

## Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

**BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA**  
UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
Chía - Cundinamarca

**Experiencias de cuidado desde lo cultural, de personas con diabetes Mellitus tipo II en el contexto familiar. Ibagué, 2012-2014**

**Karol Johanna Briñez Ariza**

**Universidad de la Sabana  
Facultad de Enfermería y Rehabilitación  
Bogotá  
2014**

**Experiencias de cuidado desde lo cultural, de personas con diabetes Mellitus tipo II en el contexto familiar. Ibagué, 2012-2014**

**Karol Johanna Briñez Ariza**

**Trabajo de investigación para optar al  
Título de Magíster en Enfermería**

**Asesora**

**Lucy Muñoz de Rodríguez**

**Profesora Facultad Enfermería y Rehabilitación**

**Universidad de la Sabana  
Facultad de Enfermería y Rehabilitación  
Bogotá  
2014**

## Tabla de contenido

LISTA DE TABLAS.....	8
RESUMEN.....	9
INTRODUCCION .....	11
1. MARCO REFERENCIAL.....	12
1.1. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA PROBLEMA Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	12
1.1.1. Revisión de la literatura desde otras disciplinas de estudios relacionados con el fenómeno .....	16
1.1.2. Revisión de la literatura desde la disciplina de enfermería de estudios relacionados con el fenómeno .....	16
1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	22
2. JUSTIFICACIÓN .....	23
2.1. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS.....	27
2.1.1. Experiencias de cuidado desde lo cultural.....	27
2.1.2. Persona con diabetes mellitus tipo II .....	28
2.1.3. Contexto familiar.....	29
3. OBJETIVO.....	30
3.1. GENERAL .....	30
4. MARCO TEÓRICO .....	31
4.1. EXPERIENCIA DE CUIDADO DESDE LO CULTURAL-TEORÍA DE LA UNIVERSALIDAD Y LA DIVERSIDAD CULTURAL DE MADELEINE LEININGER.....	31
4.2. CARACTERIZACIÓN DE LA FAMILIA TOLIMENSE.....	35
4.3. PERSONA CON DIABETES MELLITUS TIPO II.....	35
4.4. CONTEXTO Y ENTORNO FAMILIAR.....	38
5. MARCO DE DISEÑO.....	43
5.1. TIPO DE ESTUDIO .....	43
5.2. ELEMENTOS DEL DISEÑO .....	43
5.2.1. Participantes.....	43
5.2.2. Tiempo .....	44

5.2.3.	Lugar.....	44
5.3.	TIPO DE MUESTREO.....	44
5.3.1.	La Pertinencia.....	44
5.3.2.	La Adecuación.....	45
5.3.3.	La Conveniencia.....	45
5.3.4.	La Oportunidad.....	46
5.3.5.	Disponibilidad.....	46
5.4.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	47
5.4.1.	Criterios de inclusión de informantes clave .....	47
5.4.2.	Criterios de exclusión de informantes clave .....	48
5.4.3.	Criterios de inclusión de informantes generales.....	48
5.4.4.	Criterios de exclusión de informantes generales .....	48
5.5.	RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN .....	48
5.5.1.	Entrevista .....	48
5.5.2.	Observación .....	50
5.3.3.	Notas de campo.....	51
5.6.	RIGOR METODOLÓGICO .....	51
5.6.1.	Credibilidad .....	52
5.6.2.	Confirmabilidad.....	52
5.6.3.	Significado en contexto .....	53
5.6.4.	Saturación.....	53
5.6.5.	Patrones recurrentes.....	54
5.6.6.	Transferibilidad .....	54
5.7.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	55
5.7.1.	Consentimiento informado .....	57
5.8.	PROCEDIMIENTO.....	57
5.8.1.	Inmersión al campo .....	57
5.8.2.	Escenario .....	59
5.9.	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	61

5.9.1.	Fase primera - Recolección, descripción y documentación de datos en bruto .....	61
5.9.1.1.	Entrevistas a informantes clave .....	61
5.9.1.2.	Entrevistas a informantes generales .....	62
5.9.1.3.	Ambiente .....	64
5.9.2.	Fase Segunda - Identificación y categorización de los descriptores y componentes.....	64
5.9.2.1.	Descriptor (primer nivel de codificación) .....	64
5.9.2.2.	Categorías (segundo nivel de codificación) .....	65
5.9.2.3.	Memos.....	65
5.9.3.	Fase tercera – Análisis contextual y de patrones .....	66
5.9.4.	Fase cuarta – Temas centrales, hallazgos de investigación, formulaciones teóricas, y recomendaciones .....	66
6.	RESULTADOS .....	68
6.1.	Caracterización de informantes clave y generales.....	68
6.2.	Factores de la estructura social .....	70
6.2.1.	Factores tecnológicos.....	71
6.2.2.	Factores religiosos.....	71
6.2.3.	Factores familiares y sociales .....	72
6.2.4.	Valores culturales, creencias y estilos de vida .....	73
6.2.5.	Factores políticos y legales.....	74
6.2.6.	Factores económicos.....	75
6.2.7.	Factores Educativos.....	75
6.3.	Fase 2 Identificación y categorización de los descriptores y componentes.....	77
6.4.	Análisis contextual y de patrones.....	77
6.4.1.	Análisis contextual.....	77
6.5.	Temas centrales, hallazgos de investigación, formulaciones teóricas, y recomendaciones .....	78
6.5.1.	Reacción a su situación de enfermedad.....	78
6.5.2.	La participación de la familia .....	82

6.5.3. Experiencias producidas desde el servicio de salud y otros actores sociales.....	84
6.5.4. Efectos percibidos y conocidos por sí mismo .....	86
6.5.5. Construcción del cuidado .....	90
7. DISCUSIÓN .....	97
8. CONCLUSIONES .....	104
9. RECOMENDACIONES .....	108
10. LIMITACIONES .....	110
11. ANEXOS .....	111
Anexo 1. Acta subcomisión de investigación de la facultad de enfermería y rehabilitación universidad de la sabana .....	111
Anexo 2. Aprobación Hospital Federico Lleras Acosta del proyecto de investigación .....	118
Anexo 3. Consentimiento informado de informantes clave .....	119
Anexo 4. Consentimiento informado de informantes generales .....	122
Anexo 5. Cronograma de actividades.....	125
Anexo 6. Presupuesto .....	126
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	127

## **LISTA DE TABLAS**

Tabla 1. Codificación de los descriptores

Tabla 2. Caracterización de informantes clave

Tabla 3. Caracterización de informantes generales

Tabla 4. Tema 1 Reacción a su situación de enfermedad

Tabla 5. Tema 2 La participación de la familia

Tabla 6. Tema 3 Experiencias producidas desde el servicio de salud  
Y otros actores sociales

Tabla 7. Tema 4 Efectos percibidos y conocidos por sí mismo

Tabla 8. Tema 5 Construcción del cuidado

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir experiencias de cuidado desde lo cultural que tienen las personas con diagnóstico de diabetes Mellitus tipo II en su contexto familiar atendidos en el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué durante el año 2013 y 2014.

**Metodología:** Enfoque cualitativo tipo etnográfico, aplicando método de etnoenfermería, derivada de la Teoría de la diversidad y Universalidad del cuidado cultural de Madeleine Leininger, método enfocado en modos naturalísticos, abiertos e inductivos para describir, explicar, significados, símbolos, y experiencias de vida de los informantes con respecto a fenómenos de cuidado de enfermería. Muestreo no probabilístico a conveniencia con 10 informantes clave (personas con el diagnóstico de diabetes mellitus tipo II) y 6 informantes generales (familiares de personas con el diagnóstico de diabetes mellitus tipo II). Recolección de la información fue mediante entrevistas abiertas a profundidad en el hogar, notas de campo y observación, previo consentimiento informado. Análisis de información mediante la guía de análisis de datos de las fases del método de la etnoenfermería de Leininger codificación, categorización, identificación de patrones recurrentes y temas.

**Resultados:** se identificaron cinco temas principales: Reacción a su situación de enfermedad, la participación de la familia, experiencias producidas desde el servicio de salud y otros actores sociales, efectos percibidos y conocidos por sí mismo, y construcción del cuidado.

**Conclusiones:** La experiencia de cuidado en la diabetes tipo II en el contexto familiar determina patrones de cuidado que inciden

culturalmente y reflejan su cuidado en el hogar. La investigación desde lo cultural, fortalece la práctica de enfermería porque potencia un campo natural de cuidado que debe ser abordado desde lo cultural.

**Palabras clave-DeCs: Diabetes mellitus, Enfermería transcultural, Análisis cualitativo, cuidados de enfermería en el hogar, Leininger.**

## INTRODUCCION

La investigación desde lo cultural en las experiencias de cuidado de personas con diabetes mellitus tipo II ofrece a la disciplina de enfermería, hallazgos de investigación propios que le aportan a mejorar la práctica, con bases teóricas en un abordaje cualitativo que desde las creencias, valores, y significados de quienes lo experimentan y sus cuidadores orientan un campo no explorado en la literatura.

Enfermería, como disciplina, profesión y ciencia, debe contribuir al conocimiento de lo construido sobre el fenómeno de interés, que a pesar del abordaje por otras disciplinas, vincula los resultados de investigación como evidencia para brindar cuidado culturalmente congruente.

Este trabajo consta de 8 secciones distribuidas así, marco referencial, marco teórico, marco de diseño, resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones y limitaciones con el fin de dar una organización apropiada y orientadora para el lector.

# 1. MARCO REFERENCIAL

## 1.1. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA PROBLEMA Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La diabetes es un problema de salud pública a nivel mundial, se ha nombrado epidemia por la magnitud y aumento en incidencia en todas las etapas del ciclo vital. Según la OMS (1) se estima que en el mundo hay más de 346 millones de personas con diabetes, y aún no todos están diagnosticados, es de anotar que es una enfermedad descrita hace más de dos milenios.

La Asociación Norteamericana de diabetes(2) indica que la prevalencia de la enfermedad varía con la edad, y las condiciones sociales. En Estados Unidos 25,8 millones de personas tienen el diagnóstico de diabetes, es decir 8,3% de la población; además los mayores de 65 años agrupan la mayor proporción: el 26,9% y por sexo, de los hombres mayores de 20 años, el 11,8% tienen diabetes y de las mujeres mayores de 20 años el 10,8%.

La situación en el continente americano tiene tendencia al aumento de la patología en la población. De acuerdo a Diez (3) citando a Cuevas, en el año 2025, solo en las Américas se incrementará a 65 millones de personas con diabetes; y para Latinoamérica se cree que aumentará en un 148% en treinta años desde el año 2000 con un aumento de población tan solo del 40%, afectando a personas con edades entre 45 y 60 años que son activos económicamente y que para el caso de Colombia, según la OMS hay una esperanza de vida de 75 años aproximadamente, tiempo considerable de exposición a posibles complicaciones derivadas de la diabetes(3).

En Colombia, según la Asociación Colombiana de diabetes (4), la prevalencia de la diabetes tipo II es aproximadamente de 7.4% en hombres y de 8.7% en mujeres. Lo anterior, lo confirma Aschner(5), en su estudio con similares resultados, que las cifras incluyen población entre 25 y 64 años. Adicionalmente, agrega citando a la Federación Internacional de diabetes que en la edición del Atlas 2009 estimó para Colombia la prevalencia de diabetes tipo II en un 4,8% con un grupo de edad mayor de 20 a 79 años, cercano a un millón quinientos mil personas con la enfermedad.

Es importante analizar que para la determinación de esta cifra nacional se tiene en cuenta la proporción de población en zona rural, es decir para Colombia, un aproximado menor a 2000 habitantes, donde se ha descrito bajo reporte de diabetes, que de acuerdo a Aschner(5) se refleja la diferencia por los estilos de vida, el desplazamiento, y el proceso de urbanización.

Según la Encuesta nacional de Demografía y Salud (ENSD)(6) del año 2010, se encontró que el 11% de los adultos mayores tenían diabetes, con una edad cronológica de diagnóstico alrededor de los 60 años, destacando que los departamentos donde es más frecuente este diagnóstico es Quindío y Risaralda; por otro lado, en el Tolima se encontró una prevalencia de diabetes del 11,2%, que al compararse en la encuesta entre los 33 departamentos, se encontró que a nivel nacional ocupa el lugar 17.

De acuerdo a Aschner(5) en un estudio de ingresos hospitalarios en adultos mayores en Medellín se ubicó la diabetes mellitus como cuarto lugar en esta población.

Adicionalmente, este autor, citando al Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), para el año 2007 expresa que la diabetes era una de las cinco primeras causas de muerte en Colombia, con una proporción de muertes atribuibles de un 6% en grupo de edad entre 60 y 69 años, un 4% en mayores de 80 años y disminuye hasta el 1% en menores de 40 años, en donde esta cifra última es coherente quizá con la prevalencia descrita para menores de 40 años.

Adicionalmente Aschner(5), refirió que en la ciudad de Ibagué el perfil epidemiológico describió a esta enfermedad como la sexta causa de mortalidad general para el 2009, con una tasa de 18,43 por 100.000 habitantes; y para el grupo de edad de 45 a 64 años como la tercera causa con una tasa de 22,3 por 100.000 habitantes, mientras que para los mayores de 65 años es la quinta causa de mortalidad con una tasa de 175,1 por cada 100.000 habitantes.

Localmente, en el Hospital Federico Lleras Acosta, en el informe de vigilancia epidemiológica de los años 2012(7) y 2013(7), reportó que en total se atendieron 159 personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II en esta Institución, teniendo en cuenta que durante estos años la crisis llevó a cerrar convenios y contratos.

Lo anterior expone, la importancia de la magnitud de la diabetes a nivel internacional, nacional y local.

Esta enfermedad, incluye entre sus complicaciones, las relacionadas con enfermedad microvascular, y lesiones nerviosas generando la denominada polineuropatía. Como cita Tesfaye (8) La neuropatía diabética comprende varios síndromes neuropáticos, el más común es la

neuropatía sensitivomotora distal simétrica crónica, factor principal descrito como inicial en la úlcera del pie, es decir al pie diabético.

La Federación Internacional de diabetes (9) menciona que de todas las amputaciones de extremidades inferiores, entre el 40% y el 70% se producen por diabetes y por ello el 85% de las amputaciones van precedidas de una úlcera en el pie.

Por lo anterior, la diabetes ha sido ampliamente investigada por disciplinas diferentes con abordajes heterogéneos; en la medicina, la investigación se ha direccionado hacia factores de riesgo asociados, clasificación de la diabetes, el diagnóstico y tratamiento. Como lo ha investigado la American Diabetes Association (10) concluyendo la necesidad de brindar atención mediante estándares nacionales de diagnóstico y tratamiento que clasifiquen los pacientes según sus factores de riesgo y necesidades específicas.

Desde la revisión de las cifras epidemiológicas, es importante analizar que para una persona con diabetes mellitus tipo II, hay implicaciones desde lo emocional al tener que cambiar estilos de vida, o desarrollar complicaciones a nivel físicas y patológicas; generando gastos económicos para el sistema de salud y las familias cuando no cuentan con todos los servicios prestados.

Para identificar lo construido sobre diabetes mellitus tipo II desde la investigación, se presenta la revisión desde diferentes disciplinas y desde enfermería.

#### 1.1.1. Revisión de la literatura desde otras disciplinas de estudios relacionados con el fenómeno

En endocrinología, Patel y colaboradores(11) en su investigación en los hindúes mencionan que dentro de los aspectos culturales más relevantes que afectan el cuidado de estas personas son: “compartir los alimentos como tradición”, práctica que genera consecuencias lamentables como la exclusión de las personas con diabetes al tener que consumir otros alimentos y además solo pueden reconocer su condición ante familiares cercanos, lo cual limita el cuidado con la alimentación y la administración de la insulina en reuniones sociales.

En angiología y cirugía vascular, Merino y colaboradores(12) investigaron las nuevas terapias. Pese a los avances científicos, los autores definen como eje central la prevención y manejo individualizado de cada persona diabética.

En psicología, se encontraron estudios como el de Ofman(13) quien menciona la necesidad de identificar el significado y comprensión de la diabetes para quienes son diagnosticados, debido a la relevancia que adquiere por convivir con ella gran parte de su vida, expresándolo en diversas sensaciones corporales, dolores e imágenes, elaborados de su vivencia personal.

#### 1.1.2. Revisión de la literatura desde la disciplina de enfermería de estudios relacionados con el fenómeno

La disciplina de Enfermería ha realizado investigaciones demostrando los beneficios del cuidado para la persona con diabetes. Entre las categorías encontradas se identificaron: experiencias de personas con diabetes

mellitus tipo II, adaptación y complicaciones, relación con personal de salud y afrontamiento, incertidumbre ante la enfermedad, autocuidado del paciente diabético, conocimiento sobre su enfermedad complicaciones, estilos de vida, espiritualidad en los diabéticos, efecto de las intervenciones educativas en el cuidado del diabético, guías de cuidado de enfermería en el diabético, y vínculo de cuidado entre el paciente con diabetes y sus cuidadores, conocimiento de los cuidadores sobre diabetes.

Con relación a las experiencias de las personas con diabetes mellitus tipo II de adherencia al tratamiento no farmacológico, Medel y González(14)estudiaron los cambios en estilos de vida, luego de sesiones educativas, y concluyen que se obtienen pocos resultados si no se acompañan de un seguimiento por enfermería.

Con respecto a la adaptación y complicaciones Lazcano (15) aplicó la teoría de Roy identificando estímulos focales como el tiempo de diagnóstico que disminuía por cada año la respuesta fisiológica, sin afectar la adaptación psicosocial. Por el contrario estímulos contextuales como la ocupación y el estado marital influyeron en esta de manera negativa, porque los pacientes no sentían el apoyo de la familia.

Por otro lado, sobre la relación con profesionales de salud y afrontamiento, se cita a Bolaños y Sarria-Santamera (16), quienes encontraron que hay recursos importantes que se necesitan para facilitar el afrontamiento de la enfermedad que son: ayuda para el cambio, información, confianza, y consideración de los factores psicosociales de cada persona, partiendo de la vivencia de las personas.

Con relación a la incertidumbre en la enfermedad, Alves (17), en su estudio obtuvo resultados de bajo grado de incertidumbre, y alto grado

de motivación para el tratamiento, deduciendo que al pasar fases de diagnóstico adoptan conductas que pretenden mejorar y mantener un estado de salud óptimo.

Acerca del autocuidado de la persona diabética, González (18) estudió el proceso de enfermería para esta, fundamentado en el modelo de Orem, direccionando intervenciones de enfermería que evitaran problemas como la amputación y consecuencias como costos en los servicios de salud, alteración en la imagen personal, y su independencia, concluyendo que la teoría de autocuidado de enfermería puede orientar acciones individualizadas a las personas y sus familias.

Con relación al conocimiento de los pacientes hacia la diabetes, Pace (19) evidencia en su estudio que estas personas solo un 28% (n=84) sabían que es la diabetes y sus causas, igualmente un 64% ya había sido hospitalizados por complicaciones y de ellos un 11% por problemas en sus pies. La debilidad del conocimiento sobre la enfermedad puede ser afín a factores propios de las personas y su acceso a servicios de salud limitando la comunicación con profesionales de salud que orienten los cuidados.

Con relación al estilo de vida, Ordoñez y colaboradores (20), demostraron modificación de los hábitos en diabéticos, como cambios positivos para mantener un buen estado de salud y una vejez digna; a diferencia de los dominios de actividad física e información sobre la patología, los cuales necesitan fortalecimiento en los participantes.

En cuanto al efecto de las intervenciones educativas en el cuidado del pie diabético, Gershater(21) no encontró diferencias significativas entre grupos ante una intervención educativa y la nueva formación de úlceras

en los pacientes con pie diabético. Por el contrario Whittemore(22) demostró la eficacia de una intervención con educación en pacientes diabéticos encontrando disminución de los niveles de glicemia y en cambios comportamentales dirigidos hacia la promoción de la salud y la motivación como estímulo para la adaptación psicológica y la autoreflexión del cuidado propio.

Respecto a la espiritualidad, Zavala y otros (23), concluyen el efecto positivo de la espiritualidad en los estilos de vida, disminuyendo la ansiedad y mejorando el afrontamiento a la enfermedad y la cronicidad.

Con relación a guías de cuidado de enfermería para personas diabéticas, Cruz y otros (24)proponen planes de cuidado según los diagnósticos de enfermería más frecuentes, unificando criterios que permitan el acompañamiento y educación a quien se le diagnostica la enfermedad y a su familia.

A cerca del vínculo de cuidado entre el paciente con diabetes y sus cuidadores Chaparro (25)concluyó que abordar díadas y no sujetos por separado, permite identificar necesidades de las personas como el cuidador familiar, y atender situaciones en la labor del dar cuidado y planear el cuidado en casa con una comunicación permanente con el equipo de salud.

El cuidado brindado por cuidadores fue estudiado por Pace(26) encontrando que solo tenían conocimiento parcial de la enfermedad y que la dieta se ve como "problema", sumado a ello sus familiares diabéticos en un 83% presentaban lesiones en los pies.

Como conclusión de los documentos revisados puede expresarse que se han investigado los aspectos descritos en el cuidado de los diabéticos desde diversas perspectivas y que aún con la información existente, se desconocen las experiencias de cuidado desde lo cultural en el contexto familiar desde la vivencia expresada por los pacientes.

El problema radica en que la diabetes mellitus tipo II, al ser una enfermedad crónica, sin tratamiento único, con factores intervinientes múltiples, abordajes desde diferentes perspectivas, que enfrentan a quienes se les diagnostica con un patrón de estilos de vida propio, evidencia que las cifras van en aumento tanto en prevalencia como en incidencia; por ello, la importancia del cuidado de enfermería dirigido hacia estas personas al entender las implicaciones del contexto familiar en la persona que es diagnosticada con la enfermedad, en la población de Ibagué para conocer su cuidado desde lo cultural.

Lo anterior mediante la aproximación en las experiencias de cuidado de las personas con diabetes mellitus tipo II.

En el departamento del Tolima se cuenta con un programa de salud pública con tres herramientas (27); camino (actividad física), mesa saludable (alimentación saludable), nifunito ( sin cigarrillo ni licor) que presta asistencia técnica a los 47 municipios para promocionar los buenos hábitos saludables que prevengan la aparición de enfermedades como hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, entre otros.

La secretaría de Salud del Tolima (28) reportó que este departamento comparado a nivel nacional fue el que mayor número de muertes presentó por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

Según el perfil epidemiológico y el diagnóstico local en salud(29), de cada 100 consultas en Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), 75 son por causa de enfermedades crónicas transmisibles en el Tolima.

La atención de la población en Ibagué se direcciona desde la IPS que tenga contrato según el Régimen al que el usuario esté afiliado. Entre otras, a nivel de prevención y promoción cuentan con el programa de Crónicos en las EPS de Coomeva, Saludcoop, Nueva EPS, Sánitas, entre otras.

Estos programas son desarrollados según la normatividad vigente citando a los diabéticos con periodicidad que define cada IPS, para entregar la fórmula de control, control de glucometría en ayunas y se dan recomendaciones dietarias y sobre actividad física, según la tendencia de los resultados. Sin embargo, no hay un seguimiento estructurado e individualizado según la respuesta de cada paciente, sino direccionado a colectivos de manera repetitiva sin evidenciar grandes cambios en los usuarios pertenecientes a estos programas, coincidiendo con Villegas y colaboradores(30), quienes encontraron que los factores de riesgo de las personas con diabetes que asisten a los programas de atención a diabéticos están insuficientemente controlados, afectando así las metas en el tratamiento.

A nivel hospitalario, la atención se direcciona por las instituciones con especialistas en medicina interna y un equipo interdisciplinario, bajo estándares internacionales como las Guías ALAD(31), producto del Consenso latinoamericano de Diabetes para el diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo II; los estándares de la Asociación

americana de diabetes(10) y a nivel nacional con la guía del Ministerio de salud(32).

Sumado a lo anterior el Tolima, es un departamento con 47 municipios con personas de diferentes nivel educativo y estilos de vida distintos, lo cual podría facilitar que en algunos casos, las personas consulten al servicio de salud cuando las complicaciones, como la nefropatía, retinopatía y el pié diabético requieren estrategias de tratamiento y no de prevención con solo adopción de hábitos de vida saludables.

El tema relacionado con experiencias de cuidado de personas con diabetes, considerando su contexto familiar, ha sido poco estudiado. Dentro de las investigaciones encontradas pueden citarse a Velásquez y Balcázar(33), quienes analizan el papel fundamental de la familia, como agente motivador para cursar con la enfermedad, y cambios en la dinámica familiar por el trato hacia el paciente al estar “enfermo” desencadenando cambios de humor y conflictos en la familia.

Por tanto surge el interés de conocer desde un abordaje cultural, la experiencia de las personas que conviven con la diabetes, cómo desde el mundo real de su contexto familiar se cuidan y son orientadas desde diferentes escenarios clínicos y de salud pública; lo cual motiva plantear una pregunta de investigación que responda a este problema de interés.

## 1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo son las experiencias de cuidado desde lo cultural, que tienen las personas con diabetes mellitus tipo II en su contexto familiar procedentes del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué?

## 2. JUSTIFICACIÓN

La investigación de las experiencias de cuidado que las personas con diabetes Mellitus tipo II tienen desde lo cultural en su contexto familiar, permite un abordaje natural en un escenario de su vida cotidiana, desde sus propias vivencias y su cultura, para identificar elementos importantes que faciliten la comprensión de estas personas, quienes con una patología crónica, requieren recibir un cuidado culturalmente congruente con su cuidado émic.

Para ello, se revisa la literatura y es escaso el abordaje del cuidado de enfermería de personas con el diagnóstico de diabetes Mellitus tipo II desde lo cultural mediante la guía de la teoría de enfermería de la universalidad y la diversidad del cuidado cultural de Madeleine Leininger, la cual es coherente con el propósito y objetivo del estudio.

Es por ello, que a la luz de esta teoría de enfermería, puede justificarse en la significancia teórica, la importancia de comprender un fenómeno tan diverso y universal como lo es la cultura, que va a ser determinante en las expresiones de cuidado que se identifican en los seres humanos. Según Leininger(34) y el estudio de Henry (35) se ha evidenciado la existencia de factores socioculturales que han influido en el comportamiento de las personas. Lo anterior, apoyado en el incremento de identidades multiculturales, hace que la gente espere de los profesionales de enfermería y de la salud el respeto y entendimiento de sus creencias, valores y estilos de vida en los diferentes contextos.

Por consiguiente, es necesario conocer las experiencias de cuidado, convicciones de salud-enfermedad, conductas y los valores de los individuos, familias y grupos para poder proporcionar cuidados

enfermeros efectivos, satisfactorios, haciendo visible la utilidad de generar conocimiento científico y humanístico que permita una práctica de enfermería específica y universal.

La relevancia social, radica en situar como eje del proceso de cuidado a los valores y la cultura de cada persona, características sociales que hacen de la actual sociedad, una combinación interesante multicultural que debe recibir el respeto a sus creencias, estilos de vida, etc., lo cual hará que los resultados de los cuidados sean más satisfactorios cuando las relaciones interpersonales entre enfermera y personas o colectivos, sea más estrecha y efectiva, tal como lo cita Leno(36), pues es responsabilidad del profesional que planifica el cuidado que dé respuesta a sus expectativas, evitando las tensiones o conflictos por desconocimiento de su cultura.

La investigación brindará elementos que beneficiará a grupos poblacionales ubicados en comunidades, e instituciones de salud, comprendiendo la necesidad actual de incluir cuidado de enfermería cultural acorde a las necesidades de las personas, como complemento a la atención tradicional dirigida a los diabéticos y de utilidad en la formulación de planes hospitalarios, programas y políticas institucionales.

Además, evitará el distanciamiento del cuidado porque no habrán barreras tecnológicas, las personas tendrán un cuidado direccionado a la satisfacción de quienes lo reciban porque está acorde a lo esperado por ellos, traduciéndose en efectos positivos y de bienestar en la población diabética, como expone Bolaños (16) quien documentó la necesidad del cuidado congruente a las características personales, puntos de vista y condiciones de existencia, percibida por personas con diabetes para plantear metas concretas y factibles, recibiendo aportes de y para su

experiencias de cuidado, en lugar de recibir recomendaciones con idioma o lenguaje médico.

Es por lo anterior, que esta investigación hará visible a la enfermería desde el punto de vista de un cuidado teórico, práctico y humanizado, al poder evidenciar mediante resultados propios de la disciplina el entendimiento y comprensión de la importancia de la cultura en el cuidado que cada persona se provee; además de ello, permitirá la comparación de diferentes formas de pensar y actuar de un grupo de individuos con la misma característica en común: una necesidad de direccionamiento que requiere intervenciones desde la representación más clara de los conocimientos de enfermería: la cultura, como lo pretende la teoría de enfermería de Leininger(34).

Con relación a la significancia disciplinar, en el ámbito asistencial y de salud pública, identificados por autores como Henry(35),y Castillo(37), la importancia de conocer e identificar las experiencias de cuidado, desde el contexto familiar de las personas con diabetes Mellitus tipo II, aporta información que evidencia el cuidado que se brindan estas personas en un ambiente propio de su vida, para así direccionar la disciplina de enfermería a documentar, conocer y explicar qué es lo diverso y lo universal de las personas con diabetes mellitus tipo II, y así apropiar herramientas profesionales que direccionen el cuidado teniendo en cuenta los conocimientos adquiridos desde lo cultural y generados desde la enfermería.

En el campo investigativo de la profesión de enfermería, el presente estudio enfocado desde la perspectiva transcultural, permitirá relativizar la propia cultura y apreciar la diversidad de los valores, las tradiciones, las creencias y los modos de vida de las personas, facilitando el

acercamiento entre la disciplina de enfermería y los puntos de vista de sus conocimientos, experiencias locales, personales o culturales, o émic (internos), relativos a los cuidados, tal como se entienden y son aplicados en las comunidades que son diagnosticadas con esta enfermedad. Esto será contrastado con el conocimiento étic(externos), a menudo identificados como prácticas y convicciones de los profesionales de la enfermería, tal como lo propone Leininger(34), con el fin de poder comprender cómo expresan el cuidado hacia sí mismos y las necesidades que desde su ambiente familiar requieren para potenciar actitudes que mejoren el estado de salud.

Adicionalmente, surgirán nuevas preguntas de investigación que conduzcan a mostrar beneficios del cuidado cultural de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

En el ámbito educativo, apoyará la necesidad sentida de las personas diabéticas, facilitando la expresión desde su experiencia de cuidado como individuos pertenecientes a una cultura propia, y definida que orienta su cuidado. Si bien, la educación diabetológica, está contemplada dentro de las estrategias del tratamiento actual de la diabetes, no puede desconocerse la gran influencia del contexto familiar en la apropiación de las medidas de cuidado. Por lo anterior expuesto, la enfermera que brinda educación deberá saber reconocer y valorar las percepciones, sentimientos, valores y experiencias de cuidado para dar la orientación acorde a las necesidades de las personas ya sea potenciando, o direccionando el cuidado que estas personas se proporcionan desde sus posibilidades y sus escenarios propios, lo cual se interpretaría como un discurso aplicable a la vida diaria.

Sumado a lo expuesto, se apoyará la educación profesional de enfermería, al demostrar el uso de la teoría de Leininger para reconocer la importancia del abordaje cultural de los seres humanos y colectivos como un gran conocimiento para brindar cuidado de enfermería congruente, demostrando la aplicabilidad teórica en la práctica, y así evitar resultados como los de Barco y colaboradores(38) que al realizar un estudio con licenciados en enfermería encontró que el 90% no tenía conocimientos en enfermería transcultural, y no los empleaban para planificar y ejecutar la gestión de los cuidados de enfermería.

## 2.1. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

### 2.1.1. Experiencias de cuidado desde lo cultural

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española se define experiencia: “Hecho de haber sentido, conocido o presenciado alguien algo. Práctica prolongada que proporciona conocimiento o habilidad para hacer algo. Conocimiento de la vida adquirido por las circunstancias o situaciones vividas. Circunstancia o acontecimiento vivido por una persona” (39).

En este orden de ideas, el cuidado tradicional o émico, es la base para poder brindar como enfermeras un cuidado culturalmente congruente por ello, se plantea la siguiente definición del concepto experiencia de cuidado desde lo cultural: expresiones diversas y universales de cuidado de los seres humanos, influenciadas por la cultura y el contexto que aportan la mejor evidencia sobre los valores, creencias, símbolos y prácticas que explican su forma de entender la salud, la enfermedad, la discapacidad y la muerte y por ende, el cuidado genérico(34)(39).

### 2.1.2. Persona con diabetes mellitus tipo II

Según Alberti y otros(40), puede definirse a la persona con diabetes mellitus tipo II que según la clasificación de la Federación Diabetológica Internacional, tiene factores de riesgo modificables como sobrepeso, obesidad central y total, sedentarismo, intolerancia a la glucosa y/o hiperglucemia en ayunas, síndrome metabólico, factores alimentarios; y no modificables como etnia, historia familiar de diabetes mellitus tipo II, edad, sexo, historia de diabetes gestacional, síndrome de ovario poliquístico.

A quienes luego de una completa valoración médica se les identifican los siguiente criterios diagnóstico como lo indica la Asociación Americana de Diabetes (ADA)(10): Hemoglobina Glicosilada (A1c) mayor a 6,5%, o glucosa en ayunas mayor o igual a 126 mg/dl, o glucosa dos horas postcarga de 75 g de glucosa anhidra mayor o igual a 200 mg/dl, o paciente con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis hiperglucémica, y una glucosa al azar mayor o igual a 200mg/dl, por consiguiente, cumpliendo el criterio del diagnóstico médico.

Lo anterior, le implica a la persona con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, vivir su realidad basado en significados, creencias, estilos de vida, y prácticas derivadas de la cultura y de la enfermedad, generando situaciones de cambio en diferentes esferas como la social, personal y familiar, así como diferencias y similitudes entre los individuos, vinculando una continua toma de decisiones respecto a su cuidado (11),(33), (41),(42),(43).

### 2.1.3. Contexto familiar

Según la revisión de literatura se construyó la siguiente definición: ambiente grupal doméstico conformado por seres humanos que compartiendo lazos de parentesco o vínculos viven juntos, interactúan y se ven influenciados por factores socioculturales que determinarán y transmitirán las costumbres, las creencias, valores, significados, actitudes, pensamientos y estilos de vida, contemplando un entorno interesante para explicar los patrones de salud-enfermedad de los miembros que la conforman(39)(44)(45)(46)(47).

## **3. OBJETIVO**

### 3.1. GENERAL

Describir las experiencias de cuidado desde lo cultural que tienen las personas con diagnóstico de diabetes Mellitus tipo II en su contexto familiar atendidos en el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué durante el año 2013 y 2014.

## 4. MARCO TEÓRICO

El interés de hacer visible a la disciplina, encamina esta investigación a apoyarse en la comprensión de una base teórica que la oriente para dar explicación y comprender el fenómeno de las experiencias de cuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, desde el contexto familiar; enfatizando que la cultura del ser humano es condicionante en respuestas como la salud, el bienestar, o la enfermedad. Es así como en esta investigación, se toma como referente teórico la teoría de la universalidad y diversidad del cuidado cultural a partir de la cual se desarrolla el concepto de experiencia de cuidado desde lo cultural.

### 4.1. EXPERIENCIA DE CUIDADO DESDE LO CULTURAL-TEORÍA DE LA UNIVERSALIDAD Y LA DIVERSIDAD CULTURAL DE MADELEINE LEININGER

Para definir experiencia de cuidado, se debe iniciar con conceptualizar el término experiencia para relacionarlo con la teoría de Leininger. Es por ello que se cita la definición según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española: "Hecho de haber sentido, conocido o presenciado alguien algo. Práctica prolongada que proporciona conocimiento o habilidad para hacer algo. Conocimiento de la vida adquirido por las circunstancias o situaciones vividas. Circunstancia o acontecimiento vivido por una persona" (40).

En la teoría de la universalidad y la diversidad del cuidado cultural se establece una meta a cumplir por la disciplina y según Leininger es: "poder utilizar los hallazgos de investigación del cuidado cultural para brindar cuidado específico o general que pueda ser culturalmente congruente, seguro y benéfico para personas de culturas similares o

diferentes para su salud, bienestar, y curación, y ayudar a las personas a enfrentar discapacidades y la muerte” (34). Lo anterior se logrará si se tiene en cuenta la cultura que influye en las expresiones de cuidado, las creencias, valores, significados especiales y condiciones de salud y enfermedad. El constructo de cultura, hace parte importante de la teoría porque se ha vinculado estrechamente con el concepto de cuidado cultural porque no se sesga a solo relaciones sociales y etnicidad.

El término cultura lo define Leininger así: “los valores, creencias, normas y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos de una cultura particular que guían los pensamientos, las decisiones y las acciones en formas de patrón y frecuentemente intergeneracionalmente”(34). Al relacionar este concepto con el cuidado direcciona un camino necesario e interesante en el campo de la enfermería porque es novedoso, además facilita la comprensión y el descubrimiento de las expresiones de la salud y la enfermedad humana como producto de un nuevo conocimiento en la disciplina.

Aunque para apoyar este precepto, se debe explicar cómo se concibe la enfermería para Leininger, que la define como: “una disciplina aprendida humanística y científica que está enfocada en el fenómeno del cuidado humano y las actividades para asistir, apoyar, facilitar o habilitar individuos o grupos para mantener su recuperación, su bienestar (o salud), en formas culturalmente significativas y benéficas o ayudar a la gente a enfrentar la discapacidad y la muerte”. Se aprecia de manera interesante su interés por conocer, describir e investigar las diferencias y similitudes entre las culturas por parte de enfermería.

En este orden de ideas, la meta se cumple si se comprende la relevancia del concepto de competencia cultural, que en artículos como el de Muñoz

y Vásquez(48), citando a Leininger se plantea como "la necesidad de avanzar en el conocimiento del cuidado genérico y del cuidado profesional en enfermería para llegar a ser competentes en enfermería trans-cultural". Por lo anterior, se analiza la relevancia de reconocer en la información émic un conocimiento requerido para "acoplar" o crear una interfase como estas autoras lo proponen, de modo que se beneficie el cuidado cultural logrando la salud y el bienestar implementando los resultados investigativos en la práctica de enfermería.

Siendo consecuente, es necesaria y valiosa la teoría de la universalidad y la diversidad del cuidado cultural para definir el concepto de experiencia de cuidado porque en los constructos que conciben el metaparadigma de enfermería la salud es vista según Leininger como: "un estado de bienestar que esta culturalmente definido y constituido. Estado del ser para mantenerse y la habilidad para ayudar individuos y grupos a mejorar sus actividades diarias en un cuidado benéfico expresado culturalmente y en un patrón de estilos de vida"(34). Entendiendo este aspecto, se debe mencionar la importancia que tiene conocer, entender, investigar y descubrir las creencias sobre el cuidado, los símbolos, valores y prácticas de los seres humanos para explicar así mismo las expresiones de cuidado consigo y hacia otros determinando condiciones saludables y no saludables y la enfermedad.

Por consiguiente, para Leininger, constructos como el cuidado émic y el cuidado étic favorecen la identificación de estas similitudes y diferencias en las culturas, porque debe incluirse tanto el cuidado tradicional como el profesional, que influyen y explican la salud y el bienestar de diferentes culturas.

Leininger (34) se refiere al Cuidado Genérico (émic) o tradicional como: "las prácticas y conocimiento laico, indígena, tradicional o local para proporcionar actos de asistencia, apoyo y facilitación para o hacia otros con necesidades de salud evidentes o anticipadas con el fin de mejorar su bienestar o ayudar con la muerte u otras condiciones humanas"(34). Es decir, el conjunto de actos justificados en conocimiento propio que mediará en cada ser humano sus expresiones de cuidado hacia condiciones de salud, enfermedad o bienestar.

Sumado al anterior, se apoya este constructo con el de cuidado Profesional de Enfermería (étic) que Leininger menciona así:

Conocimiento y prácticas de cuidado formales y explícitas, cognitivamente aprendidas, obtenidas generalmente a través de instituciones educativas (usualmente no genéricas). Son enseñadas a las enfermeras y otros para proporcionar actos de asistencia, apoyo y facilitación a otros individuos o grupos para mejorar su salud, prevenir enfermedades o ayudar con la muerte u otras condiciones humanas (34).

Con base en lo descrito, exponiendo la importancia de conocer el cuidado tradicional o émico, base para poder brindar como enfermeras un cuidado culturalmente congruente como lo propone la teoría, se plantea la siguiente definición del concepto de experiencia de cuidado: Expresiones diversas y universales de cuidado de los seres humanos, influenciadas por la cultura y el contexto que aportan la mejor evidencia sobre los valores, creencias, símbolos y prácticas que explican su forma de entender la salud, la enfermedad, la discapacidad y la muerte y por ende, el cuidado genérico.

#### 4.2. CARACTERIZACIÓN DE LA FAMILIA TOLIMENSE

De acuerdo a Vila(49) se realizó un estudio publicado por la Unicef, Fondo de las Naciones Unidas, Presidencia de la República e ICBF, donde se reportó la transformación económica importante que ha motivado a que la vocación agrícola típica cultural del ser humano que reside en el Tolima, se modifique gradualmente por la industrial, secundaria a crisis del agro. En este sentido, otro aspecto influyente es la migración del campo a la ciudad, afectando a grupos culturales de modo que su vinculación tan fuerte a la tierra se ve luego limitada, aunado a una estructura patriarcal, y las redes de la familia, en el que el hombre es el proveedor, el responsable económicamente, y donde los hijos así como las madres y esposas tenían una relación muy directa con los abuelos, es decir una familia extensa.

El cambio que se da, incluye también a las mujeres, porque hace que incursionen en el trabajo y el estudio lo cual es aún muy difícil de aceptar por el sexo masculino porque siempre la ubicó en el hogar y al cuidado de sus hijos(49).

En este estudio se menciona que los cambios dados rompen con costumbres y valores tradicionales, declarando que la religión y la sociedad son menos controladores sociales.

#### 4.3. PERSONA CON DIABETES MELLITUS TIPO II

La definición del concepto, hace que necesariamente se vea desde dos perspectivas, primera, como individuo que tiene unas respuestas fisiológicas indicadoras de diagnóstico médico para ser clasificado como

persona con diabetes mellitus tipo II, y segunda, como persona que experimenta cambios en la vida que implican una adherencia farmacológica y no farmacológica, traducida en cuidados específicos según su cultura.

Desde la primera perspectiva, de acuerdo a Alberti y otros(40), puede definirse a la persona con diabetes mellitus tipo II a quien según la clasificación de la Federación Diabetológica Internacional, tiene factores de riesgo modificables como sobrepeso, obesidad central y total, sedentarismo, intolerancia a la glucosa y/o hiperglucemia en ayunas, síndrome metabólico, factores alimentarios; y no modificables como etnia, historia familiar de diabetes mellitus tipo II, edad, sexo, historia de diabetes gestacional, síndrome de ovario poliquístico. A quienes luego de una completa valoración médica se les identifican los siguiente criterios diagnóstico como lo indica la Asociación Americana de Diabetes (ADA)(50): Hemoglobina Glicosilada (A1c) mayor a 6,5%, o glucosa en ayunas mayor o igual a 126 mg/dl, o glucosa dos horas postcarga de 75 g de glucosa anhidra mayor o igual a 200 mg/dl, o paciente con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis hiperglucémica, y una glucosa al azar mayor o igual a 200mg/dl, por consiguiente, cumpliendo el criterio del diagnóstico médico.

Por lo anterior se sustenta que la persona con diabetes mellitus tipo II, debe adoptar medidas específicas recomendadas por la Asociación Americana de Diabetes (ADA) 2014 (10) en la que mencionan que en el desarrollo del plan de manejo, debe considerarse la edad, actividad física, patrones alimentarios mediante una dieta con carbohidratos, proteínas y grasas en cantidades que se ajusten a los requerimientos metabólicos y los gustos del paciente, situación social y factores culturales, presencia de complicaciones, prioridades en salud y otras condiciones médicas.

Sumado a lo anterior, la actividad física es otra meta de control en estos pacientes practicando ejercicio iniciado en períodos cortos de intensidad baja que vayan incrementando paulatinamente, lo expuesto entonces, debe apoyarse en terapia farmacológica como lo recomienda el colegio americano de médicos(51), cuando las modificaciones en el estilo de vida hayan fallado para mejorar adecuadamente la glucemia.

Para abordar el concepto desde la segunda perspectiva, Campbell y otros(43), identificaron que la persona con diabetes tiene diversas experiencias que genera un patrón de autogestión común y diferente entre quienes la padecen, por lo cual el control y el bienestar se logra con el paso del tiempo y las dificultades experimentadas en relación a la enfermedad, para así aprender a cuidarse.

Este estudio, al haber considerado el método etnográfico, logra un mayor desarrollo conceptual y de inmersión con las personas diabéticas. Sumado a lo anterior, Benavente(41), informa como el significado que las personas dan a esta experiencia de convivir con diabetes, hace que la enfermedad limite a quienes la experimentan en la realización de actividades básicas cotidianas y que se mencione bienestar cuando se cumplen las indicaciones de las conductas saludables, por lo cual hay significados similares como que el cuidado se desarrolla mejor en quienes conocen la enfermedad, y significados diferentes como que son consecuencias las recaídas y los valores no controlados si no se da cumplimiento a las sugerencias de cuidado. Velásquez y Balcazár(33), sustentan que la vivencia del diabético se afecta seriamente porque hay dificultad en cambiar patrones alimentarios y la independencia propia, afectando la esfera familiar, social y personal. López y Ocampo (42), identificaron que en sus creencias es vista esta enfermedad como catastrófica, generadora de angustia, de cambios, con causas de "susto"

y factores aislados de herencia así como momentos de fuerte estrés. Las creencias sobre el ejercicio y el tratamiento se encaminan a pensar que las actividades diarias son ejercicio y sienten temor al hablar de insulina por sus efectos en ojos, según mencionan y que puede modificarse horario y dosis del medicamento según la percepción momentánea de tener hiperglucemia o de bienestar. La cultura, modifica los cuidados así como lo cita Patel(11) cuando menciona a la cultura Hindú y el cuidado de sus individuos que va acorde a las situaciones sociales como reuniones sin cumplimiento de recomendaciones, así se conozcan.

#### 4.4. CONTEXTO Y ENTORNO FAMILIAR

Según la Real Academia de la Lengua (39) es una palabra derivada del latín *contextus*, de la que esta Institución hace varias apreciaciones, como un entorno lingüístico del cual depende el sentido y el valor de una palabra, frase o fragmento considerados. Entorno físico o de situación, ya sea político, histórico, cultural o de cualquier otra índole, en el cual se considera un hecho. Orden de composición o tejido de un discurso, de una narración, etc. Enredo, maraña o unión de cosas que se enlazan y entretajan.

En la revisión del concepto se citan las siguientes que pretenden definirlos. Según Covadonga y colaborador(52), citando a Lyon, este concepto ha alcanzado límites en la psicolingüística y la pragmática. Es por ello, que puede reunir elementos relacionados con las situaciones o las verbalizaciones. Si se menciona un contexto situacional es el que se aplica a las condiciones psicológicas, naturales, sociales y culturales en las que se localiza un enunciado, lo que para esta investigación abordaría al ser humano y sus familias.

De otro modo, Bolívar(53) define el contexto como un significado de la interacción social, categorizando en el contexto global y el de situación, haciendo referencia en el primero a las dimensiones histórica y cultural; para el segundo, en eventos particulares de distinta duración. A modo de ser interpretado para los grupos colectivos, deberá tenerse en cuenta las características de su medio cultural, conocidas a través de la historia, lo que implica la identificación de su entorno demostrado mediante investigación descrita. Por el contrario, el contexto de situación implicaría la inclusión del ser humano en momentos, o períodos en los que mantiene una interacción con el mundo.

Luego de identificar un abordaje desde la lingüística, se presenta la conceptualización desde el aporte de la teoría de la universalidad y la diversidad de Leininger, ya que se incluye como un constructo central de la misma y del metaparadigma de enfermería entendiéndolo como el ambiente, dimensión compleja y multifacética en todas las culturas que incluye valores, símbolos, visiones compartidas, y significados ambientales especiales; cuando se consideran variables como las dimensiones tecnológica, sociopolítica, física, espiritual, ecológica, y de parentesco que orientan sobre las expresiones de cuidado, los patrones de vida de los grupos, familias y seres humanos, es decir que se relacionan con el cuidado cultural y requiere amplio conocimiento geofísico y social.

Según Leininger, el contexto ambiental se define como: "totalidad de un evento, situación o experiencia práctica que da significado a las expresiones, interpretaciones e interacciones sociales de la gente dentro de factores geofísicos, ecológicos, espirituales, sociopolíticos y tecnológicos particulares en marcos culturales específicos"(34).

Es por ello que se considera el fenómeno del ambiente como valioso y se representa en el modelo del sol naciente de la teoría, en el que los factores de la estructura cultural y social inciden en las expresiones y significados del cuidado en los seres humanos, por ende a la disciplina de enfermería la apoyan para cumplir con la meta de la teoría de brindar un cuidado culturalmente congruente.

Dentro de los factores de la estructura social que hacen parte del contexto ambiental, la teórica refiere que no se habían investigado en la disciplina relacionándolos con el cuidado; dentro de estos se incluyen, parentesco (lazos sociales); factores políticos; creencias culturales y valores con respecto al género y a las diferencias de clase, religión (espiritualidad); política; aspectos legales; educación; economía; filosofía de vida; y tecnología. Los anteriores, deben ser apreciados para comprender su influencia en el bienestar y la salud de los seres humanos, grupos y familias porque describirán contextos como el familiar y laboral en el que ellos determinen sus expresiones de cuidado.

Como previamente se mencionó la definición que da la Real Academia de la Lengua(39) a la palabra contexto, se adicionará el término familia, que se refiere a compartir un techo, es decir vivir juntos y predominar unos lazos de parentesco. Sumado al anterior, Olivar(45) citando a Burgess, desde la sociología se refiere a la unidad de seres humanos que interaccionan, con vínculos de boda, hijos o adopción, quienes crean y conservan una cultura que origine el desarrollo de los integrantes.

De otro modo, el interés investigativo por la familia, citando a Louro(44), se ha documentado alrededor del siglo XIX y XX avanzando en identificar el predominio de factores como nivel socioeconómico, políticas sociales, particularidades históricas, geográficas, ambientales y socioculturales, así

como la vida de relaciones en el contexto del hogar y las costumbres familiares.

Por lo tanto, se convierte la familia en el eje para generar información y conocimientos acerca de la relación de este grupo social con la salud de sus integrantes y de la población en su conjunto. Louro (44) agrega que la investigación familiar, representa las diferentes interacciones entre la familia, la salud y la sociedad, las políticas de salud, los sistemas de atención de salud y las necesidades de la familia.

Por otro lado, los autores Gomes y Tuirán(46) se refieren a que el contexto familiar, incluye a los individuos que conforman el grupo doméstico, quienes toman decisiones correspondientes al nivel de salud deseado para cada uno, teniendo en cuenta, limitaciones de conocimiento y de recursos que puedan incidir en sus preferencias. De esta manera, este nivel de salud es un producto en formas de prácticas individuales, de estilos de vida, uso de medidas preventivas y curativas, y resultado, lógicamente de enfermedades pasadas o de la edad. Por lo que expresan que el comportamiento hacia la salud, observado acerca de un individuo, no puede ser contemplado desde su particularidad, sino desde su contexto familiar como factor explicativo de la salud de los miembros que va a moldear estos comportamientos y los limitantes.

De acuerdo con Méndez y colaboradores(47), el término entorno familiar, es un concepto derivado de la explicación del contexto familiar el cual, puede clasificarse para ser comprendido en tres grupos: entorno familiar, pautas de crianza y expectativas frente al hijo y la escuela. El primero, a interés de esta de investigación, se ha entendido como las condiciones de vida con las que el grupo familiar cuenta y del mismo modo, la posibilidad y disponibilidad de uso de estos recursos.

Sumado a lo anterior, el término "familiar", según la Real Academia de la Lengua(39) expresa cerca de quince acepciones, por lo cual se exponen las más cercanas a la investigación "Perteneiente o relativo a la familia. Aquello que se tiene muy sabido o en que se es muy experto. Caracteres normales o patológicos, orgánicos o psíquicos que presentan varios individuos de una misma familia, transmitidos por herencia".

A modo de síntesis, se construyó la siguiente definición: ambiente grupal doméstico conformado por seres humanos que compartiendo lazos de parentesco o vínculos viven juntos, interactúan y se ven influenciados por factores socioculturales que determinarán y transmitirán las costumbres, las creencias, valores, significados, actitudes, pensamientos y estilos de vida, contemplando un entorno interesante para explicar los patrones de salud-enfermedad de los miembros que la conforman.

## 5. MARCO DE DISEÑO

### 5.1. TIPO DE ESTUDIO

La investigación usará un enfoque cualitativo tipo etnográfico, aplicando como método la etnoenfermería, derivada de la Teoría de la diversidad y la Universalidad del cuidado cultural de Madeleine Leininger.

De acuerdo a Leininger(34), se considera como un método cualitativo de investigación enfocado en modos naturalísticos, abiertos e inductivos para documentar, describir, explicar, e interpretar el punto de vista, significados, símbolos, y experiencias de vida de los informantes con respecto a fenómenos de cuidado de enfermería actuales o potenciales.

### 5.2. ELEMENTOS DEL DISEÑO

#### 5.2.1. Participantes

Informantes clave: 10 personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II atendidos en consulta externa del hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué, Tolima.

Informantes generales: 6 familiares que convivan con las personas con diabetes mellitus tipo II, quienes aportarán información desde su experiencia y la perspectiva cultural con relación al fenómeno de las experiencias de cuidado de sus familiares.

### 5.2.2. Tiempo

La información se obtuvo a partir de la aprobación del proyecto de investigación por la subcomisión de investigación de la Facultad de enfermería y Rehabilitación de la Universidad de La Sabana (anexo 1) y por el comité de investigación del Hospital Federico Lleras Acosta (anexo 2). Se llevó a cabo desde el 2012 hasta el 2014.

### 5.2.3. Lugar

Los participantes se captaron en el servicio de consulta externa del Hospital Federico Lleras Acosta, Sede Limonar. Las entrevistas se realizaron en el contexto familiar, en los hogares, de los informantes clave y generales, previo consentimiento informado de los mismos.

## 5.3. TIPO DE MUESTREO

Según Sandoval(54), la recolección de la información es progresiva y está sujeta a resultados de los hallazgos, por lo cual propone 5 elementos: pertinencia, adecuación, conveniencia, oportunidad y disponibilidad.

### 5.3.1. La Pertinencia.

Es la selección de los informantes que poseen el conocimiento por su propia experiencia.

En esta investigación, los informantes clave, fueron las personas con diabetes mellitus tipo II que cumplieron los criterios de inclusión, y los

informantes generales los familiares que convivían con ellos y que conocían la experiencia de cuidado de la diabetes en el hogar.

### 5.3.2. La Adecuación.

Se relaciona con la obtención de mejor y mayor información, cuando se da la "saturación teórica", es decir, cuando ya no aparece información distinta o novedosa, después de la recolección y análisis detallado. Se apoyó este criterio con el de significado en contexto de Leininger.

En esta investigación se realizaron entrevistas a informantes clave y generales, para obtener la mejor y mayor información sobre la experiencia de cuidado en el hogar desde lo cultural, y en los casos que se requirió, se realizaron nuevas entrevistas a los informantes para ampliar información hasta que con análisis paralelo se identificaba que se repetía la información y que no había alguna información diferente, identificando la saturación teórica.

### 5.3.3. La Conveniencia.

Se explica al mencionar dos elementos: primero, la selección de lugar, evento y/o situación más convenientes sin interferencias para la recolección de la información y segundo, la disposición intelectual del investigador que sin sesgos, capte la realidad de las experiencias de cuidado. Para lo anterior, se realizó la recolección de la información en el contexto familiar de los informantes clave y generales que se eligió como adecuado, al ser un entorno natural donde puede darse la expresión de ellos sin limitaciones o interferencias. Para el segundo aspecto, el investigador principal hizo una inmersión previa en el campo, se

documentó para la realización de las entrevistas e hizo transcripción de entrevistas fiel a la expresión que cada informante hizo. Las notas de campo apoyaron el aspecto de identificar sin sesgos cómo se comentan las experiencias de cuidado y el escenario.

#### 5.3.4. La Oportunidad.

Es la característica de estar en el lugar preciso y el justo momento para la recolección de la información. El lugar y la hora se acordaron con los participantes. Se desarrollaron las entrevistas en el hogar.

#### 5.3.5. Disponibilidad.

Es el acceso continuo y libre a los fenómenos, situaciones o lugares, que solicite la investigación. Se logró a través de la aceptación en los consentimientos informados por los informantes, y apoyado en la comprensión previo de la inmersión al campo.

Este criterio se logró con el acuerdo sobre el lugar de realización de las entrevistas, que fue el hogar de los informantes, y la hora según la propuesta de ellos, los anteriores se corroboraron mediante previa llamada telefónica de confirmación.

La inmersión al campo aportó conocimiento sobre los momentos precisos para recolectar la información que se llevó a cabo previo consentimiento informado de aceptación, tanto las grabaciones, transcripciones, consentimientos, y notas estuvieron disponibles para guiar el análisis continuo.

## 5.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

De acuerdo a Leininger(34), los informantes clave y los informantes generales tienen características particulares. Los primeros, son elegidos con el propósito de obtener mayor información del dominio en estudio, pues son más conocedores, esto derivado de la experiencia en el tema en investigación, ya que reflejan las normas, creencias, valores y estilos de vida según su propia cultura. Adicionalmente, son quienes verifican los hallazgos, su significado, precisión y relevancia. Los segundos, tienen ideas generales del dominio en estudio y se citan para obtener información que le permita al investigador hacer una reflexión sobre las similitudes o diferencias entre las ideas de los informantes generales con respecto a los informantes clave.

### 5.4.1. Criterios de inclusión de informantes clave

Personas adultas mujeres y hombres con edades entre 50 y 65 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, sin alteraciones mentales que convivan con familiares, dado a que en la inmersión en el campo fue el rango de edad prevalente en las personas que se iban a control, apoyado en la literatura que evidenció que en el rango de edad de 45 a 64 años, la diabetes es la tercera causa de muerte en el Tolima, con una tasa de 22,3 por 100.000 habitantes(5), adicionalmente, que eran atendidos en el servicio de consulta de externa del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué en el periodo de 2012 a 2014.

#### 5.4.2. Criterios de exclusión de informantes clave

Personas que tengan diagnóstico de diabetes mellitus tipo II que convivan solos.

#### 5.4.3. Criterios de inclusión de informantes generales

Personas adultas mujeres y hombres que sean familiares de los informantes clave, que convivan con ellos y que no presenten alteraciones mentales.

#### 5.4.4. Criterios de exclusión de informantes generales

Familiares que no convivan con los informantes clave.

### 5.5. RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

#### 5.5.1. Entrevista

Se hizo entrevista abierta a profundidad que plantea Spradley(55) para lo cual el investigador tuvo en cuenta distintos tipos de preguntas probables en los encuentros con los informantes. Se sugirió una pregunta inicial que se podía transformar de acuerdo a los resultados de la inmersión al campo, e incluso, podía cambiar en el transcurso de la investigación. De acuerdo a Spradley(55), se comprendió que las más relevantes eran las que se mencionan a continuación:

Preguntas descriptivas, utilizadas para que el investigador identifique las actividades de sus informantes de una forma particularizada. En esta investigación ¿Cómo se cuida en el hogar?

Preguntas estructurales, las que permiten al investigador descubrir cómo los participantes han organizado su conocimiento. En el caso de esta investigación ¿Cuáles son los cuidados que ha practicado desde que sabe que es diabético?

Preguntas de contraste, se emplean para entender el significado de lo que menciona el informante al usar los diferentes términos en su expresión. En esta investigación, podría preguntarse a las personas ¿Qué diferencia hay en los alimentos que consumía y los que consume ahora?

En la presente investigación la entrevista se realizó abierta y a profundidad, es decir iniciando como sugiere Spradley con una pregunta abierta, en un escenario natural como la sala del hogar de los informantes, explicando antes de la realización, que se evitaran interrupciones y haciendo grabación mediante grabadora de voz con autorización mediante el asentimiento del participante, con una duración de 45 minutos y 1 hora aproximadamente, facilitando que las experiencias de cuidado fueran compartidas de las personas hacia el investigador, apoyado en notas de campo.

Las anteriores preguntas se sugerían en el desarrollo de la entrevista, con el fin de orientarla y conocer las experiencias de cuidado desde lo cultural, sin embargo las narrativas en algunos casos comenzaban a describirlas, por ejemplo los cuidados que mencionaban con la alimentación, la medicación, la creencia religiosa, entre otros, posteriormente se

transcribieron a formato Word, y se leyeron repetidamente hasta estar seguras del análisis.

Es importante mencionar que dado el análisis continuo que se hizo de la información, se identificó que se necesitaba ampliar alguna información como preparación de alimentos, de bebidas culturales, que requirieron nuevos encuentros previo acuerdo entre el investigador y los informantes.

#### 5.5.2. Observación

Es una técnica de recolección de información porque capta la realidad social y cultural de un grupo que está incluido en un contexto. La observación brinda un aporte substancial del lenguaje no verbal, porque permite abstraer información que en ocasiones no se recibe en la entrevista u otros medios, ocupa una importancia especial en la etnoenfermería.

Leininger (34), propone el facilitador de observación-participación-reflexión que permite conocer a profundidad los fenómenos, se justifica en la premisa de la importancia de que el investigador observe para poder luego jugar un papel de participante, en el que interactúa con los informantes clave y obtiene hallazgos que permitirán, integrar la reflexión, que es enfocarse en los aspectos contextuales antes de la interpretación de ideas, fundamental para lograr el significado en contexto.

En este aspecto, se hizo observación de los escenarios donde se desarrollaron las entrevistas, las conductas, las expresiones no verbales que se registraron en un cuaderno que luego se digitó en formato Word,

y apoyó los análisis posteriores de los factores de la estructura social y de la experiencia de cuidado de las personas con diabetes mellitus tipo II, esta observación facilitó la interacción con los informantes, reflejado empáticamente en las entrevistas enunciadas más adelante.

### 5.3.3. Notas de campo

Son la descripción clara, concisa y literal de lo que sucede con los informantes, como influencia de la presencia del investigador en el fenómeno, las reflexiones y sentimientos generada en los instantes de la observación. Deben ser organizadas, oportunas, sin alterar la naturalidad del fenómeno en el contexto donde se desarrolle la investigación, identificando concretamente fecha, lugar, momento y nombre del observador que registra en las notas.

En la presente investigación, se registraron las notas de campo en un cuaderno, se hicieron en los momentos de la entrevista y posteriores a ella, indicando fielmente la persona a la que correspondía que era a la que se hacía la entrevista y se anotaba adicionalmente el número que la grabadora de voz indicaba para codificar el número de la entrevista grabada. Se anotó la fecha, la hora, el lugar de la casa que en todas las entrevistas fue la sala del hogar.

## 5.6. RIGOR METODOLÓGICO

Incluye criterios cualitativos o rigor metodológico según filosofía y propósitos de la etnoenfermería. Al tenerlos en cuenta, como cita Bottorff(56) se aumenta la comprensión, la credibilidad, la precisión y las relaciones familiares comunes en el paradigma cualitativo porque son

congruentes, explícitos, y apropiados para su filosofía. Los criterios cualitativos de estudios de etnoenfermería sugeridos por Leininger(34), y mencionados por Bottorff(56) son los siguientes:

#### 5.6.1. Credibilidad

Se refiere a la confianza, precisión, verdad y valor de verosimilitud de los hallazgos por parte del investigador. En esta investigación fue el conocimiento émic de los informantes clave, es decir las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, tal como son expresados por ellos. En esta investigación, este criterio llevó a cabo con la observación de sus expresiones, de sus escenarios, con la transcripción fiel a cada entrevista, con el análisis continuo entre la observación, las notas de campo y línea por línea de las transcripciones en formato Word en archivos de computador rotulados que se guardaron en dos computadores para asegurar que la información no se extraviara.

#### 5.6.2. Confirmabilidad

Reúne la repetición de la evidencia documentada, participativa, y obtenida de los participantes. En la presente investigación, con cada entrevista se pudo confirmar o reafirmar lo dicho por los mismos informantes con ellos mismos, con los cuatro informantes clave con los que se hizo más de una entrevista, y posterior a la identificación de los temas principales se hizo validación con informantes clave y generales que estuvieron de acuerdo con los resultados, esto se hizo en el mes de abril del año 2014 mediante visita a los hogares y presentación en la sala de la casa de los resultados.

### 5.6.3. Significado en contexto

Se relaciona con la información que tiene un significado importante o especial para las personas estudiadas en contextos holísticos. En esta investigación se prestó atención al significado de elementos especiales en el cuidado de sí como personas con diabetes como lo fue el uso de plantas y bebidas desde lo cultural para el cuidado en el hogar, además el significado que le otorgaban a la familia, al sistema de salud, y a la enfermedad se vio reflejado en las categorías, los patrones recurrentes y los temas principales.

### 5.6.4. Saturación

Se refiere a la inclusión o incursión de toda la información, que se logra conocer, para el conocimiento amplio y profundo de los fenómenos de interés, es decir al recibir datos iguales y duplicados o repetidos. En esta investigación se identificaron los elementos comunes en el cuidado de las personas diabéticas, logrando saturación al no encontrar nueva información ni distinta de sus experiencias de cuidado y al ser confirmadas por las nuevas entrevistas y por los informantes generales que enriquecían la información conociendo de cerca al convivir con los informantes clave el cuidado en el hogar, ya que eran