que pueden traer consecuencias que se pueden manifestar en forma de una incorrecta prevención de procesos posteriores y el desarrollo de prácticas y modos de vida nocivos para el individuo.

De allí, que a sabiendas de que la Etnografía tiene su origen en la antropología cultural, que me permite obtener la diversidad de información que requiero sobre sus creencias, valores y mitos para la construcción de la Matriz Epistémica Fenomenológica la cual busca el significado de las practicas coexistidas a través de su interpretación y comprensión, para la creación de teorías desde una actitud contemplativa (15).

En general, se concibe a la etnografía como “el método antropológico por excelencia”, el cual reúne una serie de técnicas de aproximación, aprehensión y descripción de una realidad y un fenómeno/problema particulares, fundamentalmente en términos cualitativos-holísticos-socioculturales, donde el investigador es en sí mismo el principal instrumento de observación/participación.

La metodología de trabajo del antropólogo es personalizada, puesto que los datos, la información básica y estratégica, la debe obtener el propio investigador en la relación de interacción que construye con el/los informante/s, con el/los otro/s, con el/los sujeto/s. Todo ello le permite al antropólogo obtener información de “calidad” respecto de problemas donde, por ejemplo, las técnicas epidemiológicas fracasan u obtienen sólo información limitada.

Por lo que decidí escoger el método Etnográfico, para comprender las costumbres vividas y las preocupaciones sentidas por estos pacientes diabéticos, como base para la interpretación del significado de sus patrones culturales con el propósito de motivarlos y orientarlos en prácticas saludable y evitar las complicaciones.

Considero como profesional de enfermería, que la base fundamental de nuestra práctica está en función del cuidado humano y que debe brindarse no solo a la persona sana o enferma sino que su alcance debe llegar hasta el grupo familiar y el colectivo que demanda de nuestro servicio para actuar sobre los conjuntos sociales implicados y sus condiciones de vida desde una perspectiva preventivista. No sin antes tomar en cuenta que la persona receptora del cuidado, este consiente sobre la importancia de su propio autocuidado para el mantenimiento y equilibrio de su salud. Por lo que el cuidar, en su forma más significativa como la capacidad que se debe tener para entender al otro como si estuviese dentro de este (16). Así mismo el cuidar

es ante todo un acto de vida y además para entender la naturaleza de dichos cuidados exige situarlos dentro de su único contexto. “El de la vida” (17).

Por otra parte, el fundamentarse en la Teoría Transcultural de Madeleine Leininger brinda la oportunidad de un cambio de postura por parte del Profesional de Enfermería, llevándole a reflexionar sobre la imposición del cuidado profesional. Esta teoría, conjuntamente con el dominio del referencial biológico y técnico que el profesional de enfermería tiene, puede facilitar la comunicación con los pacientes diabéticos y familiares, permitiendo dar el cuidado en pro de su salud de manera comprensible y aceptable para ellos.

En cuanto a la enfermería transcultural, esta es un área de la enfermería que permite la relación con sus conductas cuidantes y los mitos y creencias relativos a la salud y la enfermedad, a objeto de promocionar la práctica de unos cuidados de forma específica y universalmente culturales (18). Las creencias están basadas en una interpretación de un determinado hecho más que en el hecho mismo o realidad. Por tanto, una creencia es una generalización que hace la persona respecto a sí misma, a otras personas o al mundo en general y se caracteriza porque no tiene fundamento racional y define la conducta del individuo. Una **creencia** es un modelo creado por la mente para satisfacer un deseo, generalmente sobre un hecho (real o imaginario); del cual se desconoce o no se acepta una alternativa o respuesta racional (19).

En una creencia todos aquellos individuos que compartan dicho deseo darán por buena una proposición y actuarán como si fuese verdadera (aunque no lo sea), por su parte indica que las creencias desde la perspectiva cultural adoptan dos tipos de formas: Los mitos y los tabúes. Los mitos constituyen explicaciones, interpretaciones de la realidad que convierten la realidad social en algo natural y aceptable (20). El mito además cumple en las sociedades arcaicas y triviales una función indispensable: expresa, incrementa y codifica la creencia, salvaguarda y refuerza la moralidad, y contiene reglas prácticas para la guía de los individuos en estas culturas (21).

Leininger creó el Modelo del Sol Naciente para ilustrar los principales componentes de su Teoría de los Cuidados Culturales. Este modelo simboliza el surgimiento del sol o las formas de descubrir el cuidado a través de los componentes mencionados, sirve como mapa cognitivo que proporciona una visión global y que caracteriza la imagen de los conceptos que componen la teoría.

En cuanto a la incertidumbre que se ha venido interpretando en torno a los pacientes diabéticos desde el punto de vista de las instituciones de salud, he podido evidenciar en mi experiencia personal y profesional limitaciones para la atención de estos pacientes, tomando en cuenta los mitos y creencias en relación a su enfermedad o padecimiento. De allí es el interés y estimulación interior para llevar a cabo esta investigación.

Después de indagar sobre el cuidado desde un enfoque socio- histórico-cultural y la situación de la diabetes en los pacientes que la padecen como problema de gran impacto y por ende de un alto compromiso de la disciplina de Enfermería, lo expresado puede ser útil en la transformación de la realidad, por lo que me planteo las siguientes interrogantes:

¿Cómo construyen las nociones de salud/enfermedad los trujillanos diabéticos, qué “valor” le asignan a la “salud”, a las situaciones del “enfermar” y a sus connotaciones sociales respectivas?

¿Qué creencias tienen los diabéticos trujillanos en relación a su enfermedad en el contexto de la sociedad de origen?

¿Cómo operan las dimensiones de la cosmovisión los diabéticos trujillanos a la hora de concebir, interpretar, diagnosticar y atender un padecimiento en este caso la Diabetes, en su sociedad de origen?

¿En qué consisten las acciones de cuidado que ponen en práctica los diabéticos trujillanos para hacer frente a la enfermedad que sufren en el contexto de la sociedad de origen?

Para responder a estas interrogantes se presentan los siguientes objetivos:

1.2. Objetivos del Estudio

1.2.1 Objetivo General

Conocer sobre las prácticas de cuidado a partir del marco cultural de salud de los diabéticos trujillanos atendidos en el Hospital “Dr. Juan Motezuma Ginnari” del Instituto Venezolano del Seguro Social, de la ciudad de Valera, Estado Trujillo.

1.2.2. Objetivos Específicos

- a) Explorar los noemas que los sujetos de estudio (diabéticos trujillanos) tienen sobre el cuidado de sí.
- b) Contrastar las diferentes visiones de los sujetos de estudio, con el fenómeno relacionado sobre las prácticas de cuidado.
- c) Descubrir los significados que tienen para los sujetos de estudio el fenómeno.
- d) Interpretar los conceptos, valores y creencias que tienen los sujetos de estudio sobre el fenómeno.

1.3. Justificación de la Investigación

Esta investigación ayuda a agregar en el campo asistencial, herramientas que les permitan a los profesionales de enfermería aplicar cuidados de salud culturalmente adecuados a los pacientes diabéticos del contexto del Estado Trujillo. Por lo que constituye un permanente desafío y a la vez un impostergable compromiso para el equipo multidisciplinario de salud con especial atención a los profesionales de enfermería, a fin de garantizar la calidad en nuestros servicios a toda la población con

este tipo de enfermedad que acude a los centros asistenciales en busca de ayuda profesional para mantener, recuperar y conservar su salud. La dimensión sociocultural es patente en diversas áreas del cuidado aportando al profesional un conocimiento amplio y exhaustivo del entorno social y cultural, se lograra disminuir los miedos, mitos y complicaciones en estos pacientes.

Espero aportar a toda la comunidad científica, a la sociedad en general, y a todos los profesionales de la salud, en especial a las (os) enfermeros una contribución significativa, para la población, especialmente en los pacientes diabéticos, logrando una actitud positiva para el cuidado de los mismo.

Esta investigación servirá para establecer estrategias de intervención para las prácticas de cuidado que son importantes para la promoción de la salud.

Entre los aspectos relevantes a subrayar en torno a este problema se encuentra la escasa formación universitaria que reciben los estudiantes de la salud, específicamente enfermería, en el campo de los llamados “factores culturales” y su determinación en la salud/enfermedad/cuidado de las personas, así como, específicamente, en el ámbito teórico-práctico de la salud. El personal de enfermería debe estar preparado y disponer de los conocimientos oportunos para el abordaje del paciente diabético por las especiales características que en él y en su entorno confluyen.

A través de la etnografía pueden recuperarse determinadas micro-prácticas del personal de salud, particularmente enfermería, producto del proceso de transacciones surgido en la interacción con los diabéticos en el marco cultural, que no se corresponden con las concepciones y prácticas hegemónicas del modelo médico.

No obstante, resulta imperativo puntualizar que este estudio servirá de base epistémica para futuras investigaciones relacionadas con la Diabetes y la forma como los profesionales de enfermería pueden abordar el cuidado para que sea congruente con la cultura.

1.4. Accesibilidad para la Investigación

En la construcción teórica que soporta dicha investigación, se utilizó información de las bibliotecas de la Universidad de Carabobo, Fuentes de Telemáticas por Red, Dirección General de biblioteca Central de la U.C. y otras fuentes que estuvieron disponibles durante la revisión del tema, además de los expertos en el área temática.

Por otra parte, se incluyeron los fundamentos Filosóficos, Teóricos, Epistemológicos e Históricos del Cuidado Humano a partir de los aportes de Waldow, Collieri. En cuanto a las Teorías y Modelos de Enfermería que soportaron esta documentación, están la de Madeleine Leininger,

CAPITULO II

FUNDAMENTACION TEORICA

En el presente capítulo presento los antecedentes del estudio: prácticas culturales de cuidado de salud de los diabéticos trujillanos. Así mismo los elementos teóricos o los postulados que se ajusten a la realidad del mismo y la situación problemática, relacionada con la práctica de cuidado. Tomando en cuenta los conocimientos, experiencias y vivencias de otros autores, que en el tiempo han sido muy valiosas y necesarias para una mejor confrontación, comprensión y reflexión de la realidad de este proceso investigativo.

2.1. Antecedentes de la Investigación o Estado del Arte

2.1.1. Internacionales

Guerreiro, Hegadoren, Lasiuk (22), realizaron un estudio en Brasil, referente a la perspectiva del ama de casa brasileña sobre la vida con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). El propósito de este estudio fue comprender la experiencia de las amas de casa brasileñas con la DM2. Se empleó un abordaje exploratorio descriptivo, donde participaron 25 amas de casa con DM2. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y el texto resultante se analizó mediante el método secuencial de cuatro etapas: aprensión, síntesis, teorización y transferencia. Los datos se reunieron en un tema

dominante: “construyendo su identidad en el contexto familiar”, que se compone de tres sub-temas: las diferencias de género, las preocupaciones del cotidiano y la incongruencia entre el conocimiento y el comportamiento relacionado con DM2. Estos hallazgos sugieren que los participantes construyen su propia identidad dentro del contexto familiar y que su experiencia de vivir con DM2 es parte integral de su identificación como esposas y madres. Esto, a su vez, tiene implicaciones para el planeamiento e implementación de programas para ayudar a las mujeres para administrar con eficacia la DM2.

Este antecedente se relaciona con la investigación por la temática y el enfoque cualitativo, es importante señalar que incluir la familia en la práctica de la atención a la salud y a la enseñanza y comprensión de los papeles complejos que estas personas tienen dentro del contexto de sus familias para así alcanzar mejor control glicémico de la diabetes y una vida más saludable. Por lo que se hace necesario apoyarlas para que prioricen y discutan sus necesidades de salud con sus familias, negociando prioridades y construyendo nuevas oportunidades para incorporar sus necesidades de salud en la rutina diaria de toda la familia. Es allí el compromiso del equipo de salud de apoyar y orientar las necesidades de salud de los pacientes con DM2.

Ramos (23) por su parte, realizó una investigación en Colombia, sobre las Prácticas culturales de cuidado de gestantes indígenas que viven en el Resguardo Zenú ubicado en la Sabana de Córdoba. El presente estudio tuvo como objetivo

describir las prácticas culturales de cuidado de gestantes indígenas. La investigación fue de tipo de tipo cualitativo, etnográfico, método utilizado fue la etnoenfermería propuesto por Leininger. Muestra compuesta por 10 gestantes indígenas, éstas fueron entrevistadas varias veces hasta lograr la saturación de datos; luego, se recolectaron y analizaron mediante entrevista y análisis etnográficos propuestos por Spradley. Resultados, se encontró cuatro dominios culturales y un tema cultural “acciones de cuidado y protección de la embarazada Zenú”. El estudio concluyó que la mujer Zenú tiene sus propios modos de cuidar su embarazo y proteger a su hijo por nacer y confía en los cuidados y la atención que les brindan las comadronas. De igual forma, el cuidado de enfermería que se ofrece a estas mujeres debe hacerse con base al conocimiento de la enfermería transcultural propuesto por Leininger.

Este estudio de gran relevancia, guarda relación con esta investigación en dos direcciones: sobre la vida con diabetes mellitus tipo 2 y en la ruta metodológica escogida, lo que sustento las bases para el desarrollo del presente trabajo doctoral. Las costumbres representan en sí mismas y desde el principio de la humanidad todo un conjunto de formas enfocadas a asegurar la continuidad de la vida.

Baquedano I.R. et al (24), realizaron una investigación titulada “Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un Servicio de Urgencia en México”. Este estudio tuvo por objetivos determinar la capacidad de autocuidado de personas con diabetes mellitus tipo 2 y relacionar esa capacidad con algunas variables

sociodemográficas y clínicas. Participaron 251 personas que ingresaron en un hospital de urgencia en México, en 2007. Los datos fueron obtenidos mediante entrevista domiciliar dirigida, utilizándose de formulario, cuestionario y Escala de Capacidad de Autocuidado. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva y correlacional.

Los resultados mostraron que 83 (33,5%) sujetos presentaron buena capacidad de autocuidado y 168 (66,5%) capacidad regular. Se obtuvo una correlación directamente proporcional entre capacidad de autocuidado y años de estudio ($r=0,124$; $p<0,05$) y una correlación negativa con la religión ($r_s=-0,435$; $p<0,05$) y tiempo de evolución de la enfermedad ($r=-0,667$; $p<0,05$). Se concluye que la mayoría de las personas con diabetes mellitus tipo 2 presentó una capacidad de autocuidado regular. La capacidad de autocuidado está vinculada a múltiples variables, que merecen atención de los profesionales de salud cuando se realiza la proposición de programas de educación (24).

Este estudio guarda relación con la presente investigación ya que estudia a un grupo de personas con diabetes mellitus, los resultados aportan referentes sobre el autocuidado a los proveedores del cuidado de salud aspectos que se deben considerar a la hora de planificar e intervenir y proporcionar cuidados como es la parte emocional de la persona con diabetes mellitus, para que de forma competente se mejore el cuidado que se le brindan a los paciente de una cultura determinada.

Por otra parte investigación efectuada por Méndez, et al (25), sobre el Autocuidado de las adultas mayores con diabetes mellitus inscritas en el Programa de Enfermedades Crónicas en Temoaya, México. Cuyo objetivo de la investigación fue el describir las actividades de autocuidado en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2, inscritos al programa de enfermedades crónicas degenerativas. Se presenta un reporte de investigación de corte cualitativo, se utilizó el método etnográfico, el cual aporta el punto de vista narrativo de la realidad, a partir de las diferentes formas de indagación etnográfica. Para acceder a la información se recurrió a la entrevista a profundidad. La información se registró haciendo énfasis en aquellos que describieron las rutinas y situaciones problemáticas que dio significado a su vida, en el Centro de Salud Rural Disperso. Las acciones que llevan a cabo los adultos mayores son: ejercicio, cuidado de la boca, dieta, monitoreo y cuidado de sus extremidades inferiores en un contexto propio donde existen un conjunto de valores, creencias, tradiciones, símbolos, lenguaje y organización social significativos para los miembros de un grupo, en este caso de los adultos mayores.

La relación del estudio con la presente investigación ya que utilizó el modelo etnográfico donde narra la realidad de la situación, como también el rigor metodológico. Los resultados de este estudio radica en el autocuidado en salud y este es determinado como las medidas que cada persona, de forma individual, toma para proteger su bienestar físico, mental y social; es necesario que la persona con diabetes adopte habilidades de autocuidado que le permitirán controlar su enfermedad

y mejorar su calidad de vida, la cual está vinculada a múltiples factores culturales como la creencia de que es capaz de cuidar de su salud. Estos resultados que se deben considerar a la hora de planear programas educativos.

Castillo (26), en Cuba, realizó una investigación titulada “El cuidado cultural de enfermería. Necesidad y relevancia”. El propósito de este trabajo fue reflexionar sobre la importancia y relevancia del cuidado cultural en las prácticas de Enfermería. Los textos obtenidos de los documentos analizados fueron interpretados usando la lógica de análisis de datos de la investigación cualitativa. Fueron divididos en unidades de significados similares, agrupados y resumidos. Este artículo aumentó la comprensión sobre la importancia y relevancia del cuidado cultural en los sistemas de Enfermería en Cuba, que indudablemente fortalece el papel de los enfermeros en la práctica clínica. En este sentido, los valores, las creencias espirituales y elementos culturales no pueden estar ausentes a los fenómenos de la práctica de enfermería.

La relación de la investigación con el presente estudio, resalta la importancia y relevancia del cuidado cultural que requieren los practicantes del cuidado de salud sobre la cultura e información específica acerca de esta, para así proporcionar cuidados sensitivos y competentes y se optimice el cuidado que se le brindan a los paciente de una cultura determinada ya que no se puede excluir los valores y creencias.

2.1.2. Nacionales

Sanmiguel F. y Guerra A. (27) realizaron una investigación titulada: Modelo Teórico con enfoque de Enfermería Cultural sobre Lactancia Materna en Diabéticas. El propósito de esta etnografía focalizada fue explorar las creencias y valores de mujeres diabéticas para develar los significados sobre las prácticas de la lactancia materna (LM) y a partir de estos hallazgos construir un modelo teórico de cuidado basado en el modelo Sunrise de Madeleine Leninger. El análisis etnográfico de Spradly fue utilizado para el procesamiento de la información. Se utilizó la observación participación y reflexión de Leninger y la entrevista a profundidad.

La muestra de 12 mujeres diabéticas atendidas en la Unidad de Diabetes de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” y domiciliadas en tres Municipios del Estado Carabobo. Los dominios identificados fueron seis: 1) satisfacción materna como valor es el camino para fortalecer la LM; 2) creencias erróneas sobre la diabetes es la causa del abandono de la LM; 3) darle tetero es una manera de evitar que muera de hambre; 4) una percepción positiva por parte de la familia es una condición para la práctica de una LM exitosa; 5) promoción indiscriminada de los sucedáneos de la leche materna es una de las causas para el abandono precoz de la LM; 6) escasa información y contención de la LM es una razón que desfavorece el deseo de amamantar. Se concluyó que la construcción de un modelo teórico de cuidado contribuye a incorporar en el campo asistencial herramientas que les permiten a los

profesionales de enfermería aplicar cuidados de salud culturalmente congruentes con las creencias y valores de las mujeres diabéticas(27).

La investigación realizada por Sanmiguel es un estudio etnográfico, direcciona de igual forma y sustenta las bases metodológicas en el curso y desarrollo de esta investigación, como las prácticas culturales las mujeres diabéticas abriendo el camino hacia una espítome cualitativa en la búsqueda de significados culturalmente relacionados con el objeto de investigación “el ser humano” (hombres-mujeres) con la condición de diabetes.

Por otra parte, Vargas (28), efectuó una investigación sobre “Actitudes sobre la lactancia materna en puérperas con Diabetes Mellitus”. El objetivo de esta investigación fue determinar las actitudes que tienen influencia sobre el acto de amamantar de un grupo de puérperas con diagnóstico de DM en la Unidad de Diabetes y Embarazo de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. La metodología de tipo cuantitativa de diseño correlacional, de campo donde la población y muestra estuvo constituida por 40 puérperas, que representó 100% a quienes se les aplicó un cuestionario con alternativas de respuestas tipo Likert cuya validez se realizó a través de juicio de expertos y la confiabilidad obtenida por el Alfa de Cronbach de 0.979. Resultando 52,5% al grupo de madres de 20 a 29 años, 67,5% presentaron Diabetes Gestacional, 65% de las puérperas prefirieron la lactancia materna exclusiva, mientras 35% se decidieron por la lactancia materna

mixta. No se encontró diferencias estadísticas significativas ($p < 0,005$) entre las variables. Concluimos que las actitudes y conocimiento sobre la DM y su tratamiento favorecen la lactancia materna exclusiva en púerperas.

Fonseca, Guerra y Sanmiguel (29) realizaron una investigación titulada “Aprendiendo a cuidar el cordón umbilical del recién nacido, hijo de madre diabética. Un abordaje a través de la Etno-enfermería”. El presente estudio tiene como objetivo descubrir los valores y creencias sobre el Cuidado del Cordón Umbilical en el recién nacido en un grupo de Madres Diabéticas de la Unidad de Diabetes y Embarazo (U.D.E.), de la Universidad de Carabobo, Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Valencia Estado Carabobo. Esta investigación constituye una microetnografía. Se trata de una etnografía de pequeño alcance porque focaliza un aspecto de la vida, en este estudio se refiere al cuidado del Cordón Umbilical en el recién nacido en un grupo de Madres Diabéticas. Para la recolección de los datos realice observaciones participativas y entrevistas a profundidad a un grupo de madres diabéticas que asisten a dicha unidad, utilizando a Spradley como método. Los dominios descritos fueron tres: Prácticas de cuidado en el cordón umbilical del recién nacido, La familia y los profesionales de enfermería guían la información para realizar el cuidado del cordón umbilical del recién nacido en el hogar, Temor a la diabetes por falta de conocimiento y alteración del estilo de vida. Estos dominios se utilizaron para la construcción de un tema cultural, que pueden ser ajustados o remodelados para ofrecer un cuidado

culturalmente congruente. El resultado de este estudio estimula a otros profesionales de la salud a obtener nuevos conocimientos utilizando la Teoría de Leininger.

Este estudio de gran relevancia, guarda relación con esta investigación por la ruta metodológica escogida, lo que sustento las bases para el desarrollo del presente trabajo doctoral. Evidentemente que la educación es la estrategia fundamental para mantener estilos de vida saludables que respondan a las necesidades de este grupo poblacional, la cual evidencia la necesidad de que el profesional de enfermería estudie y comprenda las creencias y costumbres de estos pacientes con esta condición, reconociendo sus prácticas de cuidado fortaleciendo las adecuadas y modificando las no adecuadas.

Otra investigación importante fue la realizada por Benavente, Guerra y Mendoza (30), titulada “Significado de la salud -enfermedad desde la perspectiva de las adolescentes diabéticas embarazadas”. El objetivo fue descubrir el significado que tiene la salud y la enfermedad para un grupo de adolescentes diabéticas embarazadas atendidas en la consulta prenatal de alto riesgo del Hospital Central “Dr. Antonio María Pineda.” y domiciliadas en tres comunidades urbano-marginales de la ciudad de Barquisimeto – estado Lara, a partir de sus creencias, valores, hábitos y patrones comportamentales. Desde el punto de vista teórico se basó en el Modelo de análisis de salud de Arthur Kleinman y la Teoría de Enfermería de Madeleine Leininger.

Se realizó un abordaje etnográfico focalizado. La teoría de Enfermería de Leininger y los métodos de investigación cualitativa (observación-participación-reflexión y la entrevista etnográfica) tanto de Leininger como de Spradley, fueron esenciales para revelar lo referente al comportamiento de las adolescentes en relación a la salud y enfermedad.

Surgieron dos temas: La salud y enfermedad desde la perspectiva de las adolescentes diabéticas embarazadas. Los dominios identificados (tener salud y estar enferma) y los temas culturales, permitieron resaltar las creencias, valores, hábitos y patrones comportamentales, de acuerdo a los tres modos de acción identificados en la Teoría de Leininger, en este sentido, las adolescentes expresaron que como personas que tienen una enfermedad crónica se puede estar con un nivel de bienestar cuando se cumplen las indicaciones como conductas saludables cotidianas; así mismo resalto entre los resultados el riesgo constante de abandonar esas prácticas por lo agotador y monótono que resulta para ellas el tratamiento. Por otra parte no perciben como grave su enfermedad hasta que presentan los síntomas o complicaciones. Estos dominios pueden ser tomados como referencia para la construcción de un programa de atención a las adolescentes en condiciones similares a las del estudio, con el propósito de ofrecer un cuidado culturalmente congruente. Los resultados de esta investigación invitan a continuar en la producción de conocimientos en el abordaje de la población adolescente utilizando la Teoría de Leininger.

De igual forma, esta investigación reunió las mismas condiciones de sustentabilidad en cuanto a la población abordada y el área temática en relación al Ser diabético bases fundamentales para el desarrollo del presente trabajo doctoral. En función de los resultados obtenidos, me permitió aumentar la exploración partiendo de las creencias y valores, desde una perspectiva cultural. Para a si brindar un nivel alto de cuidado, la enfermera debe ser consciente de las creencias y prácticas culturales que son importantes para las familias tal es el caso de los pacientes diabéticos.

Finalmente, Guerra C; et al (31), desarrollaron una investigación con el propósito de comparar la educación que poseen las diabéticas embarazadas antes y después de recibir el Programa Educativo para el Autocuidado de la Diabetes Mellitus, en sus factores: conocimientos teóricos, capacitación práctica, y actitudes frente a la Diabetes. Asimismo, determinaron la relación existente entre las variables: características clínicas, socioeconómicas, y nivel de instrucción de las embarazadas con los resultados de la medición de los conocimientos de dicho Programa. El diseño fue de tipo cuasi-experimental (con un solo grupo de pre y post test), correlacional y prospectiva. Utilizaron el análisis descriptivo y el estadístico t de student. Estudiaron a 64 pacientes en dos años, donde 46.9% tenían Diabetes Gestacional; el 61.6% pertenecían a los estratos sociales IV y V y 33.1% tenían primaria completa o secundaria incompleta. Los hallazgos señalaron la efectividad del Programa Educativo aplicado a las pacientes de la Unidad de Diabetes y Embarazo del Hospital

“Dr. Enrique Tejera” de Valencia-Venezuela.

Los resultados de la investigación antes descritos, aportan elementos relevantes sobre el significado de la vivencia de la enfermedad y la adaptabilidad, los cuales apoyan los conocimientos en relación con el cuidado de la salud.

2.2. Bases Teóricas

2.2. 1. Naturaleza del Hombre

El concepto de naturaleza humana cuenta con una larga y polémica tradición. Algunos pensadores han negado directamente que tal cosa exista. Incluso podríamos decir que esta negación ha sido la moda intelectual dominante durante una buena parte del pasado siglo.

Para entender esto tendremos que abordar ya directamente el sentido del propio concepto de naturaleza, que hasta aquí veníamos utilizando de modo un tanto ambiguo. No cabe duda de que el término cubre un ingente campo semántico. El término latino *natura* traduce el griego *physis*. Ambos aportan la idea básica de nacimiento y movimiento autónomo. Se han utilizado tanto para referirse a la esencia de algo, lo que ese algo es de por sí, desde su nacimiento, como para nombrar el conjunto de las cosas sometidas a la dinámica autónoma del nacimiento, el movimiento y la corrupción (32).

El conocimiento del ser humano, ha sido el objeto de reflexión e investigación de los grandes pensadores a lo largo de la historia. Desde la época griega hasta nuestros días, la gran pregunta que buscaban resolver es ¿qué es el ser humano? (33).

Algunos filósofos señalan que el mayor conflicto radica en su naturaleza, y esta concepción va a condicionar la interpretación de las acciones humanas.

La filosofía aristotélica ha definido siempre al ser humano como un animal racional y social (*zoonlogonpolitikon*). Es decir un animal político (34), en esta definición el término *animal* no debe ser minusvalorado, sino tomado en un sentido serio como parte de nuestra naturaleza.

“El hombre es un lobo para el hombre” (35), o “El hombre es bueno por naturaleza, pero es la sociedad la que nos corrompe” (36).

Las dos grandes preguntas que se van fraguando a lo largo de la humanidad son: ¿somos naturaleza o cultura?, es decir, ¿estamos predeterminados biológicamente a comportarnos de forma automática ante cualquier situación, o tenemos la posibilidad de elegir, según las costumbres, referentes morales, principios y valores que nos hacen seres éticos, pudiendo tomar decisiones con respecto a nuestra vida y cuerpo?

Desde el inicio de la creación, el hombre, siempre se ha planteado ¿Quién soy yo? ¿Cuál es el sentido de la existencia humana?, por lo que dichas interrogantes dominan todo el campo de la antropología filosófica y aunado con el desarrollo de las ciencias del hombre: Biología, Fisiología, Medicina, Psicología, Sociología, las cuales intentan aclarar la enorme complejidad del comportamiento humano, además de proporcionarles los instrumentos necesarios y utilizables para regular la vida del hombre dentro de su contexto (37). Por lo que la pérdida de identidad, de incertidumbre y descontento respecto a la imagen del hombre, la reflexión filosófica crítica y sistemática, sobre él y su significado se convierten cada día en una de las tareas más urgentes en nuestros tiempos. Es preciso recuperar la regular certeza del hombre, pensarla de nuevo hasta el fondo y enriquecerla con todas las nuevas interpretaciones, pero esta misma situación no puede aclararse, más que a luz del ser mismo del hombre.

De allí que no es en primer lugar el hombre el que suscita problemas, es el propio hombre el que se hace problemático debido a la vida y a la condición en que vive, por lo que la antropología filosófica no crea ni inventa los problemas del hombre, se los encuentra, los reconoce, los asume, los examina críticamente e intenta dar una respuesta que pueda iluminar la problemática concreta y existencial.

Es por lo que la antropología, abarca un amplio campo de estudio porque observa al ser humano desde dos esferas: El ser humano y el ambiente y el ser

humano en relación con su conducta individual y social (ser social y ser colectivo). De allí, que durante muchos siglos se ha caracterizado el ser del hombre con ayuda de la fórmula “Animal Rationale”: un ser viviente orgánico dotado de razón. Esta indicación no tiene nada de falsa, pero parece insuficiente, el significado que ha tomado en el racionalismo post cartesiano y ha puesto más intensamente de relieve las ambigüedades dualistas y objetivistas a que puede conducir. Heidegger por su parte ha sido crítico de esta fórmula, por el hecho de que se olvida del misterio más profundo del hombre, esto es, el de la presencia a la luz del ser (38).

De esta manera más adelante, en los años posteriores a la Primera Guerra Mundial señalan el comienzo de una profunda transformación en el pensamiento sobre el hombre, que sin embargo tomará una forma más consistente solamente después de la Segunda Guerra Mundial: la repulsa de la primacía yo- mundo material y la afirmación decidida de la primacía yo-tú en el mundo. Semejante transformación en el pensamiento sobre el hombre no está separada, como es lógico, de la experiencia histórica del hombre europeo: la reflexión sobre la gran crisis de la cultura tecnológica con sus sacudidas sociales, las guerras sin precedentes, la reducción del hombre a una sola dimensión, entre otros. Los excesos de miseria humana han puesto de relieve la unilateralidad y la deformación de la imagen del hombre que ha dominado en gran parte la cultura moderna.

En este sentido, el hombre está llamado a ser totalmente el mismo por la realización de todas las capacidades latentes en su naturaleza, nos expresa que este ser está constituido como nudo de relaciones dirigido hacia todas las direcciones, hacia el mundo, hacia el otro y hacia el absoluto. A diferencia del animal, el hombre se destaca como ser abierto a la totalidad de la realidad. Solo se realiza si se mantiene en comunión permanente con la globalidad de sus relaciones y por eso solo saliendo de sí permanece el hombre en sí mismo. Sólo dando llega a tener. Cuanto más orientado éste al infinito más poseerá la posibilidad de hominizarse, es decir, de realizar su ser humano. “El hombre perfecto”, completo, integrado, definitivo y acabado sería el que pudiese realizar todas las relaciones de las que su ser fuese capaz, y en especial aquella de no solo comunicarse con el infinito, sino de ser uno con el ¿Podrá el hombre llegar a eso? (39).

Como consecuencia de este proceso se impuso la necesidad de construir un nuevo paradigma antropológico capaz de proporcionar la universalidad necesaria para la nueva moral. Las otras culturas, de las que trata la Antropología, nos interpelan sobre nosotros mismos, al descubrirnos otros modos de hacer las cosas y de ser hombres profundamente distintos a los nuestros. Esta ciencia conlleva una plataforma que cuestiona ininterrumpidamente nuestra cultura y nuestro modo de ser. La antropología es una ciencia que, sin habérselo propuesto, por haber empezado siendo ciencia de los otros, termina hablando de nosotros mismos. Descubre además

la fragilidad de nuestros propios hábitos, convirtiéndose en un instrumento insustituible para nuestro propio conocimiento.

En este sentido, en la crítica de la razón expuesta por Kant, este plantea la antropología como un aspecto natural, es el estudio de lo que la naturaleza ha hecho de los hombres. Pero la apertura del espacio epistémico antropológico no significa quedarse solo con ese saber, una vez que las enormes diferencias que presentan los hombres en todos los aspectos culturales son motivo de gran interés después del descubrimiento de América, y si el hombre ya no puede ser comprendido desde la metafísica y tampoco solo desde la naturaleza, es necesario detenerse en el estudio de las manifestaciones concretas de los hombres. Se hace necesario el estudio de una antropología pragmática o sea del mundo humano existencialmente significativo, del mundo humano en el que el hombre vive, que el hombre conoce y que el hombre trabaja. O sea este mundo es profundamente natural, de aquel mundo mecánico de Galileo y Descartes que carecía de significados.

Así mismo, nuestro mundo, el que construimos, el que cultivamos en colectivo, en un mundo lleno de significados que no podemos deducir a priori, sino conocer en una investigación o exploración progresiva, que se aprende en la experiencia (40). La Teoría Materialista, el factor decisivo en la historia es, en fin de cuentas, la producción y la reproducción de la vida inmediata. Pero esta producción y reproducción son de dos clases. Por una parte la producción de medios de existencia,

de productos alimenticios, de ropa, de vivienda y de los instrumentos que para producir todo eso se necesitan; por otra parte, la producción del hombre mismo, la continuación de la especie.

Así tenemos que la explicación de los hechos antropológicos no se encuentra solo en el papel que cada uno de ellos desempeñe en el sistema integral de la cultura, sino también en la manera en que están relacionados los unos con los otros dentro del sistema, así como también la relación con el entorno físico. En una frase de Lovejoy citado por Clifford Geertz (41) nos dice que el marco escénico en diferentes tiempos y lugares ciertamente cambia y los actores cambian sus vestimentas y su apariencia; pero sus movimientos internos surgen de los mismos deseos y pasiones de los hombres y producen sus efectos en las vicisitudes de los reinos y los pueblos. Quiere decir, que el hombre encuentra sentido a los hechos en medio de los cuales vive por obra de esquemas culturales, de allí que la cultura es un resultado de interacciones que vivenciamos. Un ejemplo de lo expresado puede decirse cuando establecemos un dialogo con las mujeres portadoras de la condición de diabetes en su contexto familiar o en la unidad hospitalaria y surgen por así decirlo aspectos relevantes de sus vidas en cuanto al cuidado que ofrecen a sus hijos para el mantenimiento de su salud, inclusive la de ellas mismas.

En tal sentido, la idea de que los ritos, las creencias y las costumbres, por extraordinarios que puedan parecer a un observador no participante, realmente

satisfacen necesidades biológicas, psicológicas y sociales convirtiéndose en un lugar común en la enseñanza de la Antropología (21); ante esta visión se vio que era imprescindible construir una tabla de necesidades básicas que insistiera en la totalidad de las condiciones necesarias para la supervivencia de los individuos y del grupo así tenemos que son: Metabolismo, Reproducción, Cuidados Corporales, Seguridad, Movimiento, Crecimiento y la Salud (42).

Sin embargo, el hombre es considerado un primate de un tipo muy particular, y las especiales características que ha adquirido en el curso de la evolución hicieron posible el desarrollo de una forma de ajuste biológica, específicamente humana a la que denominamos cultura. Por lo que esta tiene un valor para la supervivencia biológica, su adaptabilidad se debe en parte al hecho de que, aunque las necesidades básicas que el hombre comparte con otros animales proveen el determinismo primario, las condiciones de la vida del hombre como animal social imponen un determinismo secundario. De allí pues que definió la necesidad como el sistema de condiciones que en el organismo humano, en el marco cultural y en la relación de ambos con el entorno natural son necesarios y suficientes para la supervivencia del grupo y del organismo

En este sentido, una característica esencial de la vida humana social es que gracias, a los llamados imperativos integrativos, el hábito se transforma en costumbre, los cuidados paternos en la educación deliberada de la nueva generación,

y los impulsos en valores (42). Sin embargo la transición a la existencia humana, es decir a la cultura tuvo lugar cuando el hombre <<eolítico>> reconoció por primera vez las normas de lo bueno y lo malo, en tecnología, en técnicas de caza o en relaciones interpersonales y comenzó a extenderlas a la generación más joven.

2. 2. 2. Concepciones Teóricas de Cultura

El hombre vive en varias dimensiones, se mueve en el espacio, donde el ambiente natural ejerce sobre él una influencia que nunca termina. Existe en el tiempo, lo cual lo provee de un pasado histórico y un sentido al futuro. Definiciones de cultura hay muchas y todas están acorde en reconocer que es aprendida y que permite al hombre adaptarse a su ambiente natural. La palabra cultura proviene de la palabra cultura, Latín (L), cuya última palabra trazable es colere, L. Colere tenía un amplio rango de significados: habitar, cultivar, proteger, honrar con adoración (43). La evolución del concepto de cultura, se relaciona con la conceptualización de qué es el hombre y cuál su esencia.

A objeto del desarrollo de esta investigación es clave presentar algunas consideraciones en cuanto a la definición clásica de la cultura y su evolución citado en la obra *Primitive Culture* (44), donde se definía como “un todo complejo que incluye el conocimiento, creencias, arte, moral, leyes y costumbres, así como cualquier otra habilidad o habito adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad. El autor elaboró la primera definición de cultura que guiará los estudios

antropológicos posteriores, a su vez sus estudios en el principio de que el estudio del pasado es necesario para explicar el presente y que a su vez una visión de conjunto permite explicar el desarrollo social y que enseña especie humana hay una unidad mental y psíquica.

La cultura también es considerada como la masa de bienes e instrumentos, así como las costumbres y de los hábitos corporales o mentales que funcionan directa e indirectamente para satisfacer las necesidades humanas (21). La cultura es un atributo que es aprendida y compartida, además podemos aprenderla a través de la observación, escuchando, conversando e interactuando con la gente. Las creencias culturales, los valores, las esperanzas pasan por encima de las diferencias entre las personas. Aunque la cultura cambia constantemente, ciertas creencias, fundamentales, valores y prácticas de crianzas de niños se mantienen (45). De lo dicho se comprende que los individuos van y vienen, pero la cultura persiste. Ello explica el término de persona culta en la siguiente frase: El recién nacido ya es una persona humana y social cuando nace, pero se vuelve culto al asociarse con los demás.

En relación tenemos que desde un enfoque psicológico el término Cultura corresponde a un proceso mediante el cual en un determinado grupo social, el lenguaje, las creencias, las ideas, los gustos estéticos, pasan se transmiten de una persona a otra (46). También podemos encontrar otras definiciones como la de Real

Academia Española el cual conceptualiza a la cultura como "el resultado o efecto de cultivar los conocimientos humanos y de afinarse por medio del ejercicio las facultades intelectuales del hombre". Bajo esta concepción, se ha usado el término cultura para significar desde los patrones conductuales que son comunes a un grupo de humanos, hasta los valores y creencias (47).

De esta manera en una cultura podemos estudiar grupos específicos y más aún explorar "el punto de vista del nativo", desde el punto de vista de aquellos que se están investigando; como es el caso las prácticas y cuidados de salud de los pacientes diabéticos en específico. Es así, como los miembros de una cultura comparten valores, sentimientos, comportamientos comunes que dan una fisonomía específica a determinada cultura y un sentido de pertenencia a ella. Siendo entendidos como los aspectos morales y estéticos de una determinada cultura, en tanto que los aspectos cognitivos y existenciales los ha designado con la expresión de cosmovisión (48). Como objeto principal de esta investigación es grupo de hombres y mujeres que padecen diabetes mellitus, ellos asumen su propia cultura, cuando comparten sus experiencias en la alimentación, Vestido, comportamientos etc. y la visión y percepción que ellos tienen en relación a la condición de ser diabéticos con respecto, a las consecuencias, que ello pueda derivar en la salud.

Todo comportamiento humano está revestido de una significación que va más allá de la propia persona. El estudio de la cultura proporciona las claves a los comportamientos humanos, tan diferentes y variados como culturas existentes.

Dado que, en los últimos años, varias teorías de enfermería transcultural han ido apareciendo, y todas ellas intentan adaptar el cuidado partiendo de los aspectos culturales. Entre ellas la teoría de Leininger M., definida por ella “El área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado basado en la cultura que tiene la finalidad de ayudar a las personas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte”(49) para los profesionales de la enfermería es importante adquirir conocimientos acerca de las costumbres de los distintos grupos sociales, ya que la cultura tal como la define Leininger, como "las creencias, valores y modos de vida de un grupo particular que son aprendidas y compartidas, y por lo general transmitidas de forma intergeneracional influenciando las formas de pensamiento y acción" sigue diciendo permite comprender la dimensión holística de una cultura (49).

Esto es importante ya que a cultura da forma a la manera en que la persona vive la salud y la enfermedad, este hecho nos insta a que como profesionales dispongamos no solo del conocimiento necesario acerca de otras culturas y la propia, sino también de las actitudes y habilidades culturales necesarias para llevar a cabo unos cuidados culturalmente competentes en un contexto concreto.

En esta misma línea de los cuidados transculturales contamos con aportaciones posteriores, entre las que se encuentran: El *Modelo de herencia cultural y tradiciones de salud*, quien profundiza en la dimensión hereditaria de la diversidad cultural y la influencia que ésta tiene en la organización y dispensación de cuidados(50,51). El *Modelo de competencia cultural* (52), que permite un acercamiento etnográfica favoreciendo la comprensión cultural a las situaciones de salud-enfermedad, proporcionando un formato sistemático y comprensivo para evaluar las creencias, valores y costumbres de las personas a las que atendemos.

También la competencia cultural es definida como el proceso en el cual los profesionales del cuidado de la salud continuamente se esfuerzan por conseguir la habilidad y la disponibilidad para trabajar efectivamente dentro del contexto cultural de la familia, el individuo, o la comunidad, ofrece una guía a la hora de prestar una atención eficiente y culturalmente competente en la práctica diaria (53).

Este proceso involucra la integración de conciencia cultural, conocimientos culturales, habilidades culturales, encuentros y deseos culturales". Estas tres corrientes culturales del cuidado huyen de la visión reduccionista de la persona defendiendo la importancia de atender sus necesidades desde la perspectiva de la competencia cultural, el que como profesionales trabajemos desde esta perspectiva, nos va a permitir reconocer nuestra cultura y la de las personas a las que atendemos tal es el caso de los pacientes diabéticos, esto con el fin de brindar unos cuidados

culturalmente aceptables, basados no solo en los aspectos biofisicos sino también en aspectos culturales, sociales y ambientales.

Asimismo se considera, que el cuidado culturalmente competente es complejo y por tanto no debe limitarse al conocimiento de la persona o grupo cultural al que cuidamos, sino que debe contemplar también "el contexto" (la cultura del sistema de salud y la del sistema social debido a la influencia que ejercen en los profesionales, la persona, su familia, y su comunidad), "el componente objetivo" (las características culturales y socioeconómicas de la persona y su comunidad) y "el componente subjetivo" (la enfermera debe evaluar sus valores culturales, prejuicios y formas de comunicación de cara a mejorar el cuidado) (54).

Debido a la gran diversidad cultural es menester aceptar y respetar las diferencias culturales, el ser conscientes de la importancia que la cultura tiene para cada persona y de la gran influencia que ejerce en el proceso de salud-enfermedad, ya que engloba las creencias, valores y costumbres, nos permitirá alcanzar una mayor comprensión de las respuestas humanas de cara a desarrollar unos cuidados adaptados a sus necesidades, la cultura es la teoría definitoria de la enfermedad y de los medios necesarios para combatirla

2.2.3. La Enfermedad

La enfermedad es un fenómeno universal, tanto temporal como espacial. Ella ha venido acompañando a la humanidad desde sus orígenes; su enfrentamiento hasta su prevención siempre han sido base para uno de los problemas transcendentales del hombre mantener la salud.

A lo largo de la historia del hombre, la enfermedad ha sido vista como “*un premonición del fin*” y la salud como una aproximación a la eternidad, por lo que se ha convertido en uno de los principales objetivos a alcanzar por la humanidad.

Desde la perspectiva interpretativa de la antropología contemporánea se han realizado numerosos esfuerzos en este sentido, como el desarrollado para integrar los conceptos de enfermedad (disease), padecimiento (illness) y disfunción social (sickness). En el intrincado trayecto salud-enfermedad, la mirada antropológica se ha propuesto dilucidar la discrepancia entre la enfermedad y el padecer (55, 4). Han integrado los conceptos de enfermedad (disease), haciendo referencia al modelo biológico, como la alteración o disfunción de órganos o sistemas, padecer (illness), como una categoría que incorpora la experiencia y la percepción, y malestar (sickness), como el producto de la relación de los anteriores (malestar igual a enfermedad más padecimiento), enfatizando la importancia del padecer en su connotación social y cultural. De esta manera, el padecimiento se convierte en una

experiencia con significado para cada individuo dentro de la red de significados inherente a cada cultura en particular (56).

Cabe señalar, la salud y la enfermedad tiene miramiento de construcciones sociales, en función de una colectividad determinada y de la cultura de sus miembros; existen importantes determinantes biológicos, sociales, económicos y culturales en el binomio salud-enfermedad necesarios para hacer frente a la enfermedad. Los grupos humanos responden de manera diferente a la enfermedad de acuerdo con la estructura social, el sistema de valores, las relaciones sociales, el grado de adaptación al medio, sus creencias y costumbres.

Sobre el asunto la salud de la persona representa por sí misma el producto de las interacciones del substrato biológico del organismo en su unidad con los factores socioeconómicos y ecológicos-naturales del medio; quiere decir que la salud es un reflejo de la interacción de múltiples factores que, necesariamente, deben considerarse en el proceso salud enfermedad (57).

Evidentemente la salud y la enfermedad es un proceso que está determinado por las particulares condiciones sociales, culturales e ideológicas, y que las condiciones bajo las que se produce, desarrolla y difunde la enfermedad como fenómeno colectivo están determinadas por las condiciones de vida y de trabajo (58). En este sentido se comprende la salud de los actores sociales como el resultante de los

elementos sociales que determinan la calidad de vida de las personas de una sociedad, todo ello significa que las condiciones generales de existencia determinan mayores riesgos de enfermar y morir, como se observó al analizar las condiciones de vida del grupo de hombres y mujeres con diabetes mellitus que participaron en este estudio.

De allí pues que, el hombre en su imaginario colectivo ubica la enfermedad como propio de su ser y está en su realidad, por lo cual se encuentra atado a este pensamiento. La enfermedad humana es un modo aflictivo y anómalo de vivir personal, relativo a una alteración del cuerpo psico-orgánicamente determinada alteración por obra de la cual padecen las funciones y acciones vitales del individuo afecto y reacción en cuya vida el enfermo vuelve al estado de salud (enfermedad curable), muere (enfermedad mortal) o queda en deficiencia vital permanente (enfermedad cicatrizal) (59).

Para entender este proceso de enfermar, se describió un conjunto de situaciones a nivel del aérea personal, familiar y social que se presentan de forma habitual cuando aparece un proceso crónico y a los que relaciona con un sentimiento de pérdida, este proceso se dividió en momentos:

1. *Momento Psico-orgánico*, el cual incluye un conjunto de alteraciones del organismo y de la psique del enfermo que integra la causa inmediata de la enfermedad y la reacción a ella, tan pronto se establezcan las lesiones bioquímicas, celulares, desordenes funcionales, entre otros.

2. *Momento Social*, implica la investigación sociológica del rol enfermo en el seno del grupo humano al que pertenece. Por tanto el enfermo queda libre de las obligaciones sociales inherentes a su actividad propia; el enfermo no puede por mucho que se esfuerce, quedar por sí mismo libre de la enfermedad; está obligado a querer curarse, obligado a pedir ayuda médica y a cooperar al servicio de su salud.
3. *Momento Histórico*, donde la situación histórica y sociocultural ejerce su influencia sobre la génesis y la configuración del cuadro morbos, cualquiera que sea la entidad clínica a que este pertenezca.
4. Finalmente, el *Momento Personal*, que define la capacidad del hombre para considerarse persona. Este momento establece lo propio y lo ajeno. Lo propio incluye lo mío (lo que define la propia estructura del yo), y lo en mi (que posteriormente al estudiar la patología tendría importancia debido a que las enfermedades agudas las circunscribe a esta esfera). Como persona se es capaz de relacionarse con los demás, de considerar al otro como otro yo (cabe otro tipo de relaciones), de analizar el encuentro, de establecer relaciones de amistad, o de relacionarse entre el enfermo y el médico (especial forma de encuentro basada en la *philia*) (59).

En este mismo orden de ideas, en el texto *Antropología de la Enfermedad*, se postularon formas elementales de la enfermedad y de su curación (60). A la primera

la denominó “modelos etiológicos”, a la segunda, “modelos terapéuticos”. Igualmente se distinguieron diferentes *representaciones* de la enfermedad que se enfrentan conceptualmente. A continuación expongo cada una de ellas:

- a) La enfermedad y su naturaleza física como centro de la medicina (modelo ontológico), en contraposición a la medicina enfocada en la persona enferma (modelo relacional o funcional);
- b) La enfermedad como *intervención exterior* o extrañeza del sujeto (modelo exógeno), en oposición a la concepción de la enfermedad con origen en la propia persona (modelo endógeno);
- c) La enfermedad como *enemigo positivo* (modelo aditivo) o la enfermedad como carencia (modelo sustractivo); y
- d) La enfermedad percibida en su sentido negativo (modelo maléfico), frente a la experiencia mórbida como valor positivo (modelo benéfico).

Sin embargo, otros autores (61), destacaron que es un hecho claro que el surgimiento de la enfermedad en la vida de una persona supone una situación de crisis, un acontecimiento estresante que en mayor o menor medida genera un impacto importante en la vida de la persona y una ruptura en su comportamiento y estilo de vida. El descubrimiento de la Diabetes conlleva a carga emocional de una enfermedad

que no se cura; que precisa tratamiento para siempre; que exige medidas terapéuticas basadas en cambios en las prácticas de los estilos de vida, tanto en el sentido dietético como en el del ejercicio físico, manteniendo los niveles de glucosa en la sangre lo más cercanos posibles a los normales, con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto del grupo familiar; con las complicaciones físicas que pueden ir surgiendo, originando una incapacidad.

2.2.3.1 La Enfermedad y el Grupo Familiar

La familia es una entidad de la estructura social determinada por leyes económicas, sociales, biológicas y psicológicas. El grupo familiar interviene en la formación de motivos y comportamientos implicados en la salud, en el comienzo y recuperación de la enfermedad. Cabe señalar que dinámica familiar es un conjunto de fuerzas positivas o negativas que influye en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal como unidad (62). De allí pues que la familia es mediadora en la salud y la enfermedad, y constituye la red de apoyo más potente y eficaz en el ajuste a la vida social.

Evidentemente la familia ha ido ocupando un lugar importante en el interés investigativo del equipo de salud y más en particular el vínculo que se establece entre la Salud Familiar y el proceso Salud-Enfermedad. La Salud Familiar puede considerarse como la salud del conjunto de los miembros de la familia, en término de su funcionamiento efectivo, en la dinámica interaccional, en la capacidad de enfrentar

los cambios del medio social y del propio grupo, en el cumplimiento de las funciones para el desarrollo de sus integrantes propiciando el crecimiento y desarrollo individual, según las exigencias de cada etapa de la vida (63).

Vale la pena resaltar que en las enfermedades crónicas, el proceso de adaptación va a tener una serie de implicaciones tales como: el tipo de enfermedad, la estructura y dinámica familiar, factores de tensión existentes en la vida familiar, capacidad de la familia para hacer frente a la situación, las redes sociales (49). Es por eso que el diagnóstico de enfermedad crónica, caso particular la Diabetes, produce una grave distorsión en la vida de la persona, sobre el área personal, familiar y social del individuo. Por tanto, “la enfermedad de un miembro de la familia supone una modificación y posterior readaptación del sistema familiar, más o menos profundo, en función del tipo de enfermedad que padece” (64).

El diagnóstico de la Diabetes ubica al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada. Conlleva la carga emocional de una enfermedad que no se cura; que precisa tratamiento para siempre; que exige medidas terapéuticas basadas en cambios en los hábitos de vida, tanto en el sentido dietético como en el del ejercicio físico con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia; con las complicaciones físicas que pueden ir surgiendo, originando una incapacidad que sobrecarga aún más el sistema familiar.

En lo que refiere, la familia procesará todo esto según su propio conjunto de creencias acerca de la enfermedad y las experiencias previas que posea en el cuidado de personas diabéticas, sobre todo en relación con acontecimientos dramáticos e impactantes. Posteriormente, pondrá en marcha los recursos con los que cuente, su cohesión, su capacidad de adaptación y de apoyo y su capacidad organizativa, buscando en caso de ser necesario apoyos extra familiares para conseguir una correcta homeostasis que asegure un normal funcionamiento del sistema familiar(65).

Por lo tanto se hace imperioso que los proveedores de cuidado, conjuntamente con el equipo de salud a cargo del cuidado del paciente con diabetes tenga conocimientos sobre la estructura de la familia, de su dinámica y funcionamiento; de la etapa del ciclo vital en que se encuentran y de los recursos que movilizan para enfrentarse a las situaciones estresantes. Para lo cual, la enfermera debe estimular en el enfermo crónico su sentimiento de autoestima, infundiéndole seguridad en sí mismo y ayudándole a realizar las modificaciones necesarias en su estilo de vida, al proporcionar la información necesaria para tal fin. Todos estos elementos posibilitaran el convertir a la familia en una auténtica unidad de cuidados que facilitara el control integral y no solo metabólico de la persona diabética (66).

2.2.3.2. Modelo explicativo de la enfermedad de Arthur Kleinman

La construcción social de la experiencia subjetiva de la salud y de la enfermedad es un tema muy complejo alrededor del cual se han generado reflexiones,

teorías y debates muy variados. Justamente, desde las propuestas interpretativas para comprender las percepciones y actitudes hacia la enfermedad se propone el marco del Modelo Explicativo de la Enfermedad (67); el cual tiene como propósito describir las percepciones que los diferentes actores del proceso salud-enfermedad (pacientes, las familias y prestadores de salud) generan sobre un proceso específico de enfermedad. Y que se forma a partir de la respuesta a preguntas como: ¿cuál es la naturaleza de esta enfermedad?; ¿por qué me afectó a mí?; ¿por qué apareció ahora?; ¿cuál será su curso?; ¿cómo afecta mi cuerpo?; ¿qué tratamiento deseo?; ¿qué es lo que más temo en torno a esta enfermedad y a su tratamiento?.

Este modelo explicativo ha de ser entendido en su contexto es decir, para un individuo concreto, una dolencia concreta y un tiempo concreto y que además, a menudo cambian y son influidos por experiencias individuales importantes a la hora de tomar decisiones, pero que no determinan mecánicamente el comportamiento (4, 67,10).

Por lo tanto, el proceso de percepción de la enfermedad en el paciente no es un proceso pasivo y estático, sino que constantemente se construye y se reconstruye en función de las experiencias que se van adquiriendo frente a esa enfermedad, de los conocimientos nuevos, de las expectativas que cambian, o de cualquier otro factor que influya en la manera en que va percibiendo la patología que les afecta en un momento dado. El paciente percibe la naturaleza y su enfermedad

dentro de un contexto personal y familiar, esto lo lleva a buscar o no buscar atención, sobre su padecimiento y a comprender desde su propio entorno el molestia de salud que enfrenta.

El análisis de las percepciones, a partir del abordaje socio-antropológico de los modelos explicativos de la enfermedad, puede acercarnos a la explicación de cómo conceptualizan, viven y perciben la enfermedad los actores del proceso salud - enfermedad; que para esta investigación en particular, estuvieron representados por los pacientes diabéticos. El Modelo Explicativo de Kleinman, constituye un aporte para la medicina en un intento por difundir su práctica, a partir de un modelo netamente biologicista, reduccionista a un modelo explicativo por esencia de la enfermedad, tomando en cuenta en todo momento el mundo de las personas con sus propias experiencias. Este modelo le da especial importancia a lo psicosocial, así como también a la dimensión biológica de la enfermedad.

Este modelo explicativo está basado, en la división del sistema de cuidados de salud en sectores, en el que cada sector, tanto profesional como el paciente y su familia, pueden tener modelos explicativos sobre una determinada enfermedad, que engloba las causas, los tratamientos, evolución, el pronóstico, entre otras. La enfermedad se refiere a la experiencia y el significado psicosocial de la aflicción corporal experimentada. Particularmente, es la manera como ella o el interpretan el origen e importancia del evento, el efecto de este sobre su comportamiento y

relacionado con otras personas. La enfermedad (illnes) bajo esta visión es concebida como una experiencia construida socioculturalmente como un conjunto de experiencias asociadas a una red de significados de la interacción social, asumiendo un carácter local y no universal en la concepción biomédica del daño (68).

2.2.3.3 Diabetes Mellitus: una visión del problema

Resulta claro que el diagnóstico de enfermedad crónica, caso particular la Diabetes, produce una grave distorsión en la vida de la persona, teniendo repercusión como lo mencione anteriormente, sobre el área personal, familiar y social del individuo. Tomando en cuenta que los informantes claves son hombres y mujeres con la condición de diabetes mellitus, la misma es considerada una enfermedad multisistémica crónica asociada a una alteración del metabolismo de la glucosa, en que la secreción de insulina su efectividad biológica, o ambas se encuentran disminuidas, la distribución es universal pero la prevalencia es variable.

Debe señalarse que bajo la denominación DM se agrupan un conjunto de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia, cuyo origen puede ser un déficit absoluto de insulina o bien, la resistencia insulínica asociada con un déficit relativo de la misma. Cuando los valores de hiperglicemia son muy importantes conducen a la aparición del síndrome hiperglucémico que se acompaña de poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso (69).

Posteriormente, como consecuencia de la hiperglucemia crónica, se producirá disfunción y lesión en diversos órganos, especialmente ojos, riñón, nervios, corazón y vasos; complicaciones que originan un dramático deterioro de la calidad de vida del enfermo junto con la disminución de la esperanza de vida (10).

La Diabetes mellitus es un proceso crónico compuesto por un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por la hiperglucemia resultante de defectos en la secreción y/o acción de insulina que segregan las células beta de los Islotes de Langerhans del páncreas (69).

Considerando que la diabetes está experimentando un rápido y progresivo crecimiento a nivel mundial, se estima que en el mundo hay más de 300 millones de personas con diabetes, lo que supone un 6% de la población adulta, además se prevé que estas cifras aumentara drásticamente en los últimos años pasando de 366 millones de personas en el 2011 a 552 millones en el 2030 y se calcula que en 2004 fallecieron 3,4 millones, como consecuencias del exceso de azúcar en la sangre. La OMS prevé que las muertes por diabetes se multipliquen por dos entre 2005 y 2030 (70). Las cifras reportadas, debe hacernos reflexionar y mirar nuestra posición como profesionales en el sistema de cuidado de la salud de esta población. Haciendo un puente simbólico, que conecte al paciente con la base cultural que mejore las respuestas a la enfermedad y minimice la dura experiencia que vive en su cotidianidad.

En lo que respecta a esta condición de salud, se calcula que en las Américas existe hoy en día alrededor de 30 millones de personas que padecen la enfermedad, de las cuales 45 % o 13 millones son habitantes de América Latina y el Caribe se prevé que el número de casos en estas subregiones supere al de los Estados Unidos y Canadá en el año 2000, y que alcance 20 millones en el año 2010 de acuerdo a lo reportado por el Programa de Control de Diabetes Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, (CDC) (71).

En las Américas, la diabetes es considerada un problema de salud pública grave y de alto costo que aqueja a todos, sin distinguir edades o nivel socioeconómico, existen un número considerable de personas que no saben que tienen la enfermedad y otras tantas que a pesar de que se les ha diagnosticado, reciben de forma irregular el tratamiento apropiado. Por lo que estos grupos no tratados o en algunos casos de forma inapropiada tienen un riesgo mayor y una incidencia elevada de ataques cardiacos, accidentes cerebros vasculares, ceguera, insuficiencia renal, entre otras consecuencias.

Actualmente se han producido nuevos conocimientos donde se han identificado defectos a nivel de células, tejidos o funciones que están relacionados con la expresión de la enfermedad. Esto ha dado lugar a la aparición de nuevas propuestas para clasificar la Diabetes Mellitus, en las siguientes subclases:

Asociación Americana de Diabetes (ADA) y OMS. Recientemente, han propuesto una nueva clasificación que contempla 4 grupos:

Diabetes Mellitus Tipo 1: Diabetes mediada o asociada a procesos autoinmunes: Representa la mayoría de los casos de la diabetes tipo 1 y es debida a una destrucción autoinmune la célula beta pancreática. Diabetes Idiopática: Es de etiología desconocida y tiene un fuerte factor hereditario. Usualmente cursa con deficiencia absoluta de insulina. Aumenta el glucagon plasmático y las células pancreáticas fallan en respuesta a todos los estímulos insulinógenos, por lo que se requiere insulina exógena para revertir el estado catabólico, evitar la cetosis, disminuir la hiperglucemia y reducir la glucosa sanguínea del paciente (72).

El inicio de la sintomatología presenta variaciones importantes entre individuos; algunos pacientes, particularmente niños y adolescentes pueden presentar cetoacidosis como primera manifestación de la enfermedad. Otros tienen hiperglucemia moderada en ayunas que puede rápidamente evolucionar a hiperglucemia severa y/o cetoacidosis en presencia de infecciones intercurrentes o estrés. En los pacientes jóvenes, ocurre un inicio abrupto de los síntomas: poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso y finalmente estupor y coma, y dependencia de las inyecciones de insulina para mantener la vida y/o evitar la cetosis

Diabetes Mellitus Tipo 2: La resistencia a la insulina es la anomalía que se identifica más temprano al inicio en la evolución de la diabetes tipo 2., factores adquiridos contribuyen a la resistencia a la insulina. Además, de los factores de riesgo ya señalados, cada vez es más evidente que la hiperglucemia misma produzca resistencia a la insulina, fenómeno conocido como glucotoxicidad. Presentan grados variables de déficit de secreción de insulina (pacientes delgados) y resistencia periférica a la acción de la insulina (obesos). La mayoría de los pacientes que la padecen no requieren de insulina exógena para controlar sus niveles de glucemia o evitar la cetosis, aunque pueden necesitarla para la corrección de la hiperglucemia persistente o sintomática en ayunas, o acompañada del empleo de hipoglucemiantes orales.

Esta forma de diabetes es diagnosticada de forma tardía, cursando de manera asintomática por muchos años, dado que los valores de hiperglucemia no son suficientemente elevados como para causar los síntomas clínicos típicos. Esto predispone a padecer las complicaciones crónicas, nefropatías y neuropatías, siendo los motivos de consulta, a los cuales se suman el dolor o ardor en los pies (neuropatía periférica), impotencia en el hombre (neuropatía autonómica), infecciones por hongos y bacterias (alteración del sistema inmunológico) o problemas cardiovasculares.

Otros tipos específicos de Diabetes Mellitus: En esta categoría se incluyen casos específicos de diabetes causada por otras etiologías identificables, entre las que

se incluyen: Diabetes Mellitus secundaria a otras patologías: Enfermedades del páncreas exocrino, Endocrinopatías o Enfermedades Infecciosas, Diabetes Mellitus causada por Defectos genéticos en la función de la célula beta, como: Síndrome de Down, Síndrome de Klinefelter, entre otros. Diabetes Mellitus inducida por fármacos y drogas: Diuréticos, Tiazidicos, Glucocorticoides, Antidepresivos Tricíclicos y otros.

Alteración del metabolismo de la glucosa: Con esta denominación se designan aquellos casos aun no considerados como diabetes, pero con cifras de glicemia que, tampoco pueden considerarse, dentro de la normalidad. Se incluyen dos categorías que se consideran factores de riesgo para futura diabetes y enfermedad cardiovascular: Glucemia basal alterada, nueva categoría incluida en la clasificación de la diabetes. Cuando la glucemia basal es \geq a 110 mg/dl y $<$ de 126 mg/dl. Intolerancia a la glucosa, para incluir a una persona, es preciso, que tras someterse a una sobrecarga de 75 grs. de glucosa, presente cifras de glicemia superiores a las normales e inferiores a las establecidas como criterio para diagnosticar la diabetes.

Diabetes Mellitus Gestacional: Ocurre en el 2-5% de todos los embarazos. Comienza o se diagnostica por primera vez en el embarazo. Estas mujeres tienen a corto, medio o largo plazo, mayor riesgo de desarrollar DM2. La diabetes es la condición patológica que con mayor frecuencia complica el embarazo, con influencia en el futuro de la mujer y su hijo/a. El 0,3% de las mujeres en edad fértil son diabéticas. En el 0,2 - 0,3% de todos los embarazos se conoce que la mujer ha tenido

diabetes previa a la gestación, y la diabetes gestacional complica el 1-14% de los embarazos. La mayor parte de estas complicaciones pueden ser reducidas al nivel de la población general mediante una atención médica adecuada (72).

Sin embargo, la diabetes Tipo II crece a un ritmo acelerado mayor que en el Tipo I, 155 millones de niños con niveles de sobrepeso u obesidad, cada uno de ellos es propenso a sufrir de diabetes. Alrededor del 80% de los casos de diabetes tipo 2 se puede prevenir si se mejora el entorno vital. Esto incluye un cambio de dieta y un aumento de la actividad física. La diabetes tipo 1 está aumentando en todo el mundo a un alarmante ritmo del 3% anual (73). Por eso es llamado a participar de forma colectiva y de forma permanente para continuar con el proceso de educación continua que no es solo un elemento del tratamiento sino el propio medio para concientizar a nuestras comunidades y a la sociedad en general. Esto podría lograrse mediante la atención multidisciplinaria porque la multidisciplinaria implica la integración de conocimientos y técnicas de diferentes disciplinas, ofreciendo mayor probabilidad de éxito en el control de esta enfermedad, es decir, la posibilidad de control probablemente se incrementaría si el tratamiento médico considerara como referencia la cultura del diabético.

2.2.3.4. Favoreciendo el Cuidado de la Salud

Desde el inicio de la civilización el cuidado ha hecho parte del ser humano, quien siempre ha procurado por el bienestar suyo y de sus semejantes, con prácticas

de cuidados relacionados con la satisfacción de las necesidades básicas como el alimento, la vivienda y el vestido.

Pues que, se estima que en el mundo hay más de 300 millones de personas con diabetes, lo que supone un 6% de la población adulta, además se prevé que estas cifras aumentara drásticamente en los últimos años pasando de 366 millones de personas en el 2011 a 552 millones en el 2030 y se calcula que en 2004 fallecieron 3,4 millones, como consecuencias del exceso de azúcar en la sangre. Se prevé que las muertes por diabetes se multipliquen por dos entre 2005 y 2030 (70).

Estas cifras reportadas, debe hacernos reflexionar como gestores del cuidado en el sistema de la salud de la población; haciendo un puente simbólico, que conecte al paciente con la base cultural que mejore las respuestas a la enfermedad y minimice la dura experiencia que vive en su cotidianidad.

En este sentido es pertinente resaltar que: *“La salud se produce cuando se devuelve a la gente el poder para efectuar las transformaciones necesarias que aseguren un buen vivir y se reduzcan las causas que atentan contra la salud y el bienestar”* (74). De allí, se hace necesaria la planificación e implementación de programas educativos en busca de transformar las conductas a los pacientes y participen en su propio cuidado, el mismo es considerado una habilidad para vivir. El autocuidado tiene que ver con aquellos cuidados que se proporciona la persona para

tener una mejor calidad de vida, autocuidado individual, o los que son brindados en grupo, familia, o comunidad, autocuidado colectivo (74,75).

Cabe destacar que cuidar es un acto individual que se da así mismo, cuando adquiere autonomía, “cuidar es ante todo un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que esta continúe y se reproduzca (17).

Para cuidar la vida y la salud se requiere del desarrollo de habilidades personales, para optar por decisiones saludables, lo cual constituye uno de los cinco componentes de la promoción de la salud, establecidos en la Primera Conferencia Internacional sobre, en Ottawa Canadá, donde se dijo que: “la promoción favorece el desarrollo personal y social en la medida que aporte información sobre el cuidado, educación sanitaria para tomar decisiones informadas y se perfeccionen las aptitudes indispensables para la vida; de esta manera se aumentan las opciones disponibles para que la gente pueda ejercer un mayor control sobre su salud y el medio social y natural y así opte por todo aquello que propicie la salud” (74). Las estrategias y mecanismos para desarrollar dichas habilidades se relacionan con la autogestión, la educación e información y el autocuidado, mediados por la comunicación.

Es así como, la educación del paciente diabético constituye un aspecto terapéutico fundamental, ya que motivándolo a ser protagonista de su propio

tratamiento se consigue modificar, en gran medida, su futura evolución clínica a través de un mejor control metabólico, reducir los factores de riesgos y su costo social, Se hace necesario tener en cuenta e informar a los pacientes diabéticos que el autocuidado para ser implementado, está precedido de algunos principios para su promoción: El autocuidado es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones. Por lo tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma.

El autocuidado implica una responsabilidad individual y una filosofía de vida ligada a las experiencias en la vida cotidiana. El autocuidado tiene un carácter social, puesto que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber y da lugar a interrelaciones; para que haya autocuidado se requiere cierto grado de desarrollo personal, mediado por un permanente fortalecimiento del autoconcepto, el autocontrol, la autoestima, la autoaceptación, y la resiliencia (76).

Al realizar las prácticas de autocuidado, ya sea con fines protectores o preventivos, las personas siempre las desarrollan con la certeza de que mejorarán su nivel de salud por ende en su calidad de vida.

Por lo que el equipo de salud, es el responsable del fomento del autocuidado en las personas, tanto con su testimonio de vida sana como con la educación, como

herramienta, para que las personas puedan optar a través de sus propias decisiones, lo que es más oportuno, beneficio y conveniente para favorecer las prácticas de salud.

En cuanto al compromiso de los organismos internacionales, los mismos promueven la educación diabetológica, la cual es un proceso dirigido a la adquisición de conocimientos, técnicas y habilidades, para mejorar la calidad de vida de las personas. De esta manera, la Federación Argentina de Diabetes propone cinco pilares Fundamentales que sostienen esta educación para la persona diabética: Autocontrol, Medicación, Plan alimentario, Actividad Física y el Apoyo Emocional (75). También es bien sabido que la OMS nos da información sobre las actividades para prevenir y controlar la diabetes consistiendo su objetivo en estimular y apoyar la adopción de medidas eficaces de vigilancia, prevención y control de la diabetes y sus complicaciones, especialmente en países de ingresos bajos y medios.

Esta labor se complementa con la Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, cuyo centro de atención son las medidas poblacionales para fomentar la dieta saludable y la actividad física regular, reduciendo así el creciente problema del sobrepeso y la obesidad a escala mundial.

2.2.4. La Teoría de Madeleine Leninger

La cultura y el cuidado y sus complejas dimensiones han sido abordadas por diversos estudiosos entre los que Leininger ha marcado la pauta en la indagación y

comprensión de estas cuestiones, mediante el desarrollo de la enfermería transcultural y el constructo cuidado cultural, desarrollo su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales, basada en su convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan de los demás. La cultura determina los patrones y estilos de vida que tiene influencia en las decisiones de las personas, esta teoría ayuda a la enfermera a conocer y documentar el mundo del paciente y utiliza sus puntos de vista émicos, sus conocimientos y sus prácticas en conjunción con una ética apropiada (conocimiento profesional) como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales.

Uno de los objetivos importantes de esta teoría es ser capaz de documentar, conocer, predecir y explicar de forma sistemática, a partir de los datos de campo, qué es lo diverso y qué lo universal a cerca de la asistencia genérica y profesional de las culturas en estudio, dentro del marco formado por los componentes del llamado Modelo Sol Naciente, su finalidad consiste en descubrir los puntos de vistas émicos, personales o culturales, relativos a los cuidados, tal como se entienden y se aplican, y emplear estos conocimientos como base de las prácticas asistenciales.

Puesto que se hace necesario preparar a las enfermeras para que sean conocedoras, sensibles, competentes y particularmente seguras en el cuidado que les brindan a las personas con estilos de vida, valores, creencias similares o diferentes, de

manera significativa y beneficiosa. Leininger sostiene que los elementos que distinguen de forma genuina a la enfermería de las contribuciones de otras disciplinas, es un conocimiento y una práctica asistencial basada en la cultura.

La razón principal del estudio de la teoría de los cuidados es que ante todo, la idea de la asistencia parece un factor crítico para el crecimiento, el desarrollo y la supervivencia de los seres humanos.

La segunda razón, es el propósito de explicar y comprender plenamente el conocimiento cultural y los roles que asumen las personas que prestan y reciben cuidados en las diferentes culturas, para suministrar una asistencia coherente con cada entorno cultural

Tercero el conocimiento adquirido sobre los elementos asistenciales sirve como base para promover la curación y el bienestar de los pacientes y para afrontar la muerte o la supervivencia de las culturas humanas a lo largo del tiempo.

Cuarto, la profesión de enfermería ha de estudiar la asistencia sistemática desde una perspectiva cultural amplia y holística, para descubrir las expresiones y los significados de los cuidados, la salud, la enfermedad y el bienestar, como parte del conocimiento de la enfermería.

Cultura consiste en un conjunto de valores, creencias, normas y estilos de vida característicos de un grupo humano, que han sido aprendidos, compartidos y transmitidos y que guían el pensamiento, decisiones y acciones de patrones de comunicación (77). Esta enfermera y antropóloga en un intento de unir los dos mundos donde ella trabajaba: la enfermería y la antropología desarrollo la Teoría de la Diversidad y la Universalidad Cultural del Cuidado que tiene sus raíces en la teoría funcionalista y en la antropología cultural (78).

De este modo, Leininger propone una teoría diferente de las teorías tradicionales de la enfermería, definidas éstas generalmente como “un conjunto de conceptos, hipótesis o proposiciones interrelacionadas de forma lógica, que puede ser comprobada para explicar o predecir hechos, fenómenos o situaciones”. En lugar de ello, esta autora define la teoría, como un modo sistemático y creativo de descubrir conocimientos sobre algo, o de estudiar fenómenos que se entienden sólo de forma limitada, considera que las teorías de enfermería deben tomar en cuenta el descubrimiento creativo de las conductas asistenciales, valores y creencias de los individuos, familias, y grupos basados en sus formas culturales de vida, para poder proporcionar los cuidados de enfermería eficaces, satisfactorios y culturalmente congruentes.

Para el desarrollo de la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales, la autora basa su teoría en la enfermería transcultural una rama de aprendizaje de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y el análisis de la cultura cuando se aplican a la enfermería y las prácticas, creencias y valores de la salud-enfermedad (78). El desarrollo de su teoría parte de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales basándose en las creencias de que las personas de diferentes culturas podían informar y determinar mejor el tipo de cuidados que desean o necesitan recibir de sus cuidadores profesionales. Los aspectos fundamentales de la teoría son: cultura, cuidados, cuidados culturales, valores culturales, visión del mundo, sistema de salud o bienestar tradicional.

Se presupone a la profesión de Enfermería como un fenómeno transcultural cuya meta es acompañar a las personas de diferentes orientaciones culturales y estilos de vida específicos, con el fin de ofrecer un cuidado culturalmente congruente. Es decir una teoría que predice acciones de cuidado de Enfermería culturalmente específicas, que son benéficas y congruentes con las expectativas y creencias del o (la) paciente (79). Por tanto, este concepto se refiere a la utilización sensible, creativa y significativa de prácticas de cuidado que encajen con los valores generales, creencias y visiones del mundo de los pacientes para un cuidado de salud beneficioso o satisfactorio que les ayude con las dificultades de la vida, las discapacidades o en la muerte: así proporcionar al paciente servicios de enfermería culturalmente adecuados,

la enfermería necesita datos relativos al punto de vista personal y cultural del paciente, en relación con la salud y la enfermedad. Al brindar cuidados, las enfermeras han de tener en cuenta el mundo y las experiencias cotidianas del paciente. Para poder hacer valoraciones válidas, las enfermeras deben intervenir, ver y oír el mundo con el mismo prisma de su paciente. Las necesidades y comportamientos de éste se entienden mejor cuando se identifican determinadas normas de salud, pero las enfermeras deben ser cautas y no crear estereotipos con los pacientes basándose en normas culturales. Todo ello permite una atención individualizada.

Las creencias y prácticas culturales relativas a salud y enfermedad de los muy diversos grupos culturales constituyen consideraciones importantes para las enfermeras a la hora de planificar sus cuidados. Leininger también describió la enfermería transcultural como el estudio de distintas culturas y subculturas en relación con la enfermería y con las prácticas, creencias y valores asistenciales relacionados con la salud y enfermedad. La meta de la enfermería transcultural es proporcionar cuidados que sean congruentes con los valores, las creencias y las prácticas culturales. Las culturas muestran tanto diversidad “perciben, conocen y practican los cuidados de formas diferentes”, como universalidad “características comunes de los cuidados” (80).

Nos plantea además, que para proporcionar cuidado de enfermería es necesario un conocimiento sistemático de la subcultura, entendida esta como pequeños grupos de una cultura que tiene su propia identidad pero que están relacionados con la cultura total en determinados aspectos en lo referido a sus valores, creencias y prácticas con los procesos de salud, bienestar y enfermedad.

Los seres humanos de diferentes culturas del mundo han cuidado y siguen cuidando la mayor parte del tiempo la vida desde que éste nace. Este hecho es el verdadero origen de cuidar, ya que cuidar es tan viejo como el mundo y tan cultural como la diversidad que caracteriza a la humanidad. Cuidar empieza con uno mismo y está íntimamente relacionado con las propias y previas experiencias con los cuidados y con la cultura en la que se nace y en la que se vive. Cuidar se experimenta desde pequeño con el contacto de la madre que cuida. Se crece en un medio donde se cuida de una cierta manera y también se estudia o se trabaja en un ambiente en el que se pone esmero y se desarrolla el cuidado. A ese respecto, la experiencia previa de cuidar influye sobre la capacidad misma de hacerlo.

Para esto es importante, reconocer la dimensión cultural. En esta dimensión existen oportunidades y amenazas, las primeras pueden ser preservadas y las últimas negociadas o reestructuradas. Esta interiorización, sin duda, se facilitará en la medida en que enfermeras (os), tengan un conocimiento profundo de cada subcultura y puedan así mismo compararlas encontrando elementos comunes y diversos que

propicien un cuidado humano y universal, respetando las diferencias y especificidades derivadas de la heterogeneidad étnica, socioeconómica, etérea, entre otras.

Fundamentarse en la Teoría de Leininger, brinda la oportunidad de un cambio de postura por parte del Profesional de Enfermería, llevándole a reflexionar sobre la imposición del cuidado profesional. Esta teoría, conjuntamente con el dominio del referencial biológico y técnico que el profesional de enfermería tiene, puede facilitar la comunicación con los pacientes diabéticos, permitiendo dar el cuidado en pro de su salud de manera comprensible y aceptable para ellos.

La teoría mencionada identifica tres modos de actuaciones y decisiones enfermeras:

1. Preservación de los cuidados culturales: Acciones y decisiones que ayudan a la persona en su cultura específica a mantener, preservar su salud, recuperarse o enfrentarse a la muerte.
2. Negociación de los cuidados culturales: Acciones y decisiones que ayudan a la persona de una determinada cultura a adaptarse o negociar hacia un estado de salud beneficioso o enfrentarse a la muerte.

3. La Reestructuración de los cuidados culturales: Acciones y decisiones que ayudan al paciente en una determinada cultura a reestructurar o cambiar sus estilos de vida por patrones nuevos saludables que son culturalmente significativos, satisfactorios o el soporte de una vida saludable (81).

Desde luego que estos modos de actuación pueden ser considerados en la relación de los profesionales de enfermería hacia los pacientes diabéticos y por ende alcanzar a su grupo familiar de convivencia con el fin de que se pueda implementar un cuidado culturalmente conveniente.

2.2.4.1. Conceptualización teórica del Modelo del Sol Naciente de Madeleine Leninger

Para conceptualizar la Teoría Leninger, desarrollo el Modelo del Sol Naciente como un mapa cognitivo, visual, orientativo y sensible a los factores que influyen las respuestas en el cuidado cultural. El modelo ilustra los factores potenciales no las causas, que podrían explicar los fenómenos del cuidado relacionados con las circunstancias históricas, culturales, socio estructurales, medio ambientales y la forma de ver la vida. Debe señalarse la utilización del modelo, puede descubrirse como una fotografía real, holística y comprensiva que refleja la totalidad del conocimiento de las personas en su cultura o su forma de ver el mundo.

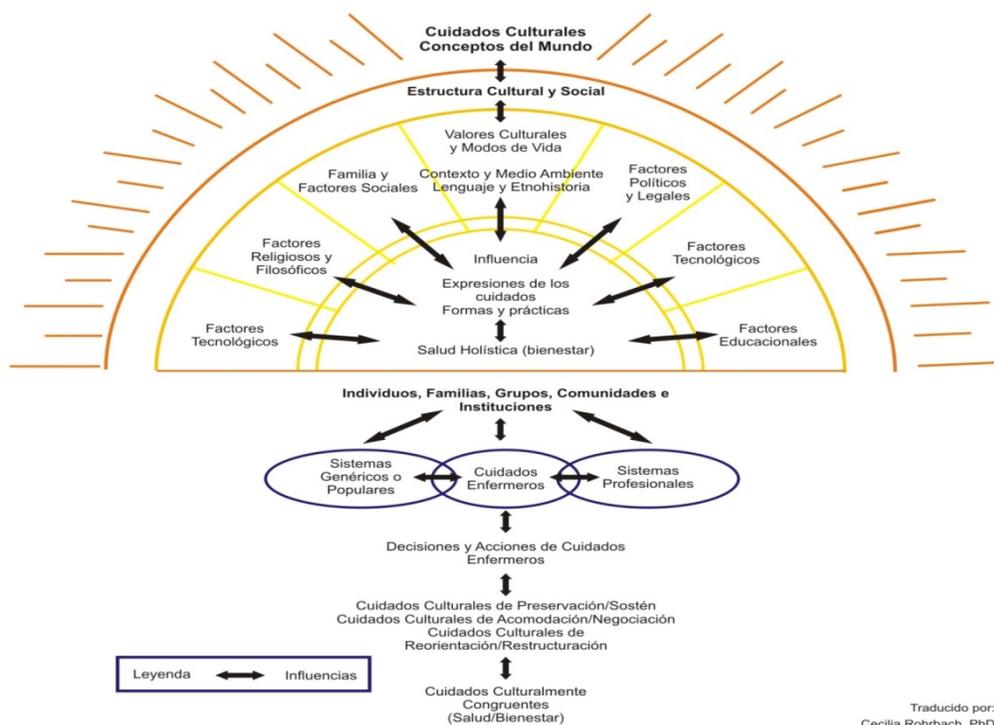
De acuerdo a los planteamientos, el Modelo puede ser utilizado para establecer las relaciones existentes entre todos los factores que envuelven a los pacientes con Diabetes Mellitus en sus acciones de cuidado (control de su enfermedad). Con la visión del emic de los pacientes, se generará el conocimiento sustantivo con el cual se podrá determinar cuáles de sus prácticas de salud pueden ser preservadas, acomodadas o reestructuradas para dar cuidado culturalmente congruente en el servicio de enfermería que se ofrece a estos hombres y mujeres que padecen de diabetes (82).

El Modelo del Sol Naciente consta de cuatro niveles siendo el primero el más abstracto y el cuarto el menos abstracto. El modelo describe como los componentes de la teoría influyen en la salud y los cuidados de los individuos en distintas culturas. Los tres primeros niveles proporcionan una base de conocimientos para proporcionar cuidados culturalmente coherentes. El nivel uno, representa la visión del mundo y los sistemas sociales; el nivel dos, intenta proporcionar información acerca de los individuos, las familias, los grupos e instituciones en diferentes sistemas de salud; el nivel tres, proporciona información acerca de los sistemas tradicionales y profesionales, incluyendo la enfermería, que actúan dentro de una cultura y el nivel cuatro, determina el nivel de las acciones y decisiones de los cuidados en enfermería; en este nivel se proporcionan los cuidados de enfermería (83).

Uno de los objetivos de esta teoría es ser capaz de documentar, conocer, predecir y explicar de forma sistemática, a partir de los datos de campo, qué es lo diverso y qué lo universal a cerca de la asistencia genérica y profesional de las culturas en estudio, dentro del marco formado por los componentes del llamado Modelo del Sol Naciente, su finalidad consiste en descubrir los puntos de vistas émicos, personales o culturales, relativos a los cuidados, tal como se entienden y se aplican estos conocimientos como base de las prácticas asistenciales.

Figura 1

Modelo del Sol Naciente de Leininger representando la Teoría de los Cuidados Culturales de la Diversidad y de la Universalidad



Traducido por:
Cecilia Rohrbach, PhD
Enfermera Antropóloga
Modelo Actual: M. Leininger Enero 1998

2.2.4.2. Dimensiones Conceptuales de la Teoría

Madeleine L. propone sus propias dimensiones siendo consideradas algunas para el desarrollo de esta investigación, otras fueron surgiendo a partir de la revisión de los teóricos: El ser humano en su contexto, Cultura, Enfermedad, Creencias, Valores, pacientes Diabéticos y su Grupo familiar, Cuidados Culturales, Diversidad de los Cuidados Culturales, Universalidad de los Cuidados Culturales, Visión del Mundo, Sistema profesional de Cuidados, Conservación o Preservación de los Cuidados Culturales, Adecuación o Negociación de los Cuidados Culturales, Rediseño o Reestructuración de los Cuidados Culturales, Supuestos.

a. El Ser humano en su contexto

El hombre no sólo se hizo humano a partir de la evolución biológica (hominización), sino también aprendiendo de los demás en sociedad (humanización). Es por ello que podemos afirmar que son dos las dimensiones que nos han hecho humanos: la dimensión natural o biológica y la dimensión social o cultural. Se destaca además que el ser humano es un ser de participación, un actor social, un sujeto histórico personal y colectivo de construcción de relaciones sociales, igualitarias, justas, libres y fraternas y situado en un contexto determinado (84).

Es por ello que está condicionado histórica y socialmente; su comportamiento depende del aprendizaje que el desarrolle en ese medio, lo que quiere decir, de un proceso que llamamos endoculturación o socialización (85).

En lo que se refiere, que la representación que cada uno de nosotros tiene del hombre, está plasmada de valores y fines, que orientan nuestra acción. La imagen del ser humano no es una creencia que nos venga desde afuera, es el conjunto de ideas prácticas y fines que constituyen la auto interpretación que hace de sí mismo el ser humano. Es un individuo que piensa, siente, decide, percibe, hace y rehace, que tiene creencias, valores, que le son propios. Un ser que existe en un ambiente físico y socio cultural. Un ser que aprende y es responsable de su sobre vivencia. Un ciudadano con derechos y deberes y que forma parte de un sistema cultural y profesional de cuidados (86). Este ser humano está constituido por los pacientes diabéticos que son hospitalizados en la Unidad De Medicina Interna, tienen sentimientos, creencias, valores, y familia y que están separados de su entorno por la condición de la enfermedad y ve amenazada la vida.

b. Cultura

De acuerdo con el marco teórico planteado en el presente trabajo se consideró la definición de cultura de Madeleine Leininger como un conjunto de valores, creencias, normas y estilos de vida característicos de un grupo humano, que han sido aprendidos, compartidos y transmitidos y que guían el pensamiento, decisiones y

acciones de patrones de comunicación. Por tanto se puede expresar que la cultura está constituida por varios elementos, algunos de ellos con los cuales tome de referencia para el desarrollo de este estudio son: Las creencias y los valores de los pacientes diabéticos en relación a las prácticas culturales de cuidado, lo que permitirá facilitar el proceso de reflexión de acuerdo a las respuestas que darán los informantes claves durante la construcción de este estudio.

c. Enfermedad

La enfermedad es el lado nocturno de la vida una ciudadanía más cara. Fenómeno universal, tanto temporal como espacial. Ella ha venido acompañando a la humanidad desde sus orígenes; su enfrentamiento hasta su prevención siempre han sido base para uno de los problemas transcendentales del hombre: mantener la salud. La explicación causal y la concepción del tratamiento de la enfermedad están unidas a las múltiples formas filosóficas y cosmogónicas, que el conocimiento de los pueblos y sociedades asumen del propio ser humano como un sistema de comportamientos y aptitudes fisiológicas, psíquicas y socio antropológicas (87).

Todo hombre cuando está enfermo observa una serie de reacciones ante la enfermedad, las cuales, deben ser atendidas por el equipo de salud. Así mismo, son diversos las causas que intervienen en esas reacciones, entre los que se destacan la conducta del paciente, la edad, el tipo de enfermedad, su grupo familiar, la institución de salud entre otros. Estas reacciones, ocasionan en la persona y su grupo familiar de

convivencia una serie de efectos que se relacionan unos con los otros, pudiendo citar algunos como son: Los orgánicos, psicológicos, el imaginario, colectivo de ver la enfermedad; los cuales se combinan entre las experiencias de quienes lo rodean y las percepciones de la persona diabética. Determinando todo ello, el estado de la enfermedad en: un estado real de su existencia, frente al cual, tiene que situarse según su intelecto y su afectividad (59).

Por otra parte, teniendo como base: la patología (disease), el padecimiento (illness) y la enfermedad (sickness), expreso que se puede establecer e interpretar los conceptos de salud y de enfermedad, entendiendo la patología como el mal funcionamiento de procesos biológicos o psicológicos, la cual designa las anormalidades funcionales o estructurales de base orgánica; la enfermedad que se relaciona con las dimensiones sociales de la persona, en que se insertan los procesos de la patología y a sus paradigmas ideológicas, sociopolíticas y económicas y el padecimiento que incluye procesos de atención, percepción, respuesta afectiva, cognición y valoración directa ante la enfermedad y sus manifestaciones (4).

d. Creencias

En lo que se refiere una creencia es una condición, un pensamiento, el cual tiene significación de certeza, de verdad o arraigada convicción subjetiva para la persona que la sostiene. En ocasiones la creencia está basada en una interpretación de un determinado hecho más que en el hecho mismo o realidad. Dicha interpretación

se fundamenta en las experiencias y aprendizajes previos de cada individuo; por ello es importante considerar las posibilidades de recontextualizar la creencia como un pensamiento susceptible de error, aunque este se dé por verdadero o cierto.

Por tanto, una creencia es una generalización que hace la persona respecto a sí misma, a otras personas o al mundo en general y se caracteriza porque no tiene fundamento racional y define la conducta del individuo (88). Así mismo, las creencias insanas o falsas, son aquellas basadas, casi exclusivamente en interpretaciones o aprendizajes distorsionados de la realidad. Es una creencia fundamentada en generalizaciones. Las creencias positivas es aquella basada en un optimismo característico exagerado y negador de la realidad. De alguna manera constituye una respuesta defensiva para no ver ni examinar con objetividad la situación, ni experimentar emociones indeseables como el dolor o el pánico. Estas creencias pueden ser verificadas, además coinciden con la realidad y pueden también ser probadas. Al contrario de éstas, las creencias falsas no tienen bases y no pueden ser verificadas pero ellas persisten en la cultura porque el grupo las apoya (89).

Es posible identificar los diferentes aspectos y tipos de creencias que puede sustentar una persona ante una enfermedad; y en consecuencia promover un proceso de cambio hacia alternativas de bienestar y salud, representado por lo que denomina cambio paradigmático y que en esencia es una transformación de las reglas, modelos

cognitivos, patrones de percepción y límites, lo que amplía las formas de responder a la realidad presente y futura.

Cada sociedad y cultura forma y establece creencias sobre diversos aspectos de la vida. Desde la perspectiva cultural, la mayoría de las creencias son tradicionales y están profundamente enraizadas en la sociedad de tal forma que la sociedad no trata de cuestionar la validez de la creencia (90). Las creencias desde la perspectiva cultural adoptan dos tipos de formas: Los mitos y los tabúes. Los mitos constituyen explicaciones, interpretaciones de la realidad que convierten la realidad social en algo natural y aceptable. Para Malinowski el mito cumple en las sociedades arcaicas y triviales una función indispensable: expresa, incrementa y codifica la creencia, salvaguarda y refuerza la moralidad, y contiene reglas prácticas para la guía de los individuos en estas culturas. Los tabúes, a diferencia de los mitos, son prohibiciones absolutas y sagradas, cuya trasgresión aparejaría grandes castigos, pero cuya explicación no resulta explicitada.

e. Valores

Los valores se traducen en pensamientos, conceptos o ideas, al hablar de valor, generalmente nos referimos a las cosas materiales, espirituales, instituciones y/o profesiones que permiten al hombre utilizarlo de alguna manera. Los valores valen por sí mismos. Son importantes por lo que son, lo que significan, y lo que representan, y no por lo que se opine de ellos. Este puede ser captado como un bien

ya que se le identifica con lo bueno, con lo perfecto o con lo valioso. Los valores no son “cosas” o patrones de comportamiento, a pesar de que pueden ser inferidos de estos o de cualquier otro elemento, ellos determinan el desarrollo de las capacidades, los comportamientos, las conductas y las actitudes. El valor, como tal, según como lo define (91) es una forma de ser o de actuar, que una persona o una colectividad juzgan ideal y se presenta como un ideal y se manifiesta en cosas o en conductas de manera figurada.

Por lo tanto, los valores son constructos psicológicos que indican el estereotipo de una personalidad en sus relaciones interdisciplinarias con manifestaciones de conducta, temperamento, acción en forma que demuestra una ética o exteriorización de una voluntad vertical equilibrada de acuerdo al sistema social y cultural en un determinado tiempo-espacio y circunstancia. La existencia de valores humanos a través de la historia ha permitido que la sociedad tenga unos pilares para su proyección y mantenimiento hasta la actualidad, pero esto no en forma total, ya que siempre han salido a flote los intereses humanos de quererlo todo, tenerlo todo, y sobre todo el poder, sin pensar en los medios que utilice, pero si en el fin alcanzado (92).

Sobre el asunto los valores también son la base para vivir en comunidad y relacionarnos con las demás personas. Según Watson los valores del paradigma humano establecen los factores caritativos dentro del cuidado: los componentes del

paradigma del cuidado están fundado en un profundo respeto por la existencia humana y todas las cosas vivientes, por las maravillas y misterios de la vida y por la interconectabilidad de todo. Lo que significa para el ser humano reconocimiento de la unidad de la mente, cuerpo, espíritu, naturaleza y de un campo de conectabilidad en y entre las personas y el medio ambiente en todos los niveles; en lo infinito y en lo universal y cósmico de la existencia (93).

En este orden de ideas, La enfermería como profesión al servicio de la humanidad traspasa fronteras y normas sociales y jurídicas, su esencia está en el cuidado del ser humano sano o enfermo, en el entorno donde vive o muere. Siendo la enfermería una interacción constante entre la persona cuidada y quien prosiga los cuidados, es necesario reconocer que los valores son indispensables para actuar como profesionales en enfermería que se conocen a sí mismos y a la profesión Para enfermería cuidar de la vida de personas que solicitan de sus servicios por no poderse cuidar por si mismos por falta de voluntad, fuerza o conocimiento, depositan toda su confianza en los conocimientos y habilidades que tienen las enfermeras para proporcionar los cuidados que requieren en circunstancias específicas como si fuera uno mismo el que la cuidara. La relación entre la enfermera y el otro, está centrada en ambas partes visto como participantes en el proceso. El cuidado humano es el ideal moral de la enfermería.

El modelo de los valores del paradigma del cuidado según Watson invocan un sentido de reverencia por lo sagrado, lo espiritual, lo desconocido y la conectabilidad de todo, además considera a la persona como un espíritu inminentemente trascendente. Los valores del cuidado se encuentran en las presunciones del paradigma del cuidado sobre los cuales se fundamenta gran parte de su teoría, estas presunciones son:

1) El cuidado y el amor son las fuerzas cósmicas más universal, más tremendas y más misteriosas; ellas comprenden la energía psíquica, primordial y universal.

2) Las necesidades humanas de cuidado y amor son subestimadas. Si nuestra humanidad está para sobrevivir necesitamos ser cuidadosos y amorosos (93). Quizás por esta razón tenemos la tendencia a relacionarlos según reglas y normas de comportamiento, pero en realidad son decisiones. Es decir, decidimos actuar de una manera y no de otra con base en lo que es importante para nosotros como valor. Decidimos creer en eso y estimarlo de manera especial.

El Proyecto de Formación Ciudadana y Rescate de Valores, señala que los "valores son cualidades o modelos de comportamiento que pueden ser estimados y practicados en procura del bien moral". Su esencialidad consiste en ser algo que vale; es decir, lo propio del valor es el valer (94).

2.2.5. Grupo Familiar de los Pacientes Diabéticos

La familia es un grupo natural que se halla insertado en una forma de organización social, que responde con su polifuncionalismo y polimorfismo, al contexto sociocultural de la sociedad imperante. De allí, que la sociedad la considere como una institución básica, cuyo seno involucra relaciones de afecto entre sus miembros y cumple funciones sociales e individuales (95).

Asimismo es importante destacar que las familias de las personas diabéticas permitan a sus miembros expresar sus emociones, es necesario que el paciente sepa que cuenta con padres, hermanos, esposo o esposa e hijos y que este apoyo es incondicional. La flexibilidad tanto en roles como en reglas debe considerarse como el recurso que contribuye a que la familia resista el impacto propio del estrés que ocasiona el padecimiento de una enfermedad crónica como lo es la Diabetes Mellitus. Por su parte cuando la estructura familiar es frágil, el curso de la enfermedad se torna tan estresante, que la familia ya no puede manejarla por sí sola (96). El apoyo familiar en la diabetes es fundamental para la recuperación y la reinserción del paciente diabético en la sociedad la intervención del profesional de enfermería es determinante tanto para brindarle ayuda al paciente diabético como para apoyar a sus familiares.

Es evidente la intervención de la enfermera, no solo es importante por sus conocimientos y habilidades técnicas, sino por el apoyo que ofrece a la familia mitigando su ansiedad. Por su parte, Adbellah planteó que “las enfermeras

desempeñan un papel importante informando al público que es posible disponer de una asistencia de enfermería de calidad brindando los cuidados que el paciente necesita y en especial ejerciendo la función de enlace entre el paciente y la familia” (97). El soporte a la familia debe ser preciso en el momento adecuado, y es lo que esperan de su cuidador” (98). Se sabe que cuando la familia se involucra en la Diabetes, las personas que viven con ella cambian su actitud hacia la vida y son capaces de enfrentar mucho mejor los retos que implica tener Diabetes. Incluso, puede ser una oportunidad de cambio para que todos lleven una vida más saludable.

2.2.6. Prácticas de Cuidados Culturales:

Acciones de cuidado basadas en las costumbres y creencias culturales realizadas por los pacientes diabéticos, son una forma de vida y un proceso colectivo, que permea los eventos de salud, enfermedad y las prácticas de cuidado para este grupo humano, siendo estas últimas el resultado de la diversidad cultural y las creencias de la comunidad.

Es por eso que estos modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otras personas o grupos con diagnóstico de Diabetes Mellitus, a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida afrontando la enfermedad.

El cuidado se debe ofrecer a partir del conocimiento que se obtiene de los seres humanos en su contexto cultural. El significado de cuidado se encuentra a partir de valores, creencias y prácticas con respecto a sí mismos, cuidado de sí y con respecto a otros se debe puntualizar que el cuidado incluye de manera pertinente la diversidad cultural” (99).

Asimismo, las prácticas son “las actividades que las personas hacen por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, manteniendo su salud, atender sus enfermedades y conservar sus bienestar”(99). Por consiguiente, se parte del principio que las personas tienen su propia forma de cuidarse, bajo comportamientos que están fuertemente arraigados en un sistema de creencias y tradiciones culturales, difícilmente reemplazados por nuevos conocimientos y además desconocidos por los profesionales que ofrecen el cuidado.

Cabe señalar, desde el enfoque cultural, las prácticas son actos guiados por creencias y valores, que varían considerablemente según los grupos sociales y los sistemas familiares, económicos y sociales. “En términos generales puede considerarse la manera como las personas afrontan y solucionan algunas necesidades(99).

2.2.6.1. Diversidad de los Cuidados Culturales

Con respecto a estudios sobre diversidad cultural en el cuidado dicen que el mundo no sólo es global, porque toda "globalización conlleva localización"; por ello en los cuidados culturales no hay un cuidado genuino universal con sentido hegemónico y homogéneo; los cuidados llamados universales en la Teoría de Leininger (100), o globales, contienen cuidados configurados en lo local a través de la diversidad y multiplicidad de estructuras, relaciones, cosmovisiones, representaciones, saberes y prácticas del cuidar que han migrado con las personas y grupos humanos incluidos o excluidos.

En virtud a la diversificación que existen en los significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia, dentro de una colectividad o entre grupos humanos distintos, con el fin de ayudar, apoyar o facilitar medidas asistenciales dirigidas a las personas que padecen de Diabetes Mellitus. Este contexto multicultural ha sido configurado desde las culturas locales por lo que consideramos que no hay espacio geográfico o asentamientos sin raíces, ante el derecho a la pluralidad, a la diversidad, a la multiculturalidad, se busca cómo ejercer unos cuidados culturales congruentes, seguros y significativos para las personas y colectivos en el contexto de su diversidad cultural.

2.2.7. Universalidad de los Cuidados Culturales

Es una palabra referida a los significados, modelos, valores o estilos de vida o símbolos comunes, semejantes o dominantes que se manifiestan entre diversas culturas y reflejan las formas en que dichas culturas asisten, apoyan facilitan o permiten medios para ayudar a las personas. Asimismo es importante mencionar, todos los seres humanos son diferentes en parámetros como peso., color, lenguaje, entre otras condiciones físicas, así como en la forma de pensar, la actitud que adopta ante su enfermedad “Diabetes Mellitus”, ante los problemas de la vida cotidiana, en la toma de decisiones sobre las prácticas de los cuidados. Sin embargo, por tener en común la condición humana, todos tenemos los mismos derechos fundamentales, el primero de esos derechos protege la vida y la integridad física.

2.2.7.1. Visión del Mundo

Es la forma en que los pacientes diabéticos descubren la mejor manera de enfrentar el padecimiento, basada en sus experiencias la forma de concebir el mundo o el universo para formarse una imagen o una escala de creencias y valores sobre su vida de cómo llevar la enfermedad, relacionada con la cotidianidad, tomando en cuenta el entorno que la rodea. Una visión del mundo propia, que oriente sus prácticas, conocimientos y actitudes.

2.2.7.2. Sistema Atención a la Salud

El sistema de atención a la salud engloba todos los componentes presentes en una sociedad relacionados a la salud, incluyendo los conocimientos sobre los orígenes causas y tratamientos de las enfermedades, las terapéuticas, sus practicantes, los papeles, patrones y técnicas agentes en acción en este “escenario”. A estos, se suman las relaciones de poder y las instituciones dedicadas a la manutención o restauración del “estado de salud”. De acuerdo a la teoría de M. Leninger, están basados en el conjunto de conocimientos y prácticas de asistencia en la salud, enfermedad, bienestar y otros conceptos relacionados, que predominan en las instituciones profesionales que cuentan normalmente con personal multidisciplinario para la asistencia de sus usuarios. La relevancia de los cuidados permite al profesional de esta disciplina realizar un análisis integral del individuo, teniendo en cuenta tanto la enfermedad, así como los aspectos socioculturales de la persona (82).

2.2.8. Conservación o Preservación de los Cuidados Culturales

Se caracteriza por las acciones del profesional de enfermería dirigidas a conservar y preservar los cuidados que demanda la persona diabética en relación con la práctica de la cultura de salud.

2.2.9. Adecuación o Negociación de los Cuidados Culturales

Entiende las acciones y decisiones profesionales creativas de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a las personas de una cierta cultura a

adaptarse o negociar con quienes prestan cuidados profesionales para obtener resultados sanitarios beneficiosos o satisfactorio. En esta fase las acciones del profesional de enfermería dirigidas adecuar o negociar, según sea el momento los cuidados que demanda la persona diabética.

2.3. Rediseño o Reestructuración de los Cuidados Culturales

Incluye las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación que ayuden a los actores sociales a reordenar, alterar o modificar conducta de forma importante, basadas en el rediseño, adoptando esquemas de cuidados sanitarios nuevos, diferentes y beneficiosos, respetando los valores culturales y las creencias de las personas diabéticas en relación con los prácticas de los cuidados de salud y los estilos de vida.

2.4. Originando el Cuidado Humano: Bases Filosóficas

El cuidado es tan antiguo como el mismo hombre, se inicia con la caricia de la madre a su hijo y por la protección que se ofrecían unos a otros en los grupos sociales que se iban desarrollando con la evolución de la raza humana a través de los tiempos. “Así podemos considerar que el ser humano fue progresando en sus necesidades y en consecuencia lo cual, le había exigido el desarrollo de habilidades y de capacidades, no solo físicas si no biológicas para la adaptación al medio ambiente”(101).

El termino cuidado tiene múltiples acepciones; para el caso de enfermería se puede asumir como una relación interpersonal de naturaleza transformativa que tiene como objeto brindar acompañamiento y contribuir al mejoramiento de la salud y bienestar de las personas o colectivos, ya sean sanos o enfermos y que debe entenderse inmerso en un contexto y enmarcado por los valores, creencias, intereses de expectativas de las persona cuidada y del cuidador (102). El cuidado ha estado íntimamente ligado a la naturaleza humana, evolución, fines y alcance han estado altamente influenciado por los modelos socioeconómicos y culturales imperantes y el valor atribuido por las personas a la salud, la vida y a muerte.

En virtud, con el avance en los conocimientos biomédicos sobre el origen, el desarrollo, el cuidado y la naturaleza de la vida humana, se han perfeccionado técnicas, ha ocurrido avances científicos y tecnológicos, que bombardean el quehacer del profesional de enfermería olvidando, en algunos momentos, que la esencia de éste no es otra cosa que el respeto a la vida y el cuidado del ser humano.

Es por eso que, enfermería “necesita una revolución humanística que la vuelva a centrar en su función cuidadora, en la atención y apoyo al paciente, además, si dicha revolución no se produce, los pacientes podrían demandar los servicios de una clase nueva y diferente de profesionales sanitarios (83). En este sentido es pertinente decir el cuidar adquiere a un compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de la dignidad humana y la conservación de la vida.

Cabe señalar los cuidados humanos, como necesidades de las personas y los grupos, y su repercusión en la salud, como beneficio individual y colectivo, conforman el campo de estudio y de la práctica enfermera. Su origen se encuentra en las acciones de cuidado que cada persona lleva a cabo por sí misma y de manera cotidiana para mantener su bienestar (17,83). El objetivo último de la enfermera es satisfacer las necesidades de cuidados de salud de las personas y, por tanto, que las intervenciones se realicen que sea de alta calidad y garantía para quienes los reciben, con independencia de quién sea la persona que lleva a cabo la acción concreta la enfermera, alguien del ámbito cercano o la propia persona interesada, al tiempo que ofrece nuevos y mejores servicios (103).

Es importante destacar, que la enfermería ha resultado especialmente de las teorías sociales, biológicas y médicas. Después de 1950, un gran número de enfermeras teóricas han desarrollado modelos de Enfermería que ofrecen apoyo para el conocimiento y el desarrollo de las teorías de enfermería. Algunos autores consideran que Nightingale demostró las primeras teorías o modelos conceptuales de la enfermería. En sus escritos se encontró registrado el significado del proceso de cuidado, la conceptualización de ambiente, la advertencia para que las enfermeras no enfocasen su atención solamente en la enfermedad sino que también consideraran en la diferenciación que existe entre el enfoque teórico de la enfermería y el de la medicina (104).

Los conceptos básicos del modelo de enfermería que manejó Nightingale fueron: enfermería, persona, salud y entorno. Para ella los aspectos físicos, emocionales y sociales formaban parte del entorno, de este modo, su preocupación iba más allá de los hospitales, sino también a los hogares y específicamente a los más pobres donde se suponía que las condiciones higiénicas eran más precarias. De allí que los tratados teóricos de este modelo es completamente ambientalista como es de esperarse en las circunstancias históricas de un contexto de guerra y postguerra de la época.

Toda la obra de la enfermería moderna, liderada por Nightingale está orientada por su concepción filosófica asentada en la interacción paciente-entorno y los principios y reglas sobre las que sustentó su ejercicio profesional. Según Fitzpatrick y Whall, para Nightingale el entorno lo constituían la suma de todos aquellos elementos externos que influyen en la salud de las personas sanas y enfermas, en los que se incluían desde los alimentos y las flores del paciente hasta las interacciones verbales y no verbales con que se expresa.

Lo antes mencionado nos hace reflexionar sobre algunos conceptos filosóficos que vienen manejando las teoristas de enfermería que contribuyen al conocimiento en el campo de la enfermería mediante directrices que orientan el desarrollo de la disciplina y la formación de una base para la enseñanza profesional que conduce a nuevos desarrollos teóricos sobre el cuidado encontrando que Orlando I J., de acuerdo

a la opinión de Nightingale basó su teoría del cuidado en la relación interpersonal enfermera-paciente. Se centró en las expresiones verbales y no verbales con que el paciente expresa sus necesidades y en las reacciones de la enfermera al observar la conducta de aquel, con especial atención a las situaciones de malestar y su posible alivio.

Lo principal de la asistencia, en los conocimientos y la práctica en la enfermería son los cuidados. El cuidado son “aquellos actos de asistencia, de soporte o facilitadores que van dirigidos a otro ser humano o grupo con necesidades reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviarlas condiciones de vida humana”. Esta metodología procede de la antropología pero implica una síntesis del concepto de cuidado como la característica esencial del ejercicio de la enfermería. A esta autora se le deben los fundamentos de la enfermería transcultural y las investigaciones, formación y ejercicio profesional resultantes de este subcampo de la enfermería (79).

Otra teorizante, considero que el “cuidado es el ideal moral de enfermería”, un esfuerzo epistémico, el punto inicial de la acción de enfermería y una transacción única entre la enfermera y la persona cuidada (105). Por su parte, otro estudioso del cuidado dice “que el cuidado es ayudar a alguien a alcanzar el crecimiento personal, se fundamenta en el valor que se siente por la otra persona, promueve la autorrealización del que da el cuidado, en lo llamado “certidumbre o convicción básica”; el que brinda el cuidado determina la dirección del crecimiento de quien es

cuidado, porque para cuidar se deben conocer los poderes y limitaciones, las necesidades, y lo conducente al crecimiento del otro” (16).

Desde otro punto de vista tenemos que la noción de cuidado se hace operativa definiendo funciones concretas a realizar. Las funciones principales de las enfermeras (os) son: participar en la promoción de la salud, la prevención, curación y rehabilitación de enfermedades, desarrollar programas educativos sobre salud, trabajar de forma efectiva en un equipo de salud, e investigar. Todas estas tareas se integran en el cuidado y son tanto más efectivas en la medida que se estructuran en las fases lógicas que llamamos el proceso de enfermería (106). A la vez, la definición de las funciones de enfermería y su práctica sistemática obligan a entender la profesión como parte del compromiso, compartido con otros profesionales, de sustentar y promover la salud.

De acuerdo con, el equipo sanitario, hay diferencia de competencia, cada uno tiene una tarea particular que realizar. Una atención sanitaria que considere al individuo en su totalidad necesita de un equipo caracterizado por la corresponsabilidad. No todas las personas están capacitadas para dar unos buenos cuidados. El cuidador ha de incorporar una serie de actitudes para desempeñar bien su labor, entre las que el autor señala: conocimiento, alternancia del ritmo, paciencia, honestidad, confianza, humildad, esperanza y coraje. De esto podemos decir que es el personal de enfermería el que está netamente capacitado para prestar el cuidado que

el individuo necesita para cubrir sus necesidades de salud, de bienestar y de orientación (16).

Por consiguiente, el interés por explicar los fenómenos y precisamente ese mundo de relaciones, es que surge la filosofía de enfermería, la cual a través del análisis, el razonamiento y el argumento lógico intenta a través de la aplicación de sus teorías explicar esas formas de comportamiento de los seres humanos dentro de su contexto y además bajó sus propias concepciones categorizar sus necesidades en todo momento, Watson, nos refiere que en su teoría, la misma puede ser una ampliación de la Teoría de Leininger y arranca de una visión fenomenológica-existencialista de la psicología y de las humanidades. En tal sentido los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida (80).

De esta manera, se destaca que el cuidado de los enfermos es un acto social universal que solo resulta efectivo si se practica de forma interpersonal, de esta manera a través de los 10 elementos asistenciales, donde cada uno tiene un componente fenomenológico dinámico referido a los individuos involucrados en la relación que comprende la enfermería: Formación de un sistema de valores, Infundir fe y esperanza, Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás, Desarrollo de una relación de ayuda y confianza, Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos, Utilización sistemática del método de resolución de problemas para la toma de decisiones, Promoción de la

enseñanza aprendizaje interpersonal, Provisión de un entorno de apoyo, Asistencia con satisfacción de las necesidades humanas y Tolerancia con las fuerzas (105).

El cuidado de enfermería se sustenta en una relación de interacción humana y social que caracteriza su naturaleza como objeto (107). La complejidad estructural del cuidado de enfermería, radica en su naturaleza humana y social y en la relación dialógica y de interacción recíproca entre el profesional de enfermería y el sujeto cuidado. Asimismo en esta relación se desarrolla un intercambio de procesos de vida y de desarrollo humano distintos, con manera particular de entender la vida, la salud, la enfermedad y la muerte.

Igualmente, en esta interacción con el sujeto cuidado, persona o colectivo, la comunicación en forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva se forma un escenario idóneo para el encuentro con el otro y un eje para desarrollarse y ser con otros, y convirtiéndose la comunicación en un elemento fundamental en la prestación del cuidado

Como complemento señalo, que el cuidado es esencial para la existencia humana y es por eso que enfermería lo ha tomado como esencia de su práctica cotidiana; las enfermeras (os) basamos nuestro día a día en la identificación de necesidades de salud que están interferidas; las examinamos y se busca la posible solución y de esta forma lograr el bienestar de la persona a nuestro cuidado, para así

brindar calidez y humanismo a nuestro trabajo, de la misma manera reconocemos que educar es otra forma de prestar cuidado ya que así se orienta al individuo, familia y comunidad sobre las medidas de prevención que se deben tomar para llevar una vida sana. Es aquí donde enfermería tiene un papel importante porque es a la Enfermera (o) el que el usuario verá como su orientador e integrante del equipo de salud que le enseñara a vivir de una manera más sana, y le orientara sobre la manera de cómo evitar complicaciones que pongan en peligro su salud.

Por lo tanto, Leininger nos refiere a través de su teoría y definió el cuidado en sentido genérico, como un acto de asistencia y apoyo hacia un individuo o un grupo de individuos con necesidades evidentes, para mejorar su condición humana o su modo de vida. Esta promotora de los cuidados humanos desarrollo su teoría basándose en las creencias de que las personas de diferentes culturas podían informar y determinar el tipo de cuidados que desean o necesitan recibir de sus cuidadores profesionales, es considerada la teoría más ampliamente “Holística” ya que toma en consideración la totalidad de la vida humana y su existencia a lo largo del tiempo, incluyendo la estructura social, la visión del mundo, los valores culturales, los contextos ambientales, las expresiones lingüísticas y los sistemas populares y profesionales. La práctica de cuidados de enfermería entre los humanos es un fenómeno universal, pero que las expresiones, procesos y modelos de cuidados varían de una cultura a otra (83).

Así tenemos también, la Teoría de Orem es un análisis detallado de los cuidados enfermeros, que nos permite además definir el espacio que ocupa el profesional de enfermería en relación con la persona, donde todos los individuos sanos adultos tienen capacidad de autocuidado, en mayor o menor grado, en función de determinados factores: edad, sexo, estado de salud, situación sociocultural, predisposición. Independientemente de cuál sea la enfermedad, falta de recursos, factores ambientales, la demanda de autocuidado terapéutico de la persona es superior a su agencia de autocuidado, entonces la enfermera actúa ayudando a compensar el desequilibrio a través de los sistemas de enfermería (107).

Para dicha teorizante, la enfermera, debe ser capaz de lograr que el individuo participe de forma activa en la planificación e implementación de su propia atención de salud, teniendo en cuenta los factores básicos condicionantes del autocuidado, la edad y estado de salud y los conocimientos que poseen de ésta, la pertenencia al grupo social y los hábitos del medio cultural, la falta de habilidades y hábitos, el concepto de sí mismo y la madurez de la persona (108).

Las teorías de enfermería antes citadas las consideré relevantes para fundamentar la teoría sobre el cuidado humano de la persona diabética, ya que a través de ellas, se puede comprender las diferencias culturales que se dan respecto a la asistencia, y sus prácticas de cuidado a la salud y la enfermedad. Del mismo modo, proporcionan un carácter holístico, dado que están centradas en los seres humanos,

los valores, las creencias, el entorno, y el lenguaje. Es de importante mencionar que los profesionales de la enfermería dominen una premisa fundamental de la teoría, en la que se plantea que las personas adultas tienen el derecho y la responsabilidad de cuidarse a sí mismas, así como cuidar a aquellas personas dependientes que están a su cargo. En caso de que no puedan, han de buscar ayuda en los familiares o profesionales de la salud. Estas teorías anuncian un sin fin de soluciones a los grandes problemas de salud y cuidados que se presentan aun en estos tiempos.

Finalmente, señalo esta investigación está enfocada con las prácticas de cuidados salud de los Pacientes Diabéticos, cabe destacar el aporte de Boff, que menciona el cuidado se da a priori, antes de toda actitud y situación de ser humano, lo que significa decir que este se halla en toda actitud y situación de acto. Quiere decir que el cuidado se encuentra en la raíz primera del ser humano, antes que este haga cualquier otra cosa. Significa reconocer el cuidado como un modo- de- ser esencial, siempre presente e irreducible a otra realidad anterior (109). Es por eso que el cuidado es considerado por la humanidad como algo necesario para que perdure la especie.

CAPITULO III

RECORRIENDO EL CAMINO METODOLÓGICO

El presente capítulo contiene información relacionada con el recorrido metodológico, el método, los informantes claves en el estudio, el contexto de la investigación y el acceso al campo de estudio, así como rigor metodológico y ético.

Para el desarrollo del presente estudio considere la fundamentación teoría y metodológica basada en una investigación de naturaleza cualitativa, la cual está asentada en un abordaje fenomenológico con enfoque interpretativo lo que permite comprender la realidad del fenómeno.

3.1. Investigación Cualitativa

Los métodos cualitativos enfatizan conocer la realidad desde una perspectiva de *insider*, es decir de captar el significado particular que a cada hecho le atribuye su propio protagonista, y de contemplar estos elementos como piezas de un conjunto sistemático (110). Asimismo la investigación cualitativa respalda el paradigma constructivista el cual está basado en el conocimiento que nos ayuda a mantener la vida cultural, nuestra comunicación y significados simbólicos. La lógica de la metodología cualitativa sigue un proceso circular que parte de una experiencia que se

trata de interpretar en su contexto y bajo los diversos puntos de vista de los implicados (111).

Este nuevo paradigma surge de que no se puede proceder con la ilusión de un realismo ingenuo o con un prejuicio ontológico, la necesidad de un nuevo paradigma tendrá que tener presente que las ciencias humanas nunca podrán ser objetivas ya que nunca podrán objetivizar a su sujeto de estudio: el científico mismo ni si quiera en el acto de hacer ciencia. La ciencia es un producto del hombre y por esto, esta nunca podrá dar razón plena de él (112).

Por tal razón, la necesidad de encontrar en las ciencias humanas otro paradigma que sustituya al tradicional tomado de las ciencias naturales concretamente de la física, resulta imperiosa si se quiere evitar que aquellas permanezcan estancadas con la ilusión que produce un conocimiento incompleto (113). El paradigma científico tradicional centrado en el realismo el empirismo y el positivismo ha alcanzado los límites de su utilidad en la mayoría de las áreas del saber y que se impone la necesidad de hallar otro. El agotamiento del paradigma radica no solo en si inconsistencia interna, epistemológica, sino sobre todo en su incapacidad para dar explicaciones adecuadas satisfactorias de la realidad que nos circunda y de los fenómenos que observamos.

Por otra parte, históricamente la investigación cualitativa se definía dentro del paradigma positivista, así algunos investigadores cualitativos de mediados del siglo XX como: Becker, Geer, Hughes y Strauss, reportaron hallazgos de observación participante en términos casi estadísticos. El desarrollo histórico de la tradición cualitativa desde sus orígenes, nos hablan de ocho períodos que no se definen con claridad en el tiempo etnográfico temprano hasta el siglo XVIII, se denomina también como “el descubrimiento del otro” (114). La Etnografía Colonial exploradores de los siglos XVII, XVIII y XIX llamado de las mentalidades coloniales y la persistencia del otro, la evolución de la cultura y la sociedad: Augusto Comte y el método comparativo; aquí las formas de vida occidentales con las de los otros. La Etnografía del siglo XX y la etnografía del indio americano como el otro, antropología del siglo XIX y principios del siglo XX.

En tal sentido, en función de estos investigadores de finales de un siglo y principios de otro empiezan a vislumbrar lo que hoy en día es la visión actual de la Investigación Cualitativa. Es por ello, que estudiosos en la materia (115) consideran diez características tales como: La Investigación Cualitativa es inductiva, el investigador ve el escenario y a las personas en una perspectiva holística, los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio, tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas, suspenden o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones, todas las perspectivas son valiosas para el

investigador cualitativo. Los métodos cualitativos son humanistas, ellos ponen en relieve la validez de su investigación, todos los escenarios y personas son dignos de estudio, la investigación cualitativa es un arte.

Cabe señalar, que la investigación cualitativa se basa en tres conceptos fundamentales: la validez, la confiabilidad y la muestra, la validez, en este paradigma, implica que la observación, la medición o la apreciación se enfoquen en la realidad que se busca conocer, y no en otra, la confiabilidad, se refiere a resultados estables, seguros, congruentes, iguales a sí mismos en diferentes tiempos y previsibles. La confiabilidad se considera externa cuando otros investigadores llegan a los mismos resultados en condiciones iguales, e interna cuando varios observadores concuerdan en los hallazgos al estudiar la misma realidad y la muestra, sustenta la representatividad de un universo y se presenta como el factor crucial para generalizar los resultados.

Sobre el asunto, me parece que en la investigación cualitativa se platique de la necesidad de lograr y asegurar la obtención de la situación real y verdadera de las personas a las que se investiga y, en este sentido, será preferible y más descriptivo hablar de la necesidad de autenticidad, más que de validez. Esto significa que las personas en este caso los pacientes diabéticos logren manifestar verdaderamente su sentir (116).

3.2. Fenomenología

La fenomenología se fue gestando y madurando a medida que Husserl fue replanteando y desarrollando su obra, en un momento en el que se pretendía una nueva fundamentación del saber. Como resultado de este proceso Husserl asigna a la conciencia, como subjetividad trascendental, con la tarea racional de restablecer el valor de la filosofía como saber mejor fundado. El mundo de la conciencia es un mundo de esencias y constituye una nueva realidad ideal a la que se accede mediante un proceso purificadorio y unitario.

Ontológicamente materialistas y ateos, pues solo existen fenómenos captados por la conciencia. Gnoseológicamente, se les estima como idealistas porque consideran el mundo exterior como un fenómeno, con consistencia propia. La fenomenología ve el mundo como un conjunto de percepciones organizadas, según las leyes de la psique, que son las mismas en todo hombre. El mundo fenoménico no tiene causa substancial, es concebido como fenómeno. El objeto es lo que hace de él la percepción del sujeto trascendente (117).

Por tales motivos, decía Demócrito (precursor de este movimiento) que no se sabe cómo son los átomos, tan solo se conoce el efecto que producen en los sentidos. Demócrito, no debe conducirnos a plantear que el hombre está sometido a la necesidad de un modo fatalista; antes bien, en los marcos de esta necesidad, debe hallarse la condición para la libertad en la esfera de la acción del hombre (118).

La fenomenología trabaja con la condición humana para comprenderla, la dignidad del ser humano es el punto de partida, procurar la aceptación, el respeto y la tolerancia. La *epoché* que significa desconexión, interrupción o suspensión de juicios capaz de interesarse exclusivamente por el sentido que tienen los fenómenos para el sujeto de estudio; se le asocia con lo inductivo, lo holístico, lo subjetivo, lo creíble, la intuición, lo intangible (los sentimientos). Para ser fenomenólogo no basta tener conocimiento de los postulados de esta materia, sino hay que estar dispuestos a comprender, a sentir lo que el otro siente. Es así como la ética socrática "intelectualista" plantea es el conocimiento que busca estrictamente un medio para la acción. De modo que si conociéramos lo "Bueno", no podríamos dejar de actuar conforme a él; la falta de virtud en nuestras acciones será identificada pues con la ignorancia, y la virtud con el saber (119).

3.3. Una Mirada desde la Etnografía

La etnografía históricamente surge de la antropología cultural, se interesa en describir y analizar culturas y comunidades, toma como elementos de estudio la organización social, la estructura familiar, la economía, las prácticas religiosas, las conductas ceremoniales, los rituales y los símbolos. Como investigación social hace fuerte énfasis en la exploración de los fenómenos sociales. Desde el punto de vista metodológico tiene la tendencia a trabajar con datos no estructurados, la muestra es pequeña, selectiva e intencionada y está conformada por informantes claves, por lo tanto procesa la información recabada a profundidad; la interpretación de los mismos

está relacionada con los valores humanos de un grupo determinado, específicamente y las técnicas de recolección de información que utiliza son la entrevista a profundidad, las discusiones casuales sobre aspectos de la comunidad de estudio, la observación participante, y las notas de campo.

El termino etnografía alude tanto a un proceso metodológico característico de la antropología cultural como a un paradigma filosófico internamente diferenciado en múltiples perspectivas y estilos. La polisemia del término “etnografía” (paradigma, perspectiva, método, estrategia de investigación cualitativa) se explica por la variedad de raíces disciplinarias o intelectuales y metodológicas que se combinan en las diversas perspectivas etnográficas. En efecto si bien es la antropología la disciplina madre de la etnografía, confluyen en su desarrollo y en sus variaciones, la fenomenología, la lingüística, la hermenéutica. Malinowski^B y Boas F., fueron los primeros antropólogos que abordaron el estudio de grupos humanos en sus contextos culturales. En contraste con los antropólogos anteriores a él, Boas tenía un concepto relativista de la cultura. Sostenía que cada cultura debe ser estudiada inductivamente, desde la perspectiva de sus miembros (120).

Etimológicamente el término etnografía proviene del griego “ethnos” (tribu, pueblo) y de “grapho” (yo escribo) y se utiliza para referirse a la “descripción del modo de vida de un grupo de individuos” mediante la observación y descripción de lo que la gente hace, como se comportan y cómo interactúan entre sí, para así describir

sus creencias, valores, motivaciones, perspectivas y como estos pueden variar en diferentes momentos y circunstancias (114). Según la complejidad de la unidad social estudiada, se establece un continuum entre las macro etnografías, que persiguen la descripción e interpretación de sociedades complejas, hasta la microetnografía, cuya unidad social viene dada por una situación social concreta(120). Esta es una forma de estudiar la vida humana, este proceso es la que guiara esta investigación.

La etnografía, como tantas otras formas del conocimiento científico contemporáneo, tuvo su origen en Europa del siglo XIX. El siglo de las formas y los impulsos, sociales del capitalismo, de la independencia de las colonias americanas. No es España donde nace la Etnografía, aunque podría haber sido en Inglaterra y Francia. Así pues, los ingleses y franceses inician el viaje analítico hacia lo desconocido, hacías las formas del sentido del otro, hacia el tiempo- espacio de lo extraño, bajo la motivación del poder, de la curiosidad y sobre todo de la racionalidad que tiene la última palabra (121).

Aun cuando existen numerosas modalidades en la etnografía, en términos generales comparten algunas características, a tal efecto se establecen algunas diferenciaciones comunes en la mayoría de las etnografías:

1. Tiene un carácter fenomenológico o émico: con este tipo de investigación el investigador puede obtener un conocimiento interno de la vida social dado

que supone describir e interpretar los fenómenos sociales desde la perspectiva de los participantes del contexto social. Es importante saber la distinción entre los términos émico, que se refiere a las diferencias que hay dentro de una misma cultura, y ético, que se refiere a la visión u orientación desde el exterior.

2. Permanencia relativamente persistente por parte del etnógrafo en el grupo o escenario objeto de estudio por dos razones: para ganarse la aceptación y confianza de sus miembros y para aprender la cultura del grupo.
3. Es holística y naturalista. Un estudio etnográfico recoge una visión global del ámbito social estudiado desde distintos puntos de vista: un punto de vista interno (el de los miembros del grupo) y una perspectiva externa (la interpretación del propio investigador).
4. Tiene un carácter inductivo. Se basa en la experiencia y la exploración de primera mano sobre un escenario social, a través de la observación participante como principal estrategia para obtener información (122).

A partir de aquí se van generando categorías conceptuales y se descubren regularidades y asociaciones entre los fenómenos observados que permiten establecer modelos, hipótesis y posibles teorías explicativas de la realidad objeto de estudio(123). Es evidente, que desde la etnografía se reconoce la particularidad de

cada cultura alejando la visión etnocéntrica, permite el análisis de los fenómenos observados de los diferentes grupos.

Es importante señalar, el método que aplique la etnografía las unidades sociales de estudio cambiaran, de esta manera y aunque no existe una general de clarificar la etnografía, Boyle J., lo hace en función de la unidad que se desea estudiar, esta autora propone cinco tipos de etnografías:

1. Etnografías Procesales: Describen diversos elementos de los procesos cuyo análisis puede ser, por un lado, funcional, si se explica cómo ciertas partes de la cultura o de los sistemas sociales se interrelacionan dentro de un determinado lapso y se ignoran los antecedentes históricos. Por otro, diacrónico, si se pretende explicar los sucesos como resultado de sucesos históricos.
2. Etnografía Holística o Clásica: Se enfoca en grupos amplios y suelen tener forma de libro debido a su extensión. Como por ejemplo, el estudio de Malinowsky sobre los habitantes de las Islas Trobiand.
3. Etnografía de Corte Transversal: Se realizan estudios de un momento determinado de los grupos investigados.

4. Etnografía Etnohistórica: Balance de la realidad cultural actual como producto de los sucesos del pasado.
5. Etnografía particularista. Es la aplicación de la metodología holística en grupos particulares o en una unidad social (122,124).

Originada en la antropología cultural, la etnografía es una descripción e interpretación de un grupo o de un sistema social o cultural (125). Esta es una forma de mirar y hace una clara distinción entre simplemente ver y mirar; asimismo, plantea como propósito de la investigación etnográfica describir lo que las personas de un contexto determinado hacen habitualmente y explicar los significados que le atribuyen a ese comportamiento realizado en circunstancias comunes o especiales, presentando sus resultados de manera que se resalten las regularidades que implica un proceso cultural. La pregunta inicial que se hace un etnógrafo cuando se encuentra en una situación valiosa para su estudio es ¿Qué está sucediendo aquí? O ¿Qué es lo que las personas de esta situación tienen que saber para hacer lo que están haciendo?

En razón de las interrogantes antes señaladas, una investigación etnográfica no puede quedarse en lo meramente descriptivo; debe profundizar, con preguntas adicionales, en el significado de las cosas para las personas estudiadas (126, 127). La etnografía suele requerir un estudio prolongado del grupo, usualmente por medio de la observación participante. En esta forma de observación, el investigador se

encuentra inmerso en las actividades cotidianas del grupo, o bien realiza entrevistas individuales con sus miembros. El investigador estudia los significados del comportamiento, el lenguaje y las interacciones del grupo con una cultura común.

En la actualidad la profesión de enfermería viene adaptando metodologías antropológicas de investigación, de allí que Leninger, recomiendan el uso de métodos cualitativos en enfermería, en particular métodos etnográficos. Leninger insto a que se mezclaran la enfermería y la antropología, por medio de un método que denomino “Etnoenfermería” la cual se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tienen de ellos una cultura determinada.

Las etnografías de enfermería por lo general se han centrado en las creencias y prácticas sobre la salud y como se relacionan con otros actores sociales. No obstante, sin importar como se realice o con quien lo haga, la etnografía siempre esta imbuida de un concepto de cultura y se basa en la presuposición de que la cultura se aprende y comparte entre miembros de un grupo, y por ende se puede describir y comprender. Este concepto de cultura le permite al etnógrafo ir más allá de lo que la gente dice y hace para comprender ese sistema compartido de significaciones que llamamos cultura (123).

Por su parte, Leninger fundamentada en la etnografía, e incluyendo los conceptos de (etic y emic), además del método etnometodológico. La autora propone un referencial para trabajar los aspectos culturales de enfermería. La etnometodología es una corriente sociológica que nació hacia los años sesenta. Tiene como teóricos Garfinkel, Coulon, a Cicourel y Zimmerman siendo estos sus máximos representantes entre otros. Garfinkel, supone una ruptura radical con las formas de pensamiento de la sociología tradicional.

Asimismo, fue el que acuñó el término de etnometodología que significa literalmente “la metodología de la gente” y la define como estudio que trata de las actividades prácticas, las circunstancias prácticas y el razonamiento sociológico práctico. Su interés son las actividades experienciales y específicamente el razonamiento práctico, ya sea profesional o profano. La etnometodología es la búsqueda empírica de los métodos empleados por los individuos para dar sentido y al mismo tiempo realizar sus acciones.

Otras de las ideas de este autor es que la realidad social está siendo creada constantemente por los actores, no es un dato preexistente, por ello la etnometodología presta especial atención a la forma en que los miembros toman las decisiones. “La etnometodología tratará de comprender cómo perciben las personas, cómo describen y proponen juntos una definición de la situación” En opinión de Coulon, Goetz y LeCompte y Goetz la etnometodología, brinda un nuevo punto de

apoyo a la búsqueda de conocimiento de base cualitativa. Los seres humanos no son meros seguidores de reglas ideales, sino que las modifican y las transforman en la búsqueda de una vida más razonable; la etnometodología se centra en el estudio de este proceso (128, 129).

Leninger basado en el método de etnometodología, desarrollo el método de etnoenfermería el cual está concebido para estudiar de forma específica y sistemática los fenómenos de enfermería transcultural. Así como también, la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería, según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tiene de ellos una cultura determinada (o su representante), a través de las manifestaciones émicas locales de las personas, expresadas por el lenguaje, las experiencias, las convicciones y el sistema de valores, sobre fenómenos de enfermería reales o potenciales, como pueda ser la asistencia, la salud y los factores ambientales.

El método de etnoenfermería (130) contempla siete fases:

Primera Fase: Consiste en la identificación y conceptualización de las áreas generales de la investigación, que sean de mayor interés para el investigador y para las personas que serán estudiadas. Estas áreas de interés pueden ser frecuentemente determinadas a través de visitas a comunidades, hospitales, clínicas, a los medios de comunicación de masa y otros documentos.

Segunda Fase: En la misma se identifica el significado potencial del estudio para el avance del conocimiento de la enfermería o para mejorar los servicios de cuidados en salud. En este sentido, es importante que el investigador se pregunte: ¿Por qué deseo hacer este estudio?, ¿De qué modo este estudio ayudará en el avance del conocimiento y la práctica de enfermería?, ¿De qué manera este estudio será significativo para las personas que serán estudiadas?

Tercera Fase: En ella se procede a la revisión de la literatura de los estudios de investigación relacionados. En esta fase el investigador descubre que temas o no han sido estudiados y qué relación tiene con el dominio de investigaciones sobre las cuestiones de interés hasta para enfermería.

Cuarta Fase: Consiste en la planeación de la investigación desde el inicio hasta el final. En el desarrollo preliminar del estudio, se debe considerar:

- a) Una conceptualización de las fases del estudio, desde el comienzo hasta el final.
- b) Una escuela de una comunidad; de una institución de salud o de otro local, se hace una visita general al área (inclusive para escoger o detectar los informantes claves).
- c) Un estudio y un planteamiento de las facilidades o barreras potenciales que pueden influenciar el estudio.
- d) Un plan estratégico de investigación para entrar y permanecer con los informantes.

- e) Una preparación de guías habilitadoras.
- f) Una obtención de consentimiento de informantes y de instituciones.
- g) Una elaboración de los procedimientos para la recolección de datos.
- h) Los procedimientos para las conclusiones del estudio y comportamientos de los acabados con los informantes y con las instituciones.

Quinta Fase: Se recoge los datos. Para esta fase, Leininger propone una serie de técnicas y procedimientos que incluyen, entre otros: Observación Participante, Entrevistas, Historia oral, Historia de vida, además de los propuestos por Spradley J.

Sexta Fase: Se organizan, clasifican y analizan los datos.

Séptima Fase: Se presenta los resultados de la investigación y las recomendaciones.

Es por eso que, el método de etnoenfermería sitúa a los profesionales en el descubrimiento de los intereses y fenómenos centrales de la enfermería, dentro del espacio del cuidado humano. Este método requiere que las opiniones, creencias, valores e interpretaciones profesionales sean temporalmente suspendidas o controladas para que se pueda vislumbrar las ideas emic y que un investigador mantenga sus focalizaciones en el contexto cultural, cualquiera que sea el fenómeno que se esté estudiando.

En cuanto a la amplitud de la investigación constituye una microetnografía según Leininger adopta el término de microetnografía para designar un estudio de menor escala, focalizando en cuestiones de salud, enfermedad y cuidado, diferenciándose de las etnografías elaboradas por los antropólogos. En este modo de investigación se utiliza un tiempo limitado para el estudio de una comunidad u organización y los informantes claves son un número reducido, generalmente aquellos que poseen más conocimiento y experiencias sobre el problema en estudio.

Para esta investigación seleccione, el método antes referido con el fin de explorar la perspectiva emicas derivada de los significados que otorgan los pacientes diabéticos sobre las prácticas de cuidado a partir de sus Creencias y Valores. Se trata de una etnografía de pequeño alcance, una etnografía tópico orientada, porque focaliza un aspecto de la vida (131). Por consiguiente el objetivo a investigar en este estudio se refiere a conocer sobre las prácticas de cuidado en el marco cultural salud basado en el Modelo Sunrise de Madeleine Leninger en pacientes diabéticos, utilizando los Principios Fundamentales de la Metodología Spradley, quien basa su metodología en cinco principios fundamentales:

1. Técnica Singular: Recomienda usar un método de recolección de datos.
2. Identificación: establece delimitar metas concretas.
3. Secuencia de Desarrollo: Expresa la necesidad de establecer pasos a seguir.
4. Investigación Original: Debe ser aplicado en situaciones reales.

5. Resolución de Problemas: El investigador debe afrontar la problemática y aplicar una estrategia de solución (132).

Esta investigación caracterizada, por ser una etnografía de pequeño alcance, la cual se refiere a conocer sobre las prácticas de cuidado a partir del marco cultural de salud de los diabéticos trujillanos atendidos en el Hospital “Dr. Juan MotezumaGinnari” del Instituto Venezolano del Seguro Social, de la ciudad de Valera que son residenciados en el Municipio San Rafael de Carvajal del Estado Trujillo.

En la fase de recolección de los datos se realizaran entrevistas en profundidad a cada participante. Esta técnica junto con la observación participante, es la más usada en la investigación cualitativa. Es también llamada entrevista en profundidad, busca encontrar lo más importante y significativo para los informantes sobre los acontecimientos y dimensiones subjetivas. Es un encuentro cara a cara, no estructurado (133,134). Esta técnica también puede utilizarse, cuando se necesita datos o información muy complejos, confidenciales o delicados. Así como también puede emplearse cuando se busca información de profesionales y los cuestionarios estructurados son insuficientes (130).

Considero además, en este recorrido metodológico el Modelo de Observación Participación – Reflexión (OPR) descrito por Leninger, existe una particular

diferencia con respecto al de la Observación Participante usado en la Antropología convencional, en el sentido que el investigador dedica un tiempo inicial a la observación, antes de llegar a participar activamente en el campo de acción.

En cuanto a las fases del Modelo de Observación Participación – Reflexión (OPR) tenemos:

Primera Fase: Es donde el investigador obtiene una visión amplia de la situación del ambiente, de las actividades, de los actores, análisis de los documentos, permitiendo la construcción de datos que reflejan una cultura en particular. Este tipo de observación permite que las personas tengan la oportunidad de observar al investigador a cierta distancia, acostumbrándose a su presencia,

Segunda Fase: La observación a un continua, pero el investigador inicia gradualmente su participación en el contexto a objeto del estudio,

Tercera Fase: El investigador es un participante activo, puede disminuir el periodo de observación, aunque Leninger advierte que es importante mantener la observación,

Cuarta Fase: El investigador realiza una reflexión sobre los datos obtenidos y realiza una confirmación esencial por parte de los informantes (132).

3.4. Contexto de la Investigación

El escenario representa la situación social que integra personas, sus interacciones y los objetos allí presentes, a la cual se accede para obtener la información y llevar a cabo el estudio. La selección del escenario se realiza intencionalmente en base al objetivo de la investigación (116).

El siguiente paso en este proceso sería: Acceso a este escenario, etapa donde el etnógrafo tiene que adecuar las posibles estrategias de entrada a las características de cada situación. El “Ingreso” al escenario se inicia a través de un contacto previo con algún miembro destacado. Este contacto inicial puede ser: Formal: a través de algún canal oficial. Informal: procede de alguna amistad personal (116).

El espacio inicial para la ruta metodológica, es el Servicio de Medicina Interna donde se encuentran hospitalizados a causa de su padecer, para un tratamiento médico y atención integral oportuna por parte del equipo multidisciplinario de salud.

Es importante señalar que esta unidad está adscrita a la Dirección del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales del Hospital “Dr. Juan MotezumaGinnari.” Siendo un Hospital Tipo III, su estructura organizativa es:

1. Dirección.
2. Departamentos los cuales son:

- a) Medicina: Nefrología, Reumatología, Neurología, Gastroenterología, Medicina Física y Rehabilitación.
- b) Cirugía: Urología, O.R.L., Oftalmología y Traumatología.
- c) Gineco-Obstetricia.
- d) Pediatría (14).

Esta unidad de medicina interna creada en el año 1987, está constituida por un equipo multidisciplinario integrado por personal médico, enfermería y nutrición. La ubicación geográfica del hospital esta al sureste del Municipio. Es una gran meseta de plano semi-inclinado limitado con el Río Motatán y con las colinas frontales, lo que hace que su clima sea benévolo.

Dada a las características de esta unidad en la que me desempeñé como enfermera, su escogencia se basó en los siguientes criterios: Asegura mantener la población de pacientes con Diabetes. Además tenía la posibilidad de no solo establecer el proceso de socialización inicial, sino también observar, interactuar de forma cotidiana y participar del cuidado ofrecido de forma directa, a este grupo poblacional.

3.5. Criterios para Seleccionar a las Informantes del Estudio

En esta etapa lo prioritario para el etnógrafo es establecer relaciones abiertas con quienes habrán de cumplir el papel de “informantes”. Su principal tarea es

relacionarse con ellos y conseguir el “Rapport” (establecimiento de un vínculo de confianza y de receptividad con ellos) (135).

A lo largo de este proceso se irán seleccionando aquellas personas a interrogar y las situaciones que se desean examinar, según la calidad y cantidad de información. La selección de los informantes se orienta por el principio de pertinencia (quien pueda aportar mayor y mejor información).

Es frecuente que durante su trabajo de campo se procure los “informantes claves” o personas que tienen los conocimientos, el estatus o habilidades comunicativas especiales y que están dispuestas a cooperar con él; aportando una comprensión profunda del escenario (136).

Los criterios en este estudio son:

- Ser pacientes diabéticos del Hospital seleccionado.
- Permitir la visita en sus hogares.
- Participar voluntariamente en la investigación así como que no tuviesen ningún inconveniente en dar su consentimiento informado y permitir que se grabara la información.

3.6. Informantes o Actores Sociales

Se hizo un muestreo con propósito, que alude a la selección de las personas más representativas para suministrar la información sobre el fenómeno en estudio, se trata de un grupo de seis pacientes diabéticos, hombres o mujeres con edades comprendidas entre 17 y 70 años de edad. Asimismo el número de informantes se determinará por muestreo teórico y saturación de datos, se considere se ha alcanzado la suficiente cantidad de datos como para que se pueda desarrollar una descripción completa y rica del tema en estudio (137).

3.7. Análisis de los Datos

Los datos serán analizados conforme a las cuatro grandes fases que Leininger propone para el análisis de investigaciones de tipo cualitativo y a los trabajos de Spradley (132,131). Durante la primera fase se recolectará, registrará y describirá los datos. Durante la segunda fase se identificarán los dominios desde la perspectiva émica. En la tercera fase se elaborarán las cuestiones estructurales y las cuestiones de contraste que permitirán la identificación de taxonomías a través de las cuales se descubrirán la saturación de ideas y patrones recurrentes y finalmente en la cuarta fase se delimitarán los grandes temas. En las diferentes fases los datos serán presentados a los informantes con el objeto de asegurar que lo escrito e interpretado por los informantes claves corresponde con la visión que ellos tienen sobre el fenómeno en cuestión.

Para el análisis etnográfico se procederá a emplear métodos de análisis que lleven a describir la organización del conocimiento cultural (132). Evitar imponer categorías que crean órdenes y modelos en lugar de descubrirlos. El análisis etnográfico es la búsqueda de las partes de una cultura y de sus relaciones, tal como son conceptualizados por sus conocimientos. A tal efecto se identifican cuatro tareas en las cuales se agrupan las actividades de análisis de información recogida:

- a) Análisis de dominio,
- b) Análisis taxonómico,
- c) Análisis de componentes de significados y
- d) Descubrimiento de temas culturales (132).

El dominio es una característica simbólica (elementos esenciales para percibir y experimentar la realidad) que incluye otras subcategorías y se distinguen por los términos de cobertura que lo designan; los referentes incluidos y una relación semántica. Su estructura del dominio lo conforman los elementos: Términos inclusivo, cada término conlleva dos o más términos incluidos y la relación semántica que une a un término inclusivo con todos los términos incluidos.

Luego de la recolección de los datos, primera fase del análisis, se registraran y se transcribirán las entrevistas y las descripciones de las notas, se identificarán los términos inclusivos, las relaciones semánticas y los dominios y se registraron en el margen izquierdo de las hojas de las transcripciones (Segunda fase del análisis).

Para este estudio se tomaron en cuenta los dos tipos de Relación Semánticas: Relación semántica universales (Medio-fin, función y racional) y las expresadas por el informante (132).

Para la consolidación de cada dominio, se formularon preguntas estructurales los informantes claves, con la finalidad de probar si los términos incluidos en el formaban o no parte del mismo. De ésta forma, se interrogaron repetidamente cuestiones estructurales para verificar términos incluidos, relaciones semánticas y el lenguaje nativo y se hicieron en cada dominio los ajustes, que a criterio de los informantes claves, tuvieran a lugar. Durante esta segunda fase, se solicitó a los informantes claves, me señalen la secuencia de los dominios y que de acuerdo a su visión, indique mejor la idea de cómo era el comportamiento de los pacientes diabéticos en relación a sus prácticas de cuidados.

A continuación se procedió a la tercera fase del análisis, donde se construyeron las taxonomías. El análisis taxonómico es un procedimiento que utiliza como instrumento de organización una taxonomía (conjunto de categorías organizadas, con base a una relación semántica). Los pasos del proceso recomendado para el análisis de taxonomías son:

1. Seleccionar un dominio para el análisis taxonómico,
2. Buscar similitudes basadas en la misma relación semántica,
3. Buscar términos incluidos adicionales,

4. Buscar dominios más inclusivos que pueda incluir al dominio que hemos analizado,
5. Construir una taxonómica provisional. Realizar observaciones focalizadas o formular cuestiones estructurales para verificar la taxonomía y
6. Construir una taxonomía completa (131).

La cuarta fase referida al descubrimiento de temas culturales donde se relaciona que la gente cree y acepta como verdadero y válido con mayor o menor grado de generalidad (130). Tomando en cuenta que un tema cultural es cualquier principio cognitivo, tácito o explícito, que se repite en numerosos dominios y que sirve como una relación entre subsistemas de significado cultural (132).

3.8. Rigor Metodológico

En este sentido, los criterios que comúnmente se utilizan para evaluar la calidad científica de un estudio cualitativo y por ende su rigor metodológico. Si el estudio demuestra credibilidad, auditabilidad y adecuabilidad, posee entonces confirmabilidad (138).

Por otro lado, la credibilidad se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolecta información que produce hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y

sienten(139,140) y la adecuabilidad que no es más que la validez externa implica que los datos encontrados tengan significado para otros en situaciones similares.

La auditabilidad, llamada por otros autores confirmabilidad, se trata de la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio.

Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original, siempre y cuando tengan perspectivas similares.

Es importante destacar que por ser el presente estudio una etnografía focalizada, no se considera que sus resultados puedan ser extrapolables a otros escenarios culturales, más bien que deba ser entendido entre los límites espacio-temporales donde se desarrolló la investigación y que sirva para generar hipótesis, así como la construcción del marco referencial para otros estudios.

3.9. Consideraciones Éticas

Se tomaron en cuenta los principios éticos adoptados en el año 1971, por la Asociación Americana de Antropología. Dichos principios de manera resumida indican que el investigador debe:

1. Proteger los derechos e intereses y sensibilidades de los informantes: Este principio implica que deben examinar las implicaciones que las informaciones obtenidas tienen para los informantes.
2. Comunicar los objetivos de la investigación a los informantes: Este principio se debe considerar no sólo al inicio de cada una de las entrevistas sino durante las observaciones desarrolladas durante el trabajo. Igualmente cada vez que los informantes expresaban alguna duda con relación a su participación, se les informaban las razones y objetivos del trabajo y de su participación como informantes de forma sencilla.
3. Proteger la privacidad de los informantes: Para este criterio, se le informara a los participantes de los derechos en cuanto a permanecer de forma voluntaria durante el desarrollo de la investigación, de sentirse en libertad de expresar si están de acuerdo con los datos que se obtengan de las entrevistas y de hacer las correcciones que ellos consideren necesarias en las transcripciones de ser necesario. Así como también, una vez que inicie el trabajo de campo a cada participante la identifique con nombres pseudónimos, a fin mantenerle sus respuestas en estricta confidencialidad garantizándoles el anonimato además de la confidencialidad en el manejo de los datos.

De las consideraciones antes señaladas, se anexó la carta de Consentimiento Informado que contiene información previa del derecho que tienen los pacientes diabéticos de conocer la naturaleza de la investigación y los objetivos que se persigue para el desarrollo de la investigación. Además de la confidencialidad en todo momento para los datos que serán suministrados por ellos durante la investigación. El Comité de Evaluación Ética y Científica para la Investigación en Seres Humanos y las Pautas (CIOMS), señalan que para ayudar a evaluar la ética de las propuestas de investigación se requiere tomar en cuenta los siete requisitos que a continuación se señalan: Valor, Validez Científica, Selección Equitativa del Sujeto, Proporción riesgo-beneficio, Evaluación Independiente, Consentimiento Informado y el respeto por los Sujetos inscritos (141,142).

CAPITULO IV

REPRESENTANDO EL ESCENARIO CULTURAL

4.1.Escenario Cultural

El Estado Trujillo es el escenario donde están ubicados los hombres y mujeres diabéticos participantes en el estudio, es una de las 24 entidades Federales de Venezuela ubicada en la Región de Los Andes al suroeste del país. El Estado Trujillo es el más pequeño de los estados andinos. Se encuentra ubicado en el occidente venezolano. Sus fronteras son: por el norte, limita con los Estados Zulia y Lara, por el Sur, limita con los Estados Mérida y Barinas; por el Este, limita con el Estado Portuguesa; por el Oeste, limita con el Estado Zulia y tiene costas en el Lago de Maracaibo.

Su capital es la ciudad homónima de Trujillo. Tiene una extensión geográfica de 740 km² lo que representa el 0,81% del Territorio Nacional, posee una población estimada para el año 2015 de 807.988 de habitantes según el Instituto Nacional de Estadística, ocupando el puesto N° 17 de los estados más poblados de Venezuela (6).

Trujillo fue fundada entre marzo y abril del año 1558, por el capitán Diego García de Paredes, con este nombre en recuerdo de su pueblo natal Trujillo, ubicado

en la Extremadura española. Trujillo fue trasladada geográficamente once veces y cambiada de nombre en nueve oportunidades: Trujillo de Salamanca, Trujillo de Medellín y Trujillo de Pampán, fueron algunas de las denominaciones que recibió la capital del Estado. No fue hasta el 27 de octubre de 1570, cuando fue reubicada definitivamente en el Valle de los Mucas, a orillas del Río Castán y la quebrada de Los Cedros, con el nombre de Trujillo de Nuestra Señora de la Paz.

Se le llama "Ciudad Portátil" por la cantidad de mudanzas de las que fue objeto, desde el momento de su fundación. Los indios cuicas fueron los primeros pobladores de estas tierras. Se trataba de una tribu sedentaria, hacendosa y muy avanzada culturalmente, trabajaban en telares de algodón, y producían cerámica. En 1575 fue vencida la última resistencia indígena, al mando del cacique Pitijai. A partir de ese momento, los aborígenes fueron recogidos en encomiendas y asentamientos, formando primitivos latifundios.

Por Ley de División Político-Territorial de 1856, Trujillo pasa a ser una de las 21 provincias de la República y al triunfar la Revolución Federal, en el año 1864, se proclama el Estado Trujillo conformado por los Departamentos Trujillo, Boconó, Carache, Betijoque, Escuque y Valera. En la Constitución de 1881, pasó a formar parte del Gran Estado de los Andes, junto con los Estados Mérida y Táchira. El 3 de Febrero de 1889, la Legislatura de este último declara disuelto dicho Estado, quedando constituida la sección Trujillo en el estado Trujillo con Capital en la ciudad

del mismo nombre. Desde entonces Trujillo ha conservado su carácter del Estado de la República de Venezuela.

Se caracteriza por presentar un relieve muy accidentado, donde 69% de su superficie lo constituyen espacios montañosos y reducidos valles intramontanos; 17% corresponde a una transición entre relieves accidentados y áreas bajas circundantes y 14% representado por una extensa área plana en forma de planicie de explayamiento y desbordamiento. La vegetación es muy variada debido a los diferentes niveles que la llevan desde el nivel del lago hasta las cumbres de la cordillera. Es así como de los manglares a la orilla del lago, van pasando a pastos mezclados con árboles en los llanos del Cenizo, hasta llegar a las selvas con árboles grandes y a la vegetación de frailejones en los páramos.

Existen dos grandes cuencas principales: la cuenca hidrográfica del Río Motatán, que vierte sus aguas en la hoya del Lago de Maracaibo, constituye la cuenca de mayor superficie y es la principal fuente de agua disponible, tanto para consumo humano y la cuenca del río Boconó que drena sus aguas al río Orinoco y representa una superficie de 1.600 Km² disponiendo de aguas superficiales para dotar de acueductos a todos los centros poblados localizados dentro de ella. La variedad de la altitud del estado Trujillo, desde el nivel del mar hasta las cumbres superiores a los 3.000 m, favorece su diversidad climática, aunque la temperatura media anual de la ciudad de Trujillo es de 23,5°C, ella aumenta hacia las tierras bajas del Motatán, la

mayoría de los centros poblados (Valera, Trujillo, Betijoque, Isnotú, Sabana Libre, etc.) se ubican en el piso tropical alto (300 a 800 metros sobre el nivel del mar), la precipitación media anual en la misma ciudad capital se sitúa aproximadamente en 936 mm.

Desde sus inicios, Trujillo adquiere gran importancia económica. Por una parte, exportaba cueros, cordobanes, alfombras, trigo y fruta hacia Las Antillas. Por otro lado, constituía una ciudad de tránsito desde los llanos hasta los puertos del estado Zulia, para transportar tabaco y cacao. Este Estado ha sido escenario de varios momentos cumbres de la historia de Venezuela, el 15 de junio de 1813 Simón Bolívar proclama el Decreto de Guerra a Muerte; en 1820 se firma entre Pablo Morillo y el Libertador el Tratado de Armisticio y de Regularización de la Guerra; y se promueve la liberación de Maracaibo de manos de los españoles (6).

La actividad económica es fundamentalmente agrícola, pero también ganadero y gracias a las bellezas de sus paisajes y pueblecitos, se está desarrollando un importante avance turístico. En la agricultura, es el principal productor nacional de plátanos, cambures y arvejas, segundo productor de papa, remolacha, zanahoria, lechuga, repollo y piña, también es importante productor de café, caña de azúcar, maíz, caraota, yuca, apio, coliflor, vainita y ajo. La ganadería es principalmente bovina y porcina; en las Industrias: cemento, industrias alimenticias y bebidas. En la

cría: avícola, bovino, ovino y porcino. En la pesca: cazón, lisa, raya y robalo, cangrejo (crustáceo).

En referencia al turismo nos encontramos con el Monumento al Armisticio y el de la Virgen de la Paz, éste queda al sur de la ciudad allí se contempla su altura, belleza y la Virgen, parece que estuviera bendiciendo a la ciudad, por ese mismo camino se puede seguir hasta San Lázaro y Santiago. En Betijoque se encuentra el Parque Esteban Valera y La Abejita, que tiene un hermoso mirador de donde se divisa el lago de Maracaibo, Boconó es la ciudad más hermosa del estado y posee el Mirador Natural de Las Lomas.

Otro lugar importante es el pueblo natal del Dr. José Gregorio Hernández Isnotú que tiene un museo y una capilla. En cuanto a su cultura en el Estado la fiesta de los Zaragozas, es una celebración que se realiza el 28 de diciembre, día de los Santos Inocentes, tanto en Trujillo como en el Estado Lara, ésta reúne símbolos paganos y cristianos.

Resulta pertinente mencionar los veinte (20) municipios que conforman el Edo. Trujillo, son los siguientes: Andrés Bello, Boconó, Bolívar, Candelaria, Carache, Escuque, José Felipe Márquez Cañizalez, Juan Vicente Campo Elías, La Ceiba, Miranda, Motatán, Pampán, Pampanito, Rafael Rangel, San Rafael de Carvajal, Sucre, Trujillo, Urdaneta y Valera (6).

En este sentido solo el Municipio San Rafael de Carvajal forma parte del estudio. Este municipio situado en el Centro-Occidente del Estado Trujillo, en tiempos pasados este lugar poseía terrenos con abundante cocuiza, era de clima cálido y lluvioso, con vigorosas nacientes de agua y ríos; se le denominó también por los indígenas: "Estovacuy", que significaba en el idioma "nativo" sencillamente "Sabana de las Cocuizas" la hermosa "Sabana de las Cocuizas", "Sabana de los Truenos", "Sabana de los Ruices" o simplemente nuestra "Sabana Larga"; es la parroquia capital del pujante "Municipio del Futuro", que lleva orgullosamente su nombre.

Fundada en 1670, cuando el Capitán español Baltasar de Carvajal, llegó a caballo proveniente de las llanuras de Yaracuy y decretó formalmente su constitución. En ese tiempo, Baltasar de Carvajal conquistó a una civilización de aborígenes; era una aldea de cristalina pureza original poblada por indígenas Momboyes y Escuqueyes, provenientes de la nación Timoto-Cuica. Este territorio era bordeado por los ríos Motatán y Jiménez de exuberantes bosques tropicales, notables sembradíos, amplias sabanas y agradable chozas.

Ha pasado el tiempo y este hermoso dominio que se extiende en sus límites **Norte:** Parroquias Pampanito II del Municipio Pampanito y Motatán del Municipio Motatán. **Sur:** Parroquias Juan Ignacio Montilla y La Beatriz del Municipio Valera, Chiquinquirá del Municipio Trujillo y Santiago del Municipio Urdaneta. **Este:** Parroquia Chiquinquirá del Municipio Trujillo. **Oeste:** Parroquias Mercedes Díaz y

San Luis del Municipio Valera y Motatán del Municipio Motatán. Su temperatura: 24°, Superficie 84 km² y una altitud: 657 msnm (143).

San Rafael de Carvajal, cuenta con 55.409 mil habitantes en el 2011 según el libro: "Venezuela, Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2035" de la edición oficial de la Oficina Central de Estadística e Informática (144). Tiene cuatro (04) parroquias: Carvajal siendo su capital, Campo Alegre, Antonio Nicolás Briceño, y José Leonardo Suárez. Los informantes del estudio vivían en las parroquias Carvajal y Campo Alegre. 3 de las informantes mujeres en Carvajal y 3 informantes masculinos en Campo Alegre.

Este municipio cuenta con atractivos naturales como el Balneario Río Jiménez, Montaña Alto de la Cruz, La Cueva del Indio (extraen arcilla y existen figuras indígenas) y El Mirador. Asimismo de Monumentos Históricos: El Trapiche "El Turagual" Plaza Colón, Plaza "Negra Matea". Tiene museos, centros comerciales, clubes, gimnasios, plazas y aeropuerto. Elaboración de Cestería (Mesa de Chipuén y Canta Rana), elaboración de Cerámica y Arcilla, Elaboración de acemas, pan criollo y mistela.

Entre sus tradiciones (fiestas y costumbres) encontramos los Penitentes de La Cejita, Semana Santa, Chimbanguales de Campo Alegre, 1 de enero, Escenificación del Vía Crucis Viviente. Búsqueda y Serenada del Niño Jesús, Festividades de San

Rafael de Carvajal (24 de Octubre); así mismo dentro de sus tradiciones, ponen sus Creencias en el Curandero José del Carmen (fallecido) en Cubita, el Sobandero Sr. Jorge en el Sector Cubita y Curandera del Mal de Ojo, Eulalia Monsalve (El Turagual) como medicina natural consumían bebedizos: malojillo, toronjil, hierba buena, entre otros(145). Es relevante señalar, que el contexto en que viven y se desenvuelven los seres humanos nos proporciona conjuntos de significados que usamos constante y cotidianamente, a través de las visitas en los hogares de los pacientes diabéticos, logré apreciar el agrado de poder participar en la investigación, y manifestar la disposición de ellos en todo momento para permitirme entrar en sus hogares, establecer el dialogo y hablarme de sus preocupaciones, situaciones familiares, que ellos consideraran significativo.

En tal sentido me permitió observar la cotidianidad de su contexto y el comportamiento de los mismos y de los miembros de cada una de los familiares presentes para el momento de las visitas. Es extraordinario compartir estas experiencias y además de visualizar las condiciones que en algunos casos son poco favorables para el sustento de la salud, así como también ver como estos informantes a pesar de su situación de salud ven con mucho optimismo su futuro y se esmeran en propiciar el mismo, con el apoyo de sus familiares.

4.2. Características de los Domicilios

La vivienda constituye la unidad que alberga a los hogares, que están conformados por las personas y constituye un elemento clave en las sociedades, entendiéndose estas como un bien económico y de resguardo, donde habitualmente se encuentran y tienen sus principales intereses familiares e inversiones; así como también se desarrollan los miembros que los habitan en el plano físico mental y social.

La familia en el proceso de salud juega un papel fundamental, motivado a que allí sus miembros ponen en práctica la solidaridad, la comprensión, el amor, entre otros valores para sobrellevar cualquier situación por las que atraviese uno de sus integrantes como es el caso de las personas que presentan diabetes.

En general la situación legal de las viviendas de los diabéticos estudiados es propia y una alquilada, en cuanto a estructura son similares en el estilo de construcción, número y distribución de cuartos y amoblado. En la construcción de las casas tienen paredes de bloques, techos de concreto, planos y pisos de cemento o cerámica, ventanas de armazón metálica, puertas de madera y en tamboradas con protección de hierro, paredes frisadas y pintadas, con servicio de agua dentro de la casa.

Las viviendas tienen buenas condiciones sanitarias y distribución de los espacios por áreas de dos a tres habitaciones, cocina, sala comedor y baño interior, lavadero en el área externa y corredor. La calidad del mobiliario es proporcional a la calidad de la construcción, camas en todos los cuartos, un armario o escaparate, sala comedor con sillas y mesas grandes, en algunos vitrinas de formica o madera, poseen todos los enseres y electrodomésticos, entre ellos ventiladores, aires acondicionados, lavadora, televisor, cafeteras y nevera.

En uno de los domicilios encontré estampas de figuras religiosas colgadas en las paredes, en la puerta principal, los dormitorios y en la cocina, las cuales responden a sus creencias mágicas religiosas, también observe presencia de mascotas (perros, loros, guacamayas). Una situación vivida en una de las visitas ilustra lo que representa para ellas la presencia de esas imágenes en su hogar:

“Este es mi pastor, señala para la puerta, donde se encuentra un afiche del Papa Juan Pablo, yo lo amo profundamente, yo le pido, no solamente por mi diabetes, sino también por el Parkinson, yo le tengo mucha fe a él, y a mi divina misericordia, ese es el papa de todos, a ellos le pido por mi salud, que por favor no me vaya a dejar que me piquen nada”

“Bueno a Dios primeramente pidiéndole pue que me ayude a recuperarme, a la virgen y a todos los santos, tengo estampitas, de los santos las cargo conmigo para todas partes que voy, José Gregorio, Jesús, la virgen de Coromoto que es nuestra patrona, mi patrona que es la virgen de Chiquinquirá.”

Por otra parte, tienen servicio de INTERCABLE, CANTV e INTERNET, cuenta con servicio de aseo urbano, electricidad, el agua potable es abastecido por el acueducto de Valera ya que el municipio es una meseta, el agua llega a los hogares a través de tuberías, y la recolectan en tanques de cementos y plásticos para su consumo, las aguas servidas están canalizadas.

La adquisición de las viviendas fueron espacios de tierra que compraron para la construcción de las mismas por el Instituto Nacional de la Vivienda (INAVI), pagando mensualmente por Ley de Política Habitacional con 20 años de plazo, una alquilada con opción a compra.

Por lo general en todos los hogares que se visitaron tienen buen acceso de vialidad, calles asfaltadas, hay transporte colectivo público, cuenta con tres líneas urbanas con autobuses, camionetas, y carros.

Otro aspecto importante a destacar, es que se cuenta con los servicios médicos-asistenciales (públicos) la Parroquia de Carvajal dispone de 2 Ambulatorios Rurales I: ARI Alto de la Cruz; ARI San Genaro. Igualmente la parroquia Campo Alegre cuenta con 1 Ambulatorio Urbano I Mariano Briceño, con dependencia pública del Ministerio Popular para la Salud, es pertinente mencionar que el Municipio Carvajal cuenta con un Centro de Diagnóstico Integral, en casos que no puedan resolver lo trasladan a Valera al Hospital Central Piloto “Dr. Pedro Emilio

Carrillo” con dependencia del Ministerio Popular para la Salud, o al Hospital “Dr. Juan Motezuma Ginnari” dependencia adscrita al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, siendo este el centro de salud, el laboratorio de estudio donde se desarrolló el trabajo de investigación.

Encontré en los patios de los domicilios de los diabéticos una "matica" de sábila, orégano, llantén, malojillo, chaya; y árboles tales como: aguacate, naranja, guayaba, mango, presencias que responden, más que a razones ornamentales, alimenticias, medicinales o mágico-religiosas, a una necesidad regida por un apego ancestral: que la vida es más llevadera rodeada de las plantas, como lo reza unos de los informantes:

“Mi mamá tomaba por tradición de la abuela, en los patios, ella sembraba lo que era la yerba sagrada, la chaya, malojillo, ella arrancaba las ramita, y se hacía los bebedizos.”

El comercio del sector de Carvajal es similar al de cualquier zona de la ciudad de Valera, dedicado a satisfacer las necesidades primarias de la población y a proveer los servicios comunes (panaderías, talleres de reparación, peluquerías, fruterías, carnicerías, licorerías, entre otros).

Los comercios se encuentran a lo largo de las calles principales, algunos, especialmente los talleres de reparación, polleras, supermercados y abastos,

actualmente se observan grandes colas para adquirir los alimentos de primera necesidad, las licorerías, se hallan diseminadas en todas las áreas de la parroquia. En algunos casos, dentro de las casas existen pequeños negocios familiares, con actividades variadas, tales como preparación y venta de comida, arreglos de costura, transporte escolar, como lo menciona una de las pacientes.

“Duber se para a las 5 am, y hago café para él, y para mí un té, el desayuno después que viene de hacer el transporte de los niños, algo encuentro para hacer, por ejemplo ahorita estoy haciendo a Yunexy mi yerna, le estoy cosiéndole el moisés y un montón de cosas, porque ella va tener un bebé”

4.3. Las Familias de los Pacientes diabéticos

Entendemos por familia al grupo primario del ser humano, se define como el grupo social básico, creado por los vínculos del matrimonio o parentesco que se encuentra presente en todas las sociedades y es considerada por muchos como base y célula de la sociedad. Los pacientes que participaron en el estudio, su lugar de nacimiento correspondía a los Estados: Trujillo (4), Caracas (1), Zulia (1) con más de 20 años residenciados en el Estado. En cuanto a su unión la mayoría de los informantes son casados, viuda (1) unión a través de concubinato (1). Cabe destacar que la mayoría de las familias eran de tipo nucleares (146).

En cuanto a la sostenibilidad económica es ejercida por la pareja, 3 de las familias reciben el pago por jubilación y pensión ayudándose como familia

económicamente, 2 de las familias están activos, reciben un sueldo de 8.000 mil, una sola familia era monoparental encabezada por la madre con una sola hija. Ahora bien la hegemonía en cuanto a la toma de decisiones por lo general estaba determinada por los esposos.

Los estratos socioeconómicos que predominaron en las familias de los pacientes diabéticos fueron I y III, niveles no pobres según la clasificación de Graffar Modificado (147); el 90% de las familias recibe un sueldo mayor a los 12.000 Bolívares mensuales. La situación económica es favorable ya que las pareja aportan sus ingresos, pero a pesar de tener ingresos que superan el sueldo mínimo le resulta insuficiente para satisfacer las necesidades básicas, la enfermedad crónica que requiere medicación, dieta y exámenes, como es el caso de los diabéticos, ahora con la situación económica que se vive, no se encuentra nada, el poder adquisitivo de estas familias se ve comprometido ya que adquieren los productos alimenticios con altos costos por lo que, los lleva a un descenso en el consumo de carnes rojas, pollo, pescado, legumbres, hortalizas y frutas. Así mismo en ocasiones no se encuentran las medicinas, como la insulina. Una informante expresaba:

“Cónchale, que es una enfermedad que es bastante complicada por otras enfermedades que trae, y que hay que cuidarla mucho y que se consigue muy poco los medicamentos y que uno tiene que cuidarse de la alimentación sobre todo. Ellos dicen que es muy delicada en el sentido del control de su dieta, cuidados personales, y en cuanto al tratamiento A parte del bolsillo por así decirlo, el hecho de cuidarse”

La situación económica que actualmente vive Venezuela producto de los altos niveles inflacionarios y la falta de divisas necesarias para adquirir materia prima o productos terminados de mercados internacionales ha distorsionado la economía del país, y con ello se ha incrementado el costo de los alimentos a pesar de los esfuerzos del estado venezolano en garantizar los alimentos de la cesta básica. Este hecho, indiscutiblemente ha venido repercutiendo en las posibilidades de cumplimiento de un régimen alimentario conveniente por parte de los diabéticos. Además tienen dificultades para el acceso a los medicamentos y los exámenes de laboratorio que tienen indicado en su tratamiento, así lo refiere una de las informantes del estudio:

‘Yo tengo la azúcar alta’ de una vez me mando hacer el examen, como ahora no se consigue esas las tiras, y en efecto la tengo alta’’

‘‘Me di cuenta que no me puedo salir de mi dieta, algunos errores que uno comete, tengo una semana prácticamente que me enferme con la azúcar alta y no me ha bajado, ahorita estoy en dieta total, comiendo lechuga, tomate, atún, hay momentos que no quiero comer’’

‘‘He mejorado la alimentación mía, he dejado no quitarme totalmente los carbohidratos pero si tratar de mantener la dieta que la doctora me coloco’’

Esta situación económica tan notoria que vive el estado venezolano, en las familias se ha visto un deterioro de las condiciones de salud y en el caso específico de los pacientes diabéticos, a una disminución de las posibilidades de cumplimiento de un tratamiento adecuado. El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales tiene un Programa Nacional para la atención de los diabéticos donde se garantiza la entrega

gratuita de insulina e hipoglucemiantes a los pacientes diabéticos, en los dos últimos años no se está cumpliendo a cabalidad por la escases que hay en los centros de salud del estado. Señala un informante externo:

“Yo voy a decir esta cosa, que los médicos no indican otro tipo de medicamentos, que no sean los fármacos”

“Ahorita ya las pastillas no me hacían efecto, y bueno el Dr. me dijo, bueno Luis tengo que colocarte insulina, me recomendó la Lantus, y hasta los momentos tengo la misma, y esa me la pongo Yo, y a veces Carmen mi esposa”. Aunque es muy difícil encontrarla y a veces hay que solicitar auxilio de familiares que viven fuera del Estado para obtenerla.

Lo señalado anteriormente condiciona la capacidad de la familia para brindar cuidado de salud o hacer frente a las dificultades que se le presenten en este aspecto. En relación a los roles desempeñados por los diferentes miembros de las familia, asumen la función del cuidado de la salud, sea el esposo o la esposa recibe información del proceso salud - enfermedad y la lleva a la practica en el cuidado de su pareja.

“Aunque yo siempre trato de salir de mi casa, acondicionada, ya me he inyectado la insulina mi esposo me la inyecta”

4.4. La Admisión de los Pacientes Diabéticos en el Hospital

Cuando un paciente es admitido en la Unidad de Medicina Interna del hospital, ingresa por el Área de la Emergencia, en compañía de su familiar y son

ubicados en la sala según el sexo. Dependiendo de su estado, los paciente es ingresan de diferentes formas.

“en una oportunidad me fui hacerme unos exámenes, ¡yo todos los años me hacia los exámenes! En un año me apareció esto así y bueno me colocaron tratamiento de pastillas y me mantuve pues digamos bien con la diabetes”

“cuando a mí me descubrieron la diabetes me sentía muy mal, yo todas las noches antes de acostarme comía torta y tres leches, claro yo me la busque, yo nunca pensé que me iba a enfermar de diabetes. La Dra. que me descubrió la diabetes, unas de las cosas que ella me dijo, el primer día fue mamita a mí me da lástima, pero tiene una D en la frente” me dijo Maritza te voy a pedir un favor, no tomes nada, que no te indique”

Tuve un accidente se me hizo un absceso allí fue donde me dijeron me diagnosticaron que tenía diabetes”

“porque la Diabetes a veces a uno lo sorprende, porque yo nunca había sido diabética, con una rabia que cogí me dio un infarto y a raíz de allí me pronosticaron diabetes, pero toda mi familia es diabética, mi mama murió de diabetes, mi papá murió de diabetes, todos mi abuela mi abuelo, todos los que han muerto han muerto de diabetes”

“A el cuándo le descubrieron la diabetes, fue por una hemorragia, él se acostó a dormir, cuando llegó del trabajo y cuando se despertó sintió un sabor de sangre, así en la boca, y cuando miro la almohada tenia sangre, yo estaba muy pequeña, pero nos llamó la atención a todos en la casa, este, se llevó a la emergencia del seguro social, le hicieron los estudios, le dijeron que era una hemorragia interna y que provenía de la vista, entonces le hicieron los estudios respectivos, se llevó a la clínica de Maracaibo, se realizaron unas operaciones, para salvar la vista, porque tuvo desprendimiento de retina, y ahí fue donde se dieron cuenta que era diabético, que había sido por la diabetes, que se descubrió fue una diabetes emocional, diabetes mellitus pero emocional, porque él era maestro de obra”

“ellos me llegan a la emergencia diciendo que están mareados, que toman mucha agua y que están orinando mucho, más que todos esos son los tres síntomas que más señalan.”

“Otros ingresan con pie diabético, la parte renal y polineuropatías diabéticas, estas son las más frecuentes”

Generalmente cuando los pacientes con diagnóstico de DM ingresan con un mal control metabólico y requiere hospitalización de algunas semanas hasta alcanzar la estabilidad metabólica y la educación requerida para realizarse sus cuidados en el hogar.

“Fue hospitalizado un paciente al Servicio de Medicina, el hombre venía referido de Emergencia de Adultos, con glicemias elevadas (240 mg/dl) y pie diabético, lo trasladaba el camillero del servicio en sillas de rueda, acompañado de los familiares. La enfermera de la Unidad lo recibe y lo ubica en la respectiva habitación de hospitalización ubicada en el mismo centro hospitalario y le explicó todos los cuidados que iba a recibir. El paciente manifestaba dolor, y ansioso por el mal olor que despedía la ulcera en el pie derecho” (Notas de Observación)

El paciente tiene una estadía de 30 días, ya con signos de desesperación por regresar a su grupo familiar. Una vez resuelto su control metabólico y controlada la infección de las partes blandas (ulcera del pie), el paciente es dado de alta. En este momento la enfermera proporciona las últimas orientaciones con detalle y le explica los controles en su hogar y en que debe seguir a partir de su alta.

Un individuo con diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a su familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud, exigen de ellos unos cuidados continuos y constantes en el domicilio, es requisito que un familiar tenga al igual que ellos un aprendizaje específico que garantice la continuidad del tratamiento en el hogar. Tal como lo expresa la hija de un informante del estudio: *“Los cuidados personales él se lo daba, y nosotros también, nunca se dejó solo”*.

CAPITULO V

DOMINIOS CULTURALES

5.1. **Dominio Cultural 1:** “Aprender a cuidarse es una forma de protegerse de la enfermedad”

Los seres humanos, en cualquier lugar, siempre están inmersos y en relación dinámica con la cultura que los rodea. Este es un poderoso legado que el hombre mismo ha ido construyendo a través de su historia y que, en relación dinámica con él, lo influye y lo moldea. Es así como se afirma que sin hombre no hay cultura por cierto, pero igualmente y esto más significativo, sin cultura no hay hombre (148).

Para los profesionales del cuidado de la salud no podría pasar desapercibida la cultura, como una variable que no solo afecta a los receptores del cuidado, sino también a ellos mismos. La cultura influencia nuestro desarrollo como seres humanos desde lo biológico, lo psicológico, lo social y, por supuesto, lo cultural en sí mismo(149).

Cuidar de la vida es quizás la acción mínima fundamental de un conglomerado humano. Es algo que no sólo se relaciona con la reacción instintiva de protegerse en forma individual o de grupo ante externo que amenace a la persona o al conjunto, sino que se trata de una acción consciente, concertada y premeditada con

buenas bases fisiológicas (150). Entender como profesionales de enfermería el sentido de las costumbres, los valores y las creencias asociadas al cuidado de las personas diagnosticada con DM, permite anticiparse a ofrecer acciones de cuidado congruentes con la cultura a la que pertenece estas familias.

El cuidado culturalmente congruente según Lenniger es el conocimiento, los actos y las decisiones de cuidado cultural usadas en forma sensible y reconocible para ajustar apropiada y significativamente los valores, creencias y estilos de vida de los pacientes para su salud y bienestar, o para prevenir enfermedad, discapacidades o muerte (151).

El cuidado está culturalmente constituido o epistémicamente enraizado en las formas de vida étnicas de la gente, pero existen diversas formas, expresiones, patrones, significados, estructuras y atributos del cuidado cultural en todo el mundo.

El cuidado que requieren personas con enfermedades crónicas como la DM consiste en asistencia médica continua y educación para prevenir las complicaciones agudas y reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo. Según los diabéticos entrevistados las formas de cuidarse se relacionan con el cumplimiento del plan de alimentación, cumplir el tratamiento médico, cuidado de los pies, de la piel y el cuerpo.

Lo emico del significado de las formas de cuidarse con relación al plan de alimentación, que tienen los diabéticos del estudio involucra conductas no placenteras como la disminución o eliminación de alimentos (*tortas, caramelos, dulce de lechosa, coca cola, azúcar blanca, harinas*) tradicionales en la sociedad trujillana, lo que algunas veces deprimen a la persona diabética. Algunos refirieron que seguir la dieta era usar panela o esplenda. Estos factores de la disciplina de un buen cuidado, difícil de mantener, a pesar del hecho de que el régimen alimenticio y el estilo de vida son ejemplos clásicos de vida saludable. El conocimiento modifica necesariamente el comportamiento.

Del mismo modo, los informantes manifiestan en algunos casos seguir las indicaciones del plan alimentario, con sus excepciones, más sin embargo están otras opiniones, donde manifiestan hacer caso omiso de las indicaciones y cuidados sugeridos.

“Me di cuenta que no me puedo salir de mi dieta, algunos errores que uno comete, tengo una semana prácticamente que me enferme con la azúcar alta y no me ha bajado”

“El cuidado en mi alimentación que comida debo ingerir”

“el estilo de vida cambia, tiene que eliminar los carbohidratos, tienen que eliminar las harinas, tienen que eliminar las azúcares”

“Cuidarse este de no comer dulce, no consumir azúcar sino solamente esplenda, o sea, eso es lo que me manda mi médico”

“No comer dulce, que si esto. No comer harina entonces imagínese, con lo que a uno más le gusta, hay ¡Dios mío! entonces uno sufre”

Lo emico del significado de las formas de cuidarse con relación a la alimentación, que tiene el diabético se encuentra arraigado en su etnohistoria personal, social y familiar.

La mayoría de los diabéticos expresaron semejantes cuidados en relación a los pies y el cuerpo y el cumplimiento del tratamiento medico. A continuación se describen expresiones de los informantes que participaron en el estudio:

“Voy al médico periódicamente, me controlo la glicemia”

“Puedo vivir con ella, con el tratamiento y la dieta”

“Cuidarse de no cortarse, cuidarse los pies”

“Uno tiene que aprender a vivir con ella, yo vivo tranquila con ella y eso que yo no sigo esas dietas exageradas”

“Aunque a veces a uno le da como un poquito de ganas de cometer un pecado y comete su pecadito.”

“La piel se reseca tanto que tengo que usar cremas hidratantes en la mañana”

“Los cuidados que yo tengo, es cuando me voy hacer la limpieza de los pies el corte de uña, tengo cuidados que los cortes sean horizontal, no alrededor de la uña, porque puede producir infección”

“No golpearse los pies”.

“Cuando me baño me seco muy bien mis pies, y me los protejo con medias y eso yo lo cuido mucho lo que son mis pies”

La higiene personal es el concepto básico del aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo, es una parte importante de nuestra vida cotidiana, en los diabéticos de este estudio se resalta dentro de los cuidados, la práctica del cuidado de los pies, teniendo en cuenta que siempre deben estar limpios y secos, además hace más énfasis en la protección con medias.

Al analizar el cuidado desde la perspectiva de Leininger (151), se evidencio que éste implica aprender de las experiencias vividas por las personas durante su ciclo vital, con el propósito de poder acercarme a la manera particular de vivir de cada persona, para poder establecer acciones de cuidado coherentes con la cultura.

Dominio 1: “Aprender a cuidarse es una forma de protegerse de la enfermedad”

Relación semántica: Medio-Fin

Forma: X es una manera de Y

Ejemplo: Cumplir el plan de la alimentación es una manera de cuidarse

X Términos Incluidos	Relación Semántica	Y Términos inclusivo o dominio
- Cumplir el plan de la alimentación - Cumplir el tratamiento medico - Cuidarse los pies - Cuidado del cuerpo	Es una manera de	Aprender a Cuidarse

Taxonomía 1: “Aprender a cuidarse es una forma de protegerse de la enfermedad”

Cumplir el plan de la alimentación - Evitar los Caramelos

sobre todo	<ul style="list-style-type: none">- Dulce de lechosa- No comer Tortas- No beber Coca cola- No Azúcar blanca, usar panela- Tienen que eliminar las harinas- No consumir azúcar sino esplenda- Limitaciones en el consumo de algunos alimentos.
Cumplir el tratamiento medico	<ul style="list-style-type: none">- Asistir al control medico- Exámenes de orina periódico- Control de glicemia capilar.- Inyectarse insulina- El control cardiológico.- Consulta con el odontólogo- Hacerse los exámenes de la vista y riñones dos veces al año.
Cuidarse los pies	<ul style="list-style-type: none">- El corte de las uñas, tiene que hacerlo una persona especializada- Me seco muy bien mis pies, y me los protejo con medias- Los cuidados de limpieza de los pies el corte de uña, sean horizontal, no alrededor de la uña
Cuidados del cuerpo	<ul style="list-style-type: none">- La piel se reseca tanto que tengo que usar cremas hidratantes en la mañana, en la tarde en la noche.- Tengo que estar revisando mis órganos genitales porque he sido presa de los hongos.

5.2.Dominio Cultural 2: Complicaciones de tener DM"

La diabetes es un desorden crónico metabólico que afecta la habilidad del cuerpo para producir o responder a la insulina. Es una de las enfermedades más frecuentes en todo el mundo y un problema de salud pública debido a sus complicaciones crónicas y agudas.

Las complicaciones de la diabetes, se componen de microvasculares (lesiones de los vasos sanguíneos pequeños) y macrovasculares (lesiones de vasos sanguíneos más grandes). Las complicaciones microvasculares son lesiones oculares (retinopatía) que desembocan en la ceguera; lesiones renales (nefropatía) que acaban en insuficiencia renal; y lesiones de los nervios que ocasionan impotencia y pie diabético (que a veces obliga a amputar como consecuencia de infecciones muy graves). Las complicaciones macrovasculares son las enfermedades cardiovasculares, como los ataques cardíacos, los accidentes cerebrovasculares y la insuficiencia circulatoria en los miembros inferiores (152).

La diabetes aumenta el riesgo de muchos problemas de salud graves, estos son los testimonios de los informantes con diabetes, que participaron en esta investigación.

“porque dicen que el diabético al golpearse y romperse el diabético allí no vuelve hacer normal eso se va prolongando la herida, herida hasta

que llega el momento de una pierna, la otra pierna cuando uno viene a ver uno se muere sin miembros”

“Las complicaciones con que ellos me llegan es con pie diabético, la parte renal y polineuropatías diabéticas, estas son las más frecuentes”

“Lo que he tenido de complicaciones que la azúcar me ha hecho, problemas con la erección, he tenido problemas de la vista y hoy en día he perdido hasta la pierna, me han amputado”

“Mi papá tuvo, primero de la vista, luego de la próstata, inflamación de los testículos, se lo tuvieron que quitar, el pie diabético, le amputaron una pierna, esa fue la última enfermedad que él se vio, por parte médica en el hospital, hiperglicemias, hipoglicemias, y la última vez fue una erupción que le salió en todo el cuerpo, y descompensación emocionalmente, y de allí para acá, duro muy poquito, eso se enfermó 15 días, no quería nada, y allí fue donde, se nos murió.”

“El infarto que me dio, más nada, y cuando cojo rabia la azúcar se eleva muchos”

La diabetes es una enfermedad que daña muchos órganos en el cuerpo, incluyendo el corazón y los vasos sanguíneos, nervios, riñones y ojos, que en conjunto producen disminución en la calidad de vida, limitación funcional y en algunos casos hasta la muerte.

En presencia de cualquiera de las manifestaciones clínicas que caracterizan a las complicaciones agudas, es de vital importancia el rápido reconocimiento por parte del personal de salud, y siendo la enfermera la encargada directa en el paciente hospitalizado debe estar preparada para adoptar medidas que según la gravedad del caso pueda resolver por sí misma, o informar al médico tratante (153,154).

“Lo digo yo que es por la diabetes, mas y que todo me da gripe y se me convierte en otra cosa del pecho”

“Unas de las complicaciones más cercanas son neumonía, las infecciones urinarias que jamás en mi vida había tenido yo, y posterior a ser diabética tengo que cuidarme, y los hongos que he sido presa de ellos”

“Después de una complicación, así si toman conciencia y empieza a cambiar su estilo de vida”

En este sentido es importante conocer sus experiencias previas en relación a este tema, permitiendo al profesional de salud incentivar y estimular una postura pro-activa y copartícipe en el autocuidado, y así el individuo adquiera su responsabilidad en la terapéutica, se hace necesario que domine conocimientos y desarrolle habilidades para el autocuidado.

Dominio Cultural 2: Complicaciones de tener DM

Relación semántica: Causa efecto

Forma: X es el resultado de Y

Ejemplo: Las enfermedades paralelas es el resultado de complicación tener DM

X Términos Incluidos	Relación X es el resultado de Y	Y Términos inclusivo o dominio
- Enfermedades paralelas	Es el resultado de	Tener diabetes
- Cambios de humor		
- Disminución de la actividad sexual		

Taxonomía 2- Complicaciones de tener DM

- Enfermedades paralelas
 - Le sales a uno después como que te dan enfermedades paralelas como de los pulmones, de los bronquios.
 - *Va destruyendo la vida de uno*
 - Daños en La vista,
 - Daños en el oído
 - Daños circulatorios
 - Daños en la piel.
 - Infecciones urinarias
 - Apuntación de los miembros
 - Fracturas

 - Cambios de humor
 - Peleas frecuente con la familia
 - El diabético tiende a ser agresivo
 - Se me van los taponos
 - Uno se calorizaba
 - Impulsos de las rabias

 - Disminución de la actividad sexual
 - Ya no me provoca
 - Una se enfría
 - Me salen hongos
 - Tuve un decaimiento
 - no me gusta tener sexo
 - He tenido problemas con la erección

 - Cambios en la vida social
 - Mi papá ya no comparte en las reuniones
 - Yo tuve que dejar de hacer deporte, jugar béisbol, softbol, volibol, bolas criollas.
 - Haciendo deporte hay muchos vicios
 - Voy a cumpleaños, pero no como los disparates que ellos comen
 - Disminución del consumo de alcohol
-

5.3.Dominio Cultural 3: La herencia es una razón del origen de la enfermedad "

La DM es definida por los y las participantes como enfermedad desde la experiencia física o corporal, sin diferencia según género, no hubo un concepto cultural unificado frente a la diabetes; cada informante diabético tenía su propia

apreciación, derivada de sus creencias, sus vivencias y de la comunicación en su entorno sociocultural.

Los pacientes expresaron el conocimiento de la enfermedad desde lo fisiológico como elevada presencia de azúcar en el organismo, y responsabilizan al factor genético de ser la causa de la diabetes; comentan que los abuelos, los tíos y los hermanos eran diabéticos y por eso a ellos les dio también. Estas son sus expresiones:

“La diabetes aumento de la azúcar en la sangre, me parece que es, el Exceso del consumo de grasa, carbohidratos, azúcares, cuando el sujeto ingiere estas sin un control, el páncreas se ve obligado de aumentar la insulina para metabolizar estos carbohidratos”

“Yo pienso que eso es hereditario, por mi familia ¡porque yo me iba a quedar por fuera! porque todos tenemos diabetes mis hermanos, los únicos que se han salvado un poquito mis sobrinos, todos por herencia creo que es.”

“Bueno, yo vengo de una familia que la mayoría hemos terminado Diabéticos

“Pues, si soy honesto es hereditario mi creencia es que la diabetes se puede curar si uno se cuida como ser humano”

Existen elementos “detonantes” mencionados de manera reiterada por las mujeres y los hombres diabéticos, entre los que se destacan la herencia familiar, el estrés, el nerviosismo y la alimentación, otros atribuyen la causa de la diabetes a sus estilos de vida como el consumo de alcohol, sedentarismo, el alto consumo de bebidas coca-colas y de dulces, ven esta enfermedad como un castigo por algo que

hicieron mal en su vida, o como un castigo divino para probar la fe, entre otras. Así lo hace ver los diferentes testimonios de los informantes.

“creo que era porque a mí me gustaba comer mucho dulce, mucho me gustaba, de hecho yo era una experta haciendo tortas y todo porque a mí me gustaba comer dulce”

“tiene que ser por el patrón cultural, de comer cosas que no se deben, comer en exceso, tomar licor, yo creo que de allí viene eso de los malos hábitos que se tiene desde pequeño.”

“ha originado por la mala alimentación que uno tiene, allí no hay otra forma”

“yo mismo, porque no me he cuidado en el control de la alimentación”

“yo antes tomaba mucho refresco KR, coca cola”

“Al final de su enfermedad, de su tiempo de vida dijo, que la enfermedad era la paga de sus pecados, de cuando era joven que se había convertido prácticamente, como las siete plagas de Egipto que tenía“

En este orden de ideas el modelo explicativo de la enfermedad esta se define de acuerdo a las experiencias vividas por cada individuo con una influencia del contexto social, para ello propone cinco aspectos para explicar la enfermedad como lo son la etiología o causa de la condición, el momento de la aparición y las características de inicio de los síntomas, los procesos fisiopatológicos envueltos, la historia natural de la enfermedad y la severidad de la enfermedad y por último el tratamiento indicado para la condición(155).

El hecho de que las personas asocien un elemento de sus vidas como detonante de la enfermedad, es un factor importante de tomar en cuenta en el momento de desarrollar actividades educativas, la influencia de la cultura es de gran relevancia en la vida de las personas, incluyendo tanto sus creencias y percepciones como sus valores, emociones, imágenes del cuerpo, actitudes hacia la enfermedad y el dolor.

Dominio Cultural 3: La herencia es una razón del origen de la enfermedad

Relación semántica: Causa -Efecto

Forma: X es una razón de Y

Ejemplo La herencia es una razón del origen de la enfermedad

X Términos Incluidos	Relación	Y Términos
	X es una razón de Y	inclusivo o dominio
- Hereditario	Es una razón de	El origen de la diabetes
- Comía mucho dulce antes de acostarme		
- Castigo de Dios		
- Descuido por uno mismo		

Taxonomía 3- La herencia es la razón de la causa del origen de la DM

- Hereditario por mi familia	- La mayoría hemos terminado diabéticos
	- Por herencia creo que es
	- Por parte de papa hay diabéticos
	- La herencia influye en este aspecto de la diabetes
	- Casi toda mi familia es diabética
- Comía mucho dulce antes de acostarme	- Comía tortas de tres leche en las noches
	- Bebía refresco y KR
	- Tomaba licor

- Comer en exceso
 - Castigo de Dios
 - Es una maldición
 - La enfermedad es la paga de mis pecados cuando era joven
 - Descuido por uno mismo
 - Uno es el culpable de lo que le pasa
 - El cuidado uno mismo no lo ejerce como tal
 - Yo mismo por el descontrol de la alimentación
-

5.4.Dominio Cultural 4: “Muerte es el resultado de tener DM”

La muerte es un acontecimiento universal. La salud, enfermedad y muerte son aspectos indisociables al ser humano. El hombre tiene la certeza de que algún día dejara de existir, de acuerdo a su visión de mundo y a su experiencia. La diabetes debido a las complicaciones que produce en diversas partes del cuerpo dejando a la persona incapacitada o inválida para desempeñar su trabajo (156). Los informantes del estudio la describe como:

“Que es una enfermedad muy peligrosa”

“es mala, si uno no se cuida siempre está enfermo”

“es una enfermedad devastadora, una enfermedad que se consume a las personas, y a los pacientes los mata”

“es una enfermedad que es muy brava destruyen sus órganos completamente, los acaba y los lleva hasta la muerte en muy poco tiempo”

“las demás personas lo ven a uno, de que este ya tiene una enfermedad incurable! Ya este se va a morir!”

“es una enfermedad que es bastante complicada por otras enfermedades que trae”

“Esta es una enfermedad como te lo dije claudicante, los dolores que da cuando comienza hacer la parte de la micro circulación son unos dolores muy fuerte que a veces uno piensa que el dolor lo va a destruir lo va matar a uno”

Estas alocuciones describen a la diabetes como una enfermedad que irrita, invade, descontrola por lo que la vida del *hombre* sufre cambios por los cuales nunca más será el mismo *hombre* sano de antes y pasará a vivir en el mundo de la enfermedad con restricciones y control, las personas sienten que el futuro imaginado no será posible porque su fin llegará y que con la enfermedad no será posible modificar su estilo de vida. Estos son los testimonios:

“mi opinión que es una enfermedad yo digo que es mortal, sino se tiene un control a tiempo, un cuidado a tiempo”

“la enfermedad lo va llevando poco a poco a la muerte, porque es lenta pero segura.”

Un hecho claro que el surgimiento de la enfermedad en la vida de una persona supone una situación de crisis, un acontecimiento estresante que en mayor o menor medida genera un impacto importante en la vida de la persona y una ruptura en su comportamiento y estilo de vida (61).

Como se puede evidenciar, en los pacientes estudiados, nombran la enfermedad de la diabetes como símbolo o metáfora, estas son las expresiones:

“la enfermedad es aborrecible, así, que llega y ataca, y al momento fulminaba a las personas”

“Para mí es una enfermedad, que es como un monstruo, realmente para mí la diabetes la veo así, en sentido figurado un monstruo”

En los pacientes con diabetes el riesgo de muerte es al menos dos veces mayor que en las personas sin diabetes (157) nuestra sociedad ha querido comprender este fenómeno en distintas formas, buscando adjudicarle un significado.

Por lo que se destaca la importancia de la relación dialógica y la interacción recíproca, como estrategia de intervención que se desarrolla en la relación enfermera-paciente, lo cual es fundamental ya que el cuidado se dirige a apoyar a estos pacientes en la prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, satisfaciendo, sus necesidades humanas fundamentales.

Dominio Cultural 4: Muerte es el resultado de tener DM:

Relación semántica: Causa efecto

Forma: X es el resultado de Y

Ejemplo: La muerte es el resultado de tener diabetes

X Términos Incluidos	Relación X es el resultado de Y	Y Términos inclusivo o dominio
- Enfermedad Claudicante	Es el resultado de	Tener diabetes
- La muerte		
- Enfermedad muy peligrosa		

Taxonomía 3- Muerte es el resultado de tener DM

<ul style="list-style-type: none"> - Una enfermedad claudicante 	<ul style="list-style-type: none"> - Va dañando diferentes sistemas - Uno va desmejorando en su Salud - Los dolores son muy fuertes, los ardores en los pies - Va destruyendo la vida de uno - Es bastante complicada
<ul style="list-style-type: none"> - Es mortal 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad lo va llevando poco a poco a la muerte - Porque es lenta pero segura. - A los pacientes los mata - Lleva a la muerte en muy poco tiempo
<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad muy peligrosa 	<ul style="list-style-type: none"> - Trae otras enfermedades - Destruye los órganos completamente - Hacer otra vida, si quería seguir viviendo - Se consigue muy poco los medicamentos - Es una enfermedad que se come a las personas - Va destruyendo la vida - Llega y ataca al momento - Es un monstruo

5.5. Dominio Cultural 5: “Creencias usadas para curarse la DM.”

Las comunidades tienen tradiciones y costumbres propias que protegen la salud, algunas son provechosas, otras sirven poco y algunas probablemente son dañinas. Las costumbres representan en sí mismas y desde el principio de la humanidad todo un conjunto de formas enfocadas a asegurar la continuidad de la vida.

A medida que se repiten y se asientan, dan lugar a la adhesión del grupo que cree que tal o cual forma de hacer es buena y, en consecuencia deseable, o mala y, por consiguiente, no deseable. Son de hecho la base de los hábitos de pensamiento que se transformaran en creencias. En lo que se refiere una creencia es una condición, un pensamiento, el cual tiene significación de certeza, de verdad o arraigada convicción subjetiva para la persona que la sostiene. Por tanto, una creencia es una generalización que hace la persona respecto a sí misma, a otras personas o al mundo en general y se caracteriza porque no tiene fundamento racional y define la conducta del individuo (88). Así los señalan los informantes de este estudio

“Cuando padecemos esta enfermedad, pues acostumbramos a los bebedizos, a las tomas, en mi familia, mi abuela, abuelo, primos, han sido diabéticos, mi mama recuerdo yo, que trataba la diabetes, con hoja de casco de vaca”

“Cuando yo supe que tenía diabetes mucha gente me decía que no tenía por qué estarme inyectando la insulina, que habían muchos métodos para curarse, tomaba mucho indio desnudo, muchas ramas, palo de arco, la chuchuguasa, tome muchas cosas muchas ramas, y a raíz de eso pretendía que yo me estaba cuidando de la diabetes”

El casco de la vaca, pezuña de vaca, pata de vaca, es un árbol nativo de la India que se encuentra en los climas templados y cálidos que llega a medir hasta 10 metros de altura. Esta es una planta de la Familia de las Leguminosas (caesalpiniaceae). La Bauhinia Forficata tiene propiedades de disminución de la glicemia en pacientes diabéticos tipo 2, con una reducción importante de la HbA1c

glucosilada. Disminución del colesterol sérico, disminuye o elimina el microalbuminuria y mejora la Presión Arterial por su efecto Diurético (158).

En el mismo orden, Taxonomía Nombres comunes Indio desnudo, jiñocuabe, caraña, almácigo, jiñote, papelillo, árbol del turista. Nombre científico *Bursera simaruba* (L.) Sarg. (Burseraceae). *B. simaruba* es un árbol medicinal muy arraigado en la cultura popular por su potencial curativo, atribuyéndosele al menos 47 usos posibles, *B. simaruba* destaca como árbol medicinal por su eventual efecto en el tratamiento de la piel, varios tipos de infecciones e incluso se le atribuyen posibles efectos positivos en la coadyuvancia de enfermedades serias como la diabetes (159).

El palo de arco, corteza de un frondoso y gigantesco árbol selvático del sur del Territorio Federal Amazonas, comenzó a hacerse nacionalmente popular en 1975 a raíz de la trascendencia del babandí de Upata como bondadoso consuelo tanto para hombres como para mujeres frías. Se decía entonces que “más efectivo que el agua de Bosnia”. En la medicina herbaria americana se le considera como astringente, antiinflamatorio, analgésico, antioxidante, antimicrobiano, antimicótico, antiviral, antiparasitario y laxante y se utiliza en el tratamiento de: paludismo, anemia, colitis, infecciones respiratorias, gripe, tos, infecciones micóticas, fiebre, artritis, mordeduras por serpientes, impétigo, sífilis, cáncer, úlceras cutáneas, infecciones gastrointestinales, candidiasis, diabetes, prostatitis, estreñimiento y alergias

Los bolivarenses después de probar los beneficios del babandí cambiaron bruscamente para el palo de arco en la divulgada creencia de efectos estimulantes del vigor ciudadano en grado supremo (160).

De este modo los pacientes señalan cómo obtienen las plantas que necesitan como parte de su cuidado, cómo las preparan para su consumo y la frecuencia con que las toman, podemos ver también el efecto que tienen en ellos. Nuestros pacientes utilizan estas medidas, sin excluir las indicaciones médicas. Estas creencias son representadas por los participantes como sigue:

“yo tome muchas cuestiones yerbas naturales, porque me decían que eran buenas.”

“Consumí bebedizos de una rama natural que se llama cola de caballos, se pone a hervir, en un litro de agua, se enfría y se toma como agua todo el día, ¡si baja la glicemia!”

De tal forma la disciplina de enfermería permite al profesional comprender que, para brindar un cuidado integral y específico de una cultura o subcultura, es necesario partir de la identificación de las prácticas, creencias culturales y valores de cuidado que influyen en las decisiones de las personas, transmitidas de generación en generación para recuperar, mantener y promover la salud, y aún más cuando se trata de vivenciar las costumbres y creencias del cuidado cultural de los pacientes diabéticos del estado Trujillo.

Cuando la enfermera encuentra el significado de las prácticas de cuidado, es necesario referirse a Leininger quien a través de la teoría de la universalidad y diversidad del cuidado, enseña que desde cada cultura se debe conocer lo que las personas sienten, piensan y hacen en torno a su propio cuidado de la salud, expresándolo de la siguiente manera: “La enfermera necesita estudiar los cuidados sistemáticos desde una perspectiva cultural amplia y holística, con el fin de descubrir las expresiones y los significados de los cuidados, la salud, la enfermedad y el bienestar como conocimiento de la enfermería” (18).

El cuidado brindado por la enfermera en nuestros escenarios culturales representa un apoyo que la clientela valora para su bienestar con sus sentimientos, aprecian su escuchar atento y delicadeza en su relacionamiento

Dominio Cultural 5: Creencias usadas para curarse la DM.

Relación semántica: Inclusión estricta

Forma: X es una clase de Y

Ejemplo: Tomas de aguas con ramas y raíces de matas es usada para curarse la DM.

X Términos Incluidos	Relación X es una clase de Y	Y Términos inclusivo o dominio
- Tomas de aguas con ramas y raíces de matas	Es una clase de	Recursos para curarse la DM.
- Religiosidad		

Cuadro: Taxonomía 5- Creencias usadas para curarse la DM

- Tomas de aguas con ramas y	- Bebedizos de rama indio desnudo
	- Bebedizos con ramas palo de arco

raíces de matas	<ul style="list-style-type: none"> - Bebidas de raíz de chichuguasa - Bebía Casco de vaca - Bebedizos de una rama natural cola de caballo
- Religiosidad	<ul style="list-style-type: none"> - Oraciones como afirmaciones de fe a Dios y a José Gregorio Hernández - Uso de estampas religiosas en el hogar. - Asistencia a los cultos - Pago de promesas por milagros recibidos de Dios por la enfermedad - Le ofrezco hacerle una novena - Ir al santuario

5.6. Dominio Cultural 6: “Ser diabético es un contratiempo en la vida”

Los individuos con una enfermedad crónica, pueden reconocer luchas de adaptación, principalmente al inicio de la enfermedad, relatando muchas veces periodos de difíciles cambios que afectan la vida cotidiana del individuo con diabetes mellitus, en este periodo manifiestan alteraciones o procesos de descompensación que muchas veces se desarrollan aún más los problemas emocionales. Estos son los relatos de los informantes:

“la diabetes significa para mí, que es muy crítica y significativo para mí cambiar mis hábitos de vida, hacer otra vida, si quería seguir viviendo”

“cuando yo tengo a la azúcar alta, amanezco con dolorcito de cabeza”

“en la noche casi no duermo, porque la sed es muy fuerte, también este tiene sed y tiene orinadera”

“Me di cuenta que no me puedo salir de mi dieta, tengo una semana prácticamente que me enferme con la azúcar alta y no me ha bajado”

“Cuando los niveles de azúcar están elevados tiende ser agresivo con la pareja, la familia, a los niños se pone de mal humor.”

Estas expresiones consideradas en términos simbólicos serían una señal o una indicación de la existencia de que algo está mal en su organismo. La diabetes como enfermedad crónica es interpretada culturalmente de forma negativa, es de hacer resaltar que el reconocimiento de la diabetes como una enfermedad crónica que afecta a millones de personas en el mundo ha motivado a la búsqueda de diversos ámbitos de atención de salud, enfoques y metodologías que favorezcan un acercamiento real al problema, principalmente en relación con los conocimientos, las percepciones, las actitudes, los temores y las prácticas de las personas en el contexto familiar (161).

La expresión con que los pacientes describe la diabetes es: “un contratiempo”. Esta dimensión constituye una dimensión de pérdida del bienestar que interfiere en varios aspectos de sus vidas, tales como la destrucción de la red social de apoyo. El contenido de sus discursos expresan:

“yo tuve que dejar de hacer deporte, jugar béisbol, softbol, volibol, bolas criollas, porque haciendo deporte hay muchos vicios, y yo había dejado los vicios, entonces a veces iba y trataban de hacerme volver, los amigos y las amigas y tal”

“Estar enfermo es ser una carga para los demás,”

“El enfermar es un contratiempo que uno tiene en la vida.”

“Estar enfermo es un punto de desequilibrio de mi vida”

“deje algunos hábitos, deje de fumar así de sencillo, yo me fumaba una caja diaria y tuve que dejarla, y hacerme dueño de mi voluntad, también

tomaba y deje de tomar, no fumo, no bebo ni parrandeo, me acuesto temprano,”

“estar enferma es no salir a trabajar, no compartir con mi familia, con mi esposo, es tener dolores, al sentirme mal me siento decaída”

Es así, como los cuidados son esenciales para el bienestar, la salud, la curación, el desarrollo y la supervivencia de una cultura, así como también los conceptos, significados, expresiones, patrones, procesos y formas culturales de los cuidados presentan divergencias y semejanzas en toda cultura, lo que Leininger llama de diversidad y universalidad de los cuidados (149).

Es por eso, que el profesional de enfermería debe brindar cuidados responsables, sensible y coherentes transculturalmente que se ajusten de modo razonables a las necesidades de los pacientes, sus tradiciones, costumbre y estilos de vida, entendiendo siempre la cultura del paciente, ya que cada individuo mira el mundo de diferentes formas.

Las molestias traen limitaciones que muchas veces no son aceptados por los pacientes por falta de conocimiento y de cómo enfrentarlas. Las concepciones y percepciones que giran en torno al diabético, son las que norman las conductas y comportamientos de las personas, quebrantar estas normas puede llevarnos a la enfermedad y la muerte. Siendo también de vital importancia, para el profesional de

enfermería, comprender como piensan y como sienten las personas de culturas diferentes (162).

Dominio Cultural 6: Ser diabético es un contratiempo en la vida

Relación Semántica: Causa- Efecto

Formato: X es el resultado de Y

Ejemplo: A veces uno en la noche casi no duerme es el resultado de un contratiempo en la vida

Términos incluidos	Relación Semántica	Dominio
- A veces uno en la noche casi no duerme	Es el resultado de	Un contratiempo en la vida
- Es un desequilibrio de la vida		
- Sin bienestar		

Taxonomía 6-

- A veces uno en la noche casi no duerme	- Me da mucha sed
	- Hambre
	- Mucho deseo de estar orinando
	- Dolores muy fuerte
	- Cuando la azúcar esta alta me duele la cabeza
- Es un desequilibrio de la vida	- Me acuesto temprano
	- No fume más
	- Deje de beber
	- No parrandeo
	- Me controlo la glicemia con el glucómetro
	- Me inyecto la insulina
	- Hacer la dieta
	- Evitar las rabias
	- Es lo peor que puedo tener
	- Ser carga para los demás
	- Tuve que retirarme del deporte

-
- Sin bienestar
 - tener complicaciones
 - tener limitaciones de movimiento.
 - Ser infeliz
-

CAPITULO VI

TEMAS CULTURALES

En el presente capítulo se describen los dos temas culturales que surgieron del análisis de los dominios, producto de las entrevistas a los pacientes diabéticos del estado Trujillo. Dichos temas culturales son representaciones cognitivas compartidas manifestadas en la estructura semántica de los dominios culturales.

6.1. Concepciones Culturales de Ser Diabético

Las concepciones culturales de ser diabético fueron consideradas como tema cultural, ya que en los pacientes diabéticos prevalecen mitos, creencias, comportamientos, conductas y emociones derivadas de la condición crónica de la enfermedad con que viven dichos pacientes. La Diabetes Mellitus es definida por los pacientes como enfermedad desde la experiencia física o corporal, sin diferencia según género, no se encontró un concepto cultural unificado frente a la DM; cada paciente diabético tenía su propia apreciación, derivada de sus creencias, sus vivencias y de la comunicación en su entorno sociocultural.

Tales concepciones se ubican en expresiones con sentido tanto positivo como negativo, condiciones personales (herencia y obesidad); por emociones negativas,

como rabias y preocupaciones por miedo, así mismo conductas inapropiadas como consumo de alcohol e ingesta de alimentos ricos en grasas saturadas. Asimismo conocimiento de la enfermedad desde lo fisiológico como la elevada presencia de azúcar en el organismo, y responsabilizan al factor genético de ser la causa de la diabetes; comentan “que los abuelos, los tíos y los hermanos eran diabéticos y por eso a ellos la tienen”, resulta diferente al modelo biomédico que plantea una causalidad interna de tipo fisiopatológica, basada en la deficiencia cuali-cuantitativa de insulina por medio de diversos mecanismos (163). También señalan complicaciones de la enfermedad como problemas de la vista, el riñón, el pie diabético y la piel; agravamiento de condiciones patológicas (heridas que no cierran, atrofia de la piel, azúcar elevada o baja, muerte, piernas hinchadas y gangrena, derrames en los ojos); o también entidades tales como la infección y la impotencia sexual, incluyendo procedimientos quirúrgicos como la amputación.

Ante tal información es importante recuperar los referentes teóricos que indican que la DM es una enfermedad progresiva con deterioro al paso del tiempo de la función y de la cantidad de las células beta (164).

En el relato de los pacientes, la DM es representada a manera de un proceso, que describe la percepción de eventos que rompen la cotidianidad y la aparición de nuevas experiencias; se trata de un cuestionamiento para entender lo que ocurre. Se identifican las acciones estratégicas basadas en sus propios recursos culturales.

En este contexto el apoyo social de actores significativos no médicos desempeñan un papel importante para la definición del padecimiento y las vivencias experimentadas en busca del control de la enfermedad. Dentro de este esquema cognitivo, la definición del problema es primordial para dar significado y sentido a la representación social de la diabetes como un marco para la acción cuando los pacientes buscan, evalúan y eligen información e indicaciones. En tal sentido, es fundamental el rol que asume el individuo afectado, la aceptación de su padecimiento, los trastornos afectivos y de ansiedad que le genera, sin dejar de lado, las actitudes, creencias y emociones que son determinantes a la hora de iniciar o intensificar las medidas terapéuticas, ya que su manejo adecuado también se asocia con una mejoría en la calidad de vida y en el apego al tratamiento (165).

6.2. Significados de las Prácticas del Cuidado en el Diabético Trujillano

Las prácticas de cuidado que realizan los diabéticos del Estado Trujillo están rodeadas por un saber cultural, construido por las relaciones sociales que se conservan en las diferentes culturas, a pesar del transcurso del tiempo la ubicación geográfica donde se encuentren.

El conocimiento por parte del profesional de enfermería acerca de las prácticas de cuidado que realizan los diabéticos, permite valorar su significancia como parte de su legado cultural, en las diferentes etapas de su vida con un

padecimiento crónico, esto es necesario para fortalecer la conceptualización y la práctica del cuidado de enfermería. El ejercicio de la enfermería es entonces conocer desde las diferentes culturas de las personas, las diversidades de prácticas de cuidado que ellos poseen y aplican para conservar su salud, y manejar su enfermedad y, de esta manera, ofrecer un cuidado congruente culturalmente y de mayor satisfacción para los profesionales de enfermería y los diabéticos con quienes interactúan en sus acciones de cuidado, en donde se aseguren las prácticas benéficas e inofensivas y se desaconsejen las que atenten con un buen control de la enfermedad. Como lo expresa Leininger “La enfermera necesita estudiar los cuidados sistemáticos desde una perspectiva cultural amplia y holística, con el fin de descubrir las expresiones y los significados de los cuidados, la salud, la enfermedad y el bienestar como conocimiento de la enfermería” (151).

El conocimiento cultural en enfermería implica que para proveer el cuidado cultural los profesionales de enfermería deben tener ciertas habilidades que faciliten la competencia cultural en el mismo (166). La competencia cultural, implica aceptación y respeto por las diferencias culturales; sensibilidad para entender cómo esas diferencias influyen en las relaciones enfermero-paciente y viceversa, y habilidad para buscar estrategias que mejoren los encuentros culturales de acuerdo a las necesidades manifestadas por el paciente (167).

Para favorecer el cuidado desde una perspectiva cultural amplia y holística de los diabéticos es prioritario el entendimiento de la cultura, en su ambiente cotidiano, por lo que el profesional de enfermería no debe ser inmune a la construcción social de la realidad del diabético a quien atiende. Su rol es gerenciar los diferentes planes del cuidado, al servicio del orden social tradicional, respetando su visión emic. Debe aprender a integrar el conocimiento propio, con las ideas culturales que tienen el diabético y su grupo familiar, y conformar una alianza en la cual haya una apropiación de saberes científicos y tradicionales, con el propósito de lograr que el diabético tenga un buen control de la enfermedad y prevención de complicaciones.

Teniendo en cuenta los tres modos de Leininger (80), quien establece que el profesional de enfermería debe buscar la conservación y el mantenimiento de los cuidados culturales, la adecuación y/o negociación de estos cuidados y el rediseño y /o reestructuración de los mismos; en este grupo de diabéticos, se analiza la siguientes prácticas de cuidados que permite orientar la atención integral de enfermería, estos cuidados son:

La mayoría de los diabéticos de este estudio creen y practican cuidados con el fin de preservar y mantener un equilibrio entre la salud y su enfermedad, es así como evitan complicaciones que pueden ocurrir sino mantienen un buen control. Estas prácticas de cuidados que refieren consisten en asistencia médica continua y educación para prevenir las complicaciones agudas y reducir el riesgo de

complicaciones a largo plazo. Según los diabéticos entrevistados las formas de cuidarse se relacionan con el cumplimiento del plan de alimentación, cumplir el tratamiento médico, cuidado de los pies, de la piel y el cuerpo.

Las descripciones narradas por los informantes, a través de los dominios encontrados: Lo emico del significado de las formas de cuidarse con relación al plan de alimentación, que tienen los diabéticos del estudio involucra conductas no placenteras como la disminución o eliminación de alimentos (tortas, caramelos, dulce de lechosa, coca cola, azúcar blanca, harinas) tradicionales en la sociedad trujillana, lo que algunas veces deprimen a la persona diabética.

Dentro de las prácticas de cuidados tradicionales que aún se conservan en este grupo de diabéticos: el uso de bebida como del agua de cola de caballo para bajar la glicemia. Estas prácticas son realizadas por los diabéticos por recomendaciones familiares y amigos ya que ellos han tenido experiencia con estas prácticas. “Consumí bebedizos de una rama natural que se llama cola de caballos, se pone a hervir, en un litro de agua, se enfría y se toma como agua todo el día, ¡si baja la glicemia! La cola de caballo, *Equisetum arvense* L, es un arbusto perenne perteneciente a la familia Equisetaceae. Propiedades medicinales de la cola de caballo, tiene acción astringente, diurética, antiinflamatoria, antiséptica, antifúngica, tónica, antihemorrágica, antioxidante(168).

Por último las prácticas de cuidado que se deben entrar a negociar y reestructurar es:

1. Prácticas para conservar y mantener: Cumplimiento del plan de alimentación, del tratamiento médico y los cuidados personales.
2. Prácticas de cuidado que se deben entrar a adecuar y negociar: el consumo de bebidas preparadas con plantas.

CAPITULO VII

ORIENTACIONES DE CIERRE

Luego de este descubrimiento de las prácticas de cuidado a partir del marco cultural de salud de los diabéticos trujillanos atendidos en el hospital “Dr. Juan Motezuma Ginnari” del Instituto Venezolano del Seguro Social, de la ciudad de Valera, Estado Trujillo, es menester cerrar con ciertas orientaciones del investigador, encontramos dos temas culturales referidos a las concepciones culturales de ser diabético y los significados de las prácticas del cuidado en el diabético trujillano, los cuales surgieron del análisis de los seis dominios encontrados, que reflejaron las representaciones cognitivas compartidas manifestadas en la estructura semántica de los dominios culturales.

Los significados de las prácticas de cuidado a partir del marco cultural de salud de los diabéticos trujillanos, a partir de sus creencias y valores, develo patrones del cuidado cultural que sirven de pauta, de conocimiento para guiar las prácticas de cuidado dado por los profesionales de enfermería, como lo plantea Madeleine Leininger. Adquirir competencia cultural para proveer un cuidado culturalmente

congruente y sensitivo es, una tarea en que se deben comprometer los profesionales de enfermería.

Las decisiones y acciones de cuidado que el profesional de enfermería determine, serán benéficas y satisfactorias para los pacientes diabéticos, si se basan sobre la evaluación de los beneficios y riesgos de creencias, valores y modos de vida.

La aceptación y respeto por las diferencias culturales, la sensibilidad para entender cómo esas diferencias influyen en las relaciones con las personas y la habilidad para ofrecer estrategias que mejoren los encuentros culturales, son requisitos indispensables para que el cuidado transcultural en enfermería se pueda consolidar.

No podemos cerrar este capítulo sin destacar la importancia de la vía metodológica seguida en esta investigación para la comprensión del significado del problema en estudio: Prácticas Culturales de Cuidado de los Diabéticos Trujillanos. La particularidad del uso Método Etnoenfermería, para describir y comprender los fenómenos culturales.

Se evidencia en esta investigación la importancia de producir conocimientos guiados por los fundamentos del método etnoenfermería propuesto por Leininger. Se pueden identificar de manera sistemática, los valores, creencias y prácticas que están relacionadas con la salud y con el cuidado que ellos mismos se realizan. Además, las investigaciones etnográficas aportan elementos sustanciales para determinar comportamientos en salud dentro de un grupo, así como las diferencias entre ellos.

A través del método etnoenfermería pueden recuperarse determinadas micro-prácticas del personal de salud, particularmente enfermería, producto del proceso de transacciones surgido en la interacción con los diabéticos en el marco cultural, que no se corresponden con las concepciones y prácticas hegemónicas del modelo biomédico. Asimismo de producir conocimientos para enfermería en el manejo de metodologías que ofrezcan resultados transferibles y aplicables al contexto estudiado, para fortalecer el objeto material y formar de enfermería, como son el cuidado y las teorías del cuidado.

Es importante señalar que a partir de los resultados de esta investigación puedan establecerse estrategias de intervención para las prácticas de cuidado cultural del paciente diabético que son importantes para la promoción de la salud. A través de la orientación de la educación de enfermería hacia las necesidades de salud de la población y los nuevos modelos integrales de atención basados en conceptos y prácticas de salud pública y atención primaria de salud. Asimismo dar a conocer a los

profesionales de enfermería la importancia e influencia del escenario cultural y familiar de los pacientes diabéticos, frente el cuidado cultural que realizan consigo mismos.

Es urgente una concienciación del profesional de la salud acerca de que el cuidado no sólo se brinda en el ámbito interno de la institución de salud, sino que se debe conocer el contexto externo donde estos actores conviven. Por lo que se hace necesario el fortalecimiento de habilidades y competencias del personal de salud como estrategia para mejorar la calidad de la atención a los pacientes diabéticos y garantizar la oportunidad y adherencia al tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Menéndez, E. Morir de Alcohol. Saber y hegemonía médica. México: Alianza. 1990
2. Menéndez, E. La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades* 4(7):71-83. 1994
3. Sousa Minayo; M.C. El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial. 1997
4. Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture. Berkeley: University of California Press. 1980. Pp 24-71
5. Scheper-Hughes, N. Death without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil, Berkeley: University of California Press. 1992
6. Instituto Nacional de Estadísticas de la República Bolivariana de Venezuela. [Documento en línea] Oct 2013. Consultado 12 de Mayo 2013. Disponible en: <http://www.ine.gov.ve/documentos/Demografia/CensodePoblacionyVivienda/pdf/trujillo.pdf>
7. OPS/AIS. Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos Washington, DC, 2005.
8. Organización Mundial de la salud Cifras de Diabetes en el Mundo Disponible en: www.consumer.es/web/es/salud/2003/11/14/91075.php - 48k. Consultado: 22-02-2013
9. Fundación Trujillana de la Salud (FUNDASALUD) Servicio de Epidemiología, Trujillo Estado Trujillo
10. Report of a WHO Consultation (OMS). Definition, Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. Geneva: World Health Organization. 1999. Pág. 20
11. Asociación Americana de Diabetes Todo sobre la Diabetes (Asociación Americana de Diabetes www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/diabetes.html - 80k - Consultado: 22-02-2013.
12. La salud familiar: Caracterización en un área de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 1999 Junio [citado 2011 Sep 22]; 15(3): 303-309.

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000300014&lng=es.

13. López M. Factores de Riesgo Cardiovascular en Pacientes Diabéticos. Estudio Epidemiológico transversal en población general: Estudio Hortega Anales de Medicina Interna Revista Cielo España ISSN 0212-7199. Madrid Junio 2003.

14. Normas sobre clasificación de establecimientos de atención médica del sub-sector salud en Venezuela. Consultado el 25-03-2013, disponible en <http://maiquiflores.over-blog.es/article-normas-sobre-clasificacion-de-establecimientos-de-atencion-medica-del-sub-sector-salud--37528888.html>

15. Leal. J. La Autoestima del Sujeto Investigador y la Metodología de Investigación Editorial Centro Editorial Litoroma. Venezuela. 2005

16. Mayeroff M. A. Arte de Servir ao Próximo Para Servir a si Mesmo. Brasil: Editora Record. 1971.

17. Colliere M. “Promover la Vida” Editorial Interamericana. Mc Graw- Hill. España 1993.

18. Leininger M. Culturecare Diversity Universality: A Theory of Nursing. National. League for 1991; (15). 2002.

19. Enciclopèdia Wikipèdia Sitio Oficial de Mitos y Leyendas. wikipedia.org/wiki/Mitos_y_Leyendas - 40k – Consultado: 04-03-20013

20. Diccionario de Mitos y Creencias sitios de Antropologías y Arqueología

21. Malinowshi B. La Obra de Malinowski. España: Editorial Siglo Veintiuno Editores. 2000.

22. Silva DMGV, Hegadoren K, Lasiuk G. La perspectiva de ama de casa brasileña sobre la vida con Diabetes Mellitus tipo 2. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. may-jun. 2012 [acceso:07 may. 2013];20(3):[9 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a07v20n3.pdf

23. Ramos, C. Lafont. Prácticas culturales de cuidado de gestantes indígenas que viven en el Resguardo Zenú ubicado en la Sabana de Córdoba [Internet] mayo-jun.2011 [acceso may 2013] Disponible en: www.bdigital.unal.edu.co/5416/1/539507.2011.pdf

24. Baquedano IR, Santos MA, Martins TA, Zanetti ML. Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. nov-dec. 2010 [acceso en: julio 2013];18pantallas]. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
25. Méndez S. V., Becerril E. V., Morales del Pilar M., Pérez I. V. M. Autocuidado de las adultas mayores con diabetes mellitus inscritas en el programa de enfermedades crónicas en Temoaya, México. Cienc. enferm. [Revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2013 Abr 30] 16(3): 103-109. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300011&lng=es. doi: 10.4067/S0717-95532010000300011
26. Castillo M., A.J. El cuidado cultural de enfermería: necesidad y relevancia. Rev Haban Cienc Méd [revista en la Internet]. 2008 Sep [citado 2013 Oct 13] 7(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300003&lng=es.
27. Sanmiguel F., Guerra, A. Actitudes sobre la lactancia materna en puérperas con Diabetes Mellitus Volumen 17- numero 1 abril 2013 Disponible en: http://salusonline.fcs.uc.edu.ve/salus2013/171/modelo_teorico_lactancia_A-E-__RM.pdf p51
28. Fonseca C., Guerra A., Sanmiguel F. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com - <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones> Aprendiendo a cuidar el cordón umbilical del recién nacido, hijo de madre diabética. Un abordaje a través de la Etnoenfermería. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2655/1/Aprendiendo-a-cuidar-el-cordon-umbilical-del-recien-nacido-hijo-de-madre-diabetica-Un-abordaje-a-traves-de-la-Etnoenfermeria.html> Autor: Lic. Cris Fonseca Publicado: 10/12/2010
29. Vargas Y., Sanmiguel F, Guerra A., Varón M., Escalona M., Evies A., 16-3 Diciembre 2012 – disponible en: http://salusonline.fcs.uc.edu.ve/lactancia_puerperas_dm.pdf p21-28
30. Benavente Y, Guerra A, Mendoza N. Significados de la salud-enfermedad desde la perspectiva de las adolescentes diabéticas embarazadas. Biblioteca las Casas 2008; 4(5). Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0381.pdf>
31. Guerra, A., Evies, A, Rivas, A, García, L. Educación para el autocuidado de pacientes diabéticas embarazadas. Texto & Contexto Enfermagem 2005, 14 (abril-junio) Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=71414204> ISSN 0104-0707 Recuperada: 1/12/2012

32. Mosterín, J. La naturaleza humana. Madrid: Espasa; 2006
33. Kant I, Lógica (ed. de Jäsche, 1800), Ak. IX, 25; Trad: Madrid, Akal, 2000:92
34. Aristóteles. Ética Nicomaquea. Madrid: Gredos; 1995.
35. Hobbes T. Leviatán. En: Mellizo, C. Leviatán. La materia, forma y poder de un Estado eclesiástico y civil. Alianza 1989.
36. Rousseau JJ, Émilie ou De l'éducation. Nouvelle Édition. 1886.
37. Gevaert J. El Problema del Hombre, Introducción a la Antropología Filosófica Salamanca-España: Ediciones: Sígueme Salamanca. 1993.
38. Heidegger M. El ser y el tiempo. México: Editorial: FCS. 1974.
39. Boff L. El Cuidado Esencial Ética de lo Humano Madrid: Editorial. Trotta S.A. 2002.
40. San Martín J. La Antropología Ciencia Humana Ciencia Crítica Tercera edición. España: Editorial Montesinos 2000.
41. Clifford Geertz La Interpretación de las Culturas. Barcelona-España: Editorial Gedisa 1997
42. Firth R. et al. Hombre y Cultura. Cuarta Edición España: Editorial Siglo Veintiuno. 1999.
43. Denys Couche, La noción de cultura en las ciencias sociales. Buenos Aires-Argentina: Nueva Visión, 1999. Pag 1244
44. Tejera H. La Antropología. México: Editorial Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. 2002
45. Phillip, C., Kottak Antropología Cultural. 9na edición. Madrid-España: Editorial: Mc Graw Hill. 2002
46. Diccionario de Psicología diccionario de psicología y psicoanálisis. Diccionario de Psicología. Aquí encontrarás las palabras que son utilizadas generalmente en psicología, temas-estudio.com/Diccionario_de_Psicologia.asp - 21k

47. Diccionario de la Real Academia Española Versión en línea de la obra de la Real Academia de la Lengua Española. Ofrece presentación del diccionario, realización, guía de uso y formulario de drae.rae.es/ - 2k –
48. Leninger M. Culture Care Diversity and University: A Theory of Nursing. New York: National League for Nursing Press. 1991. P.33-77.
49. Leininger, M. Transcultural nursing: Concept, Theories and Practices. New Yorks: John Wiley and Sons. 1978. Pág. 493-494.
50. Siles J, CibanaL, Vizcaya F, Gabaldón E, Domínguez JM, Solano C, García E. Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. Cultura
51. Siles G. J. Antropología y Enfermería. La necesaria simbiosis entre dos disciplinas para vertebrar culturalmente la teoría y la praxis de los cuidados. Index de Enfermería (edición digital) 2003; 43. Disponible en:http://www.index-f.com/index-enfermeria/43revista/43_articulo_28-32.php(acceso 15/12/2013).
52. Purnell LD. El modelo de competencia cultural de Purnell: descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación. Cultura de los Cuidados 1999; III(6): 91-102.
53. Osorio Merchán MB, López Díaz AL. Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. Index de Enfermería (edición digital) 2008; 17(4). Disponible en:<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v17n4/6757.php> (acceso 16/12/2011).
54. Lipson JG. Cultura y Cuidados de Enfermería. Index de Enfermería (edición digital) 2000; 28-29. Disponible enhttp://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_19-25.php(acceso 15/12/2013).
55. Eisenberg L. Disease and Illness: Distinctions between Professional and Popular Ideas of Sickness. Culture, Medicine and Psychiatry.1977. 1: 9-23.
56. Diferentes percepciones de la salud y enfermedad. Revista de Enfermería y Humanidades > Revistas - Cultura de los Cuidados Consultado: 15-09-2013 Disponible en: rua.ua.es/dspace/handle/10045/6661 –
57. Velandia, A. Investigación Salud y Calidad de Vida. Revista el Arte y la Ciencia. Grupo de Cuidado. Universidad Nacional de Colombia. 2002. Pág. 295 – 313

58. Breilh J.C. Determinantes Salud Enfermedad En: Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación. Quito: Edic. CEAS. 1994. Pág. 239 – 247
59. Lain Entralgo P. Antropología Médica. Barcelona-España: Para Clínicos Salvat Editores S:A Barcelona España.1984. Pág. 213.
60. Laplantine F. La antropología de la enfermedad. Buenos Aires: Eds. Del Sol, 1999. Pág.237.
61. Brannon, L. &Feist, J. Psicología de la salud. Madrid: Paraninfo. 2001 Pág. 75-180.
62. Santacruz-V. J. La familia como unidad de análisis. Rev Med IMSS 1983; 21(4):348-357.
63. Ortiz M. et al. Proyecto de Intervención en Salud Familiar. Una Propuesta Metodológica. Trabajo para optar por el Título de Máster de Psicología en la Salud. Facultad de Salud Pública 1996.
64. Romero Y. J. Aspectos Psicológicos del Paciente frente a la Enfermedad. 2003. Pág. 55
65. Velasco, ML y Sinibaldi JF. Manejo del Enfermo Crónico y su Familia México El Manual Moderno (2002)
66. Ballester, R., Perdiguero E. El Método en Medicina desde la Antropología. En: Ruiz MJ, Jiménez I, Gardeta P. 1992
67. Gomes R, Alves E, Luiza M Social representations and the experience of illness. CuadSaúde Pública 18 (5):1207-1214. Citado por: Percepción de la enfermedad: Sistemas de creencias Dra. Ingrid Vargas Huicochea. 2002
68. Helman C. Culture, Health and ilnes. 3Edition. USA: Butterworth-Heinman. P. 4
69. Programa de Control de Diabetes Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) La Diabetes: Un problema serio de Salud Publica Estados Unidos de América. 1999.
70. Diabetes. Datos Fundamentales de la OMS. Consultado 26-05-2013. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>

71. Comité de Expertos de la Asociación Americana de Diabetes (ADA)1 American Diabetes Association. Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1997;20:1183-97
72. Organización Mundial de la Salud (OMS)2 Alberti KGMM, Zimmet PZ, WHO. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Provisional report of a WHO Consultation. *DiabeticMed* (1998); 5:539-53.
73. Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud OPS96.- OMS Salud de la mujer Acceso · Temas de salud · Datos y estadísticas Consultado: 10-06-2013 Disponible en:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/index.html>
74. Carta de Ottawa. Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Canadá Noviembre. 1986
75. Educación Diabetológica - ospe salud los cinco pilares que sostienen a la educación diabetológica Consultado: 10-06-2013. Disponible en:diabeteswww.fad.org.ar. Disponible en: www.ospesalud.com.ar/home.asp?.../educacion_diabetologica - en caché - similares
76. Ofelia Tobón Correa. El Autocuidado una Habilidad para Vivir Consultado: 10-07-2013 Disponible en: promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf - En caché - Similares
77. Rosenbaum, J. N. Comparison of two Theorist of Care. *Journal of Adv. Nurs.*, Oxford; 11:409-419. 1986
78. Leninger M. *Qualitative research methods in nursing*. Detroit: Grune&Stratton, Cap 3, p. 33-71: Ethnografic and ethnonursing-models and modes of qualitative data analysis. 1985
79. Morse, J.; Solberg, S. Concepts of caring and caring as a concep. *Adv. Nurs. Sci.*, Maryland. V 13, n.1, p. 1-14, Sep. 1990
80. Leininger, M. *Transcultural nursing: Concepst, Theories and Practices*. New Yorks: John Wiley and Sons. 1978. Pág. 493-494.
81. Leninger M. Overview of the theory of culture care with the ethnonursing research method. *Journal of Transc. Nurs.*, Michigan, 8(2): 32-52. 1997

82. Marriner T. Modelos y Teorías en Enfermería Editorial Mosby / Doyma Libros Tercera Edición Madrid Barcelona.1995.
83. Castrillón M. La Dimensión Social de la Práctica de Enfermería Editorial Universidad de Antioquia Medellín Colombia. 1997
84. Desarrollo Evolutivo del ser humano –...Psicológica con aplicaciones para Iberoamérica. Editorial Mc Graw-Hill. 2000
85. Globalización y Multiculturalismo Libro De FLOR
86. Lara R.M, Mateos Medicina y Cultura: Hacia una Formación Integral del Profesional de la Salud- México: Editores: Plaza y Valores. 1997. Pág. 90-91
87. Bello F., Córcega M. Socio antropológica (s) de la pobreza y la enfermedad. Ediciones Universidad de Carabobo. 1998. Pág. 69
88. Mc Dermont, I.; ÓConnor, J. NLP and Health. Thorsons. Harper Collings. 1996
89. Dilts, R.; Hallbon, T.; Smith, S. Las Creencias. Barcelona-España: Editorial Urano. 1996
90. Malinowski, B. Una teoría científica de la cultura. 5 Edición. Buenos Aires: Edit. Sudamericana. Traducción de A.R. Cortázar. Buenos Aires.1976. P. 6-92.
91. Satir; V. Relaciones humanas en el núcleo familiar. México, D. F. Editorial Pax. Pág. 9. 1992.
92. Barker, J. Paradigmas. Editorial McGraw Hill. Bogotá. 1995
93. Rondón, R. Filosofía del Cuidado Humano en la Teoría de Jean Watson. Tesis Doctoral. Universidad de Carabobo. Venezuela. 2003. Pág. 46-47.
94. Poder Ciudadano: Proyecto de Formación Ciudadana y Rescate de Valores. Caracas, Noviembre de 2010, Pág 19
95. Lara y Mateos Rosa M Medicina y Cultura hacia una Formación Integral del Profesional de salud. Pág. 123-149.
96. Arroyo, M. et al. Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2005; 38(2): Abr.-Jun: 63-68

97. Abdelah F.G. Patient-centered approaches to nursing. New Cork: Macmillan; 1960. Citado por: Marriner A, Raily M. Modelos y teorías de Enfermería. 3 ed. Madrid: HarcourtBrace; 1997. p. 116-131
98. Moreno M., Muñoz S. Experiencia de recibir cuidado de Enfermería Humanizado en un servicio de hospitalización; El Arte y la Ciencia del Cuidado, Grupo Cuidado Universidad Nacional de Colombia 2002 Pág. 206-215
99. Muñoz de Rodríguez L., Vásquez M. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. Colombia Médica. Universidad del Valle. ISSN (versión en línea):1657- 9534 Colombia. Vol.; 38.No 004. p 99.
100. Leininger M. Culture care. a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. J Transcult. 2002. NURS. 13: 189-192. P. 4.
101. Watson J. Teoría del cuidado Transpersonal. Recopilación de lecturas, tecnología del cuidado humano. Universidad de Carabobo 2005 p.9.
102. Rojas, J., P. Aplicación del Proceso de Enfermería en cuidados intensivos. Revista de Investigación y Educación en Enfermería, 2010. 28(3)223-335
103. De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. Tesis Doctoral Universidad de Alcalá
104. Pepper L.S., J. Mae. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. 1989
105. Watson, J a Nursing: Human Science and Human Care a Theory of Nursing. New York. Pág.125-347. 1998-2000.
106. OMS. Enfermería en Acción. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 1993.
107. Duque, S. Dimensión del Cuidado a los Colectivos: un espacio para la promoción de la salud y la producción de conocimientos. Investigación y Educación en Enfermería 1998. 17 (1), 75-
108. JW, Christensen PJ. Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de Teorías, Guías y Modelos. México: El Manual Moderno; 1986:6.
109. Sánchez G., Orem D. Aproximación a su Teoría. Revista. Rol Enfermería. 1999.

110. Boff L. El Cuidado Esencial Ética de lo Humano Editorial. Trotta S.A. Madrid 2002.
111. Olabuenaga, J.L. Metodología de la investigación cualitativa. 4ª ed. Bilbao: universidad de Deusto; 1999.
112. Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión Metodológica y Práctica profesional. Madrid; 2007
113. Álvarez-Gayou.J.L.Cómo hacer Investigación Cualitativa Fundamentos y Ciencia. Kant, afirma la ciencia es un producto del hombre, Consultado el:10 oct 2013 Disponible en: 201.147.150.252:8080/.../hacer%20investigacion%20-%20alvarez-gayou.pdf - Similares
114. Martínez, M. Comportamiento Humano. Nuevos Métodos de Investigación Editorial Trillas México Pág. 150 2004
115. Gómez, G. Flores, J. metodología de la investigación. España: Ediciones Aljibe. Granada. 1996.
116. Taylor, S.J., y Bogdan, R. Introduction to qualitative research methods: the search for meanings Segunda Edition Wiley Nueva York. 1984
117. Álvarez, J. Como hacer Investigación Cualitativa. Editorial Paidós. México. 2003. Pág. 100.
118. León, F. Teoría del Conocimiento. Serie Filosofía Segunda Edición Editado por la Dirección de Medios y Publicación de la Universidad de Carabobo Colección Biblioteca de Ciencias de la Educación Pág. 104 Venezuela. 2011
119. Marx, C. Diferencia entre la filosofía de la naturaleza en Demócrito y en Epicuro. Editorial Ayuso Madrid.1971; Pág. 33.
120. Rojas, B. Investigación Cualitativa Fundamentos y Praxis. Venezuela: Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador.2007. Pág. 47
121. Reseña de “La Escuela por Dentro” de Peter Woods. Educere Abril – Junio Año: 2006 Vol: 10 Numero: 033 Red de Revistas de América Latina y el Caribe, España y Portugal Universidad de los Andes Mérida Venezuela. Pág. 383 -384
122. Morse, J. Asuntos críticos en los Métodos de Investigación Cualitativa Editorial: Universidad de Antioquia Facultad de Enfermería Medellín Colombia. 2006. Pág. 184 -196

123. Galíndez, J. Técnicas de Investigación, Cultura y Comunicación Editorial: Pearson Educación. México. 1998. Pág. 348.
124. Guber R. La Etnografía Método, Campo y Reflexividad Enciclopedia Latinoamericana de Sociocultura y Comunicación Grupo Editorial Norma Bogotá Pag. 41, 53 (2001)
125. Murillo, J. Metodología de la Investigación Etnográfica. Consultado el: 12 -11 2013 Disponible en: www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/.../I_Etnografica_Trabajo.pdf0-
126. Wolcott H. Criteria for an ethnographic approach to research in school. Human Organization Washington (1988) Qualitative Interview Method Wolcott, H. (1988). Ethnographic research in education. In R. Jaegger (Ed). Complementary methods for research in art education (pp. 187-206). Washington Consultado: 20 -10 - 2013 Disponible en: www.public.asu.edu/~ifmls/.../qualintermeth.html - En caché - Similares
127. Martínez, M. La Investigación Cualitativa Etnográfica en Educación. Manual Teórico Práctico. México: Editorial Trillas. 1998 (Reimpresión 2007)
128. Garfinkel, H. Estudio en Etnometodología. Consultado, 7-En 2014. Disponible http://books.google.co.ve/books/about/Estudios_en_etnometodolog%C3%ADa.html?id=yNhkmuW5py8C&redir_esc=y
129. Velasco, H. et al. La Lógica de la Investigación Etnográfica. Madrid: Trotta 1997:35). 1997. El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud Consultado el: 12 -06- 2013 Disponible en: www.index-f.com/cuali/observacion.pdf -
130. Leininger M. Culture Care Diversity and University: A Theory of Nursing. New York: National League for Nursing Press; 1991. Pág. 33,77.
131. Spradley, J. Participant Observation. Orlando: Library Congress. 1980
132. Spradley J. The Ethnographic Interview. New York: Harcourt B.J.C. Publishers. 1979
133. Leal, J: La Autonomía del Sujeto Investigador y la Metodología de Investigación, 2 Ed. Venezuela: Editorial: Azul Intenso C.A. 2009. Pág. 134
134. Leal. J. La Autoestima del Sujeto Investigador y la Metodología de Investigación. Venezuela: Editorial Centro Editorial Litoroma. Venezuela. 2005.

135. Arenas, N: Dando a conocer la aplicación de la Grounded Theory, Teoría Fundamentada en los datos. Universidad de Carabobo. Dirección de Medios y Publicaciones. 2005. Pág. 38,41
136. Méndez H. Estratificación Social. Método Graffar Modificado para Venezuela Archivos Venezolanos Puericultura Pediatría 49: 1986. Pág.93-104
137. Morse J M,Field PA. Qualitative Research Methods for Health Professionals.2ed.London: SAGE; 1995
138. Castillo, E. y Vásquez, M. El Rigor Metodológico en la Investigación Cualitativa. Revista Colombia Médica, Vol. 34, No. 3, Pág. 164-167 (2003).
139. Martínez, M., El método etnográfico de Investigación, Disponible en: http://miguelmartinezm.atspace.com/metodoetnografico_1ra_parte.html, Consultado: 23.09.2013
140. Veliz, A. Proyectos Comunitarios e Investigación Cualitativa. Venezuela: Editorial Texto C.A. 2008. Pag.178
141. Martínez J. Comités de Bioética. España: Editorial Desclee De Brouwer, S.A. 2003. Pág. 87
142. OPS/OMS. Acta Bioética Editado por la Unidad de Bioética OPS/OMS Año: X N° 1 2004. Pág. 95
143. Abogado, columnista y alcalde de Carvajal" Crónica/ En sus 339 años de historia: Mi sagrado suelo: San Rafael de Carvajal. Consultado: Abril 2015. Disponible en: http://www.diarioeltiempo.com.ve/V3_Secciones/index.php?id=153772009
144. Instituto Nacional de Estadísticas. República bolivariana de Venezuela. Proyecciones de la población en base al censo 2011. Consultado 15- Abril-2015. Disponible en: http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=98&Itemid=51
145. Disponible en: <https://turitrujillo.wordpress.com/municipio-san-rafael-de-carvajal/>
146. López E. Familia y sociedad: Una introducción a la Sociología de la Familia Instituto de Ciencias para la familia, Universidad de Navarra Ediciones Rialp C.A. Madrid Pág. 115 (1993)

147. Méndez H. Estratificación Social. Método Graffar Modificado para Venezuela Archivos Venezolanos Puericultura Pediatría 49: Pág.93-104 (1986)
148. Geertz, C. El impacto del concepto de cultura en el concepto de hombre. En: la interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa; 1989
149. Leininger, M., Macfarland, M. Transcultural nursing: Concepts, Theories, reserarch and practice. 3rd ed; Toronto, Canadá: McGraw-Hill. 2002. 621 p. 77-98, 621.
150. Vásquez, M. Aproximaciones a la creación de competencias culturales para el cuidado de la vida. En: Invest Educ Enferm. Vol. 24, 2006. p. 136-142.
151. LeiningerM. Transcultural Nursing Concepts. Theories, Research &Practices Second Chapter 3. Overview of Leininger’s Culture Theory. New York: Edition. McGraw- Hill, Inc College Costom Series.1995. p 3-52
152. http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index3.html
153. Konick J, Mahan RN. Actuación ante una urgencia diabética. Cardiac Clinical Specialist. 18 (6). 2015. P.20–25.
154. Rubio BA, Flamarique B, Ardais y Colb. Evaluación del Control de la Diabetes y de Factores de Riesgo Asociados a la Población Diabética en la Consulta de Enfermería. Enfermería Clínica. 10 (5). 2015. P. 185–186
155. Kleinman A. Patients and healers in the context of the culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. California: Regents; 1980.
156. Muñoz LA. Vivenciando a diabete: umestudo etnográfico. Rev Esc Enferm USP 1995; 29:91-103.
157. Roglic G, Unwin N, Bennett PH, Mathers C, Tuomilehto J, Nag S et al. The burden of mortality attributable to diabetes: realistic estimates for the year 2000.*Diabetes Care*, 28(9). 2005. P 2130–2135.
158. Investigación Científica Acción hipoglicemiante en la DIABETES MELITUS TIPO 2. Disponible en: <http://www.diabenat.com/investigacion.html>
159. www.tec.ac.cr/sitios/Docencia/forestal/Revista.../Solucion%203.pdf.-

160. Fernández A. Disponible en: www.correodelcaroni.com/index.php/opinion/item/6393-el-palo-de-arco
161. Revista de Enfermería Clínica; Mayo-Junio del 2000
162. Bant, A. Parentesco, matrimonio e interese de género en una sociedad amazónica: El caso Aguaruna. En: Amazonia Perú. 1994, vol. 24; p. 77-97.
163. Garza E., M. E., G. Calderón D, Salinas M. A.M., Núñez R. G.M. y Villarreal R., E. Atribuciones y creencias sobre la Diabetes Mellitus Tipo 2, Rev Médica del IMSS, vol. 41, núm. 6, 2003. p. 465-472
164. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Uso de insulinas en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1 y 2. Proyecto de modificación a la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de Diabetes Mellitus. Rev Mex Cardiol. [serie en Internet]. Abr-Jun 2007 [consultado 25 Enero 2016]; Vol. 18 No. 2: 57-86. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cardio/h-2007/h072b.pdf>
165. Vázquez, F., F. Arreola, G. Castro, J. Escobedo, S. Fiorelli, C. Gutiérrez, E. Junco, S. Islas, A. Lifshitz, J.D. Méndez, G. Partida Hernández, C. Revilla y B. Salazar 1994. Aspectos psicosociales de la diabetes mellitus. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. Vol. 32 No 3. 267-270.
166. Bacote-Campinha J. A culturally competent model of nursing management. Surgical Services Management, 2 (5). 1996. p. 22-25.
167. Grossman D. Enhancing your cultural competence. American Journal of Nursing; 94(7). 1994. p. 58-62.
168. Revista NIH Medline Plus Salud. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/natural/843.html>

A N E X O

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERÍA
ÁREA DE CONCENTRACIÓN, SALUD Y CUIDADO HUMANO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, Cedula de Identidad Numero: _____ expreso por este medio, mi voluntad de participar en la investigación titulada **PRACTICAS CULTURALES DE CUIDADO DE LOS DIABETICOS TRUJILLANOS** realizada por el MgCs Isolina Telles, titular de la Cedula de Identidad Numero 8.603.357, para optar al título de Doctora en Enfermería. Doy fe de que se me ha explicado los objetivos de la investigación y la confiabilidad de la información que yo aporte durante la recolección de los datos. Asimismo expreso si en algún momento decido no participar en la investigación podré hacerlo libremente.- Autorizo que esta información solo sea manejada por el personal que esté realizando la investigación

En Barquisimeto a los _____ días del mes de _____ año 2014

MgCs Isolina Telles
Investigadora

Participante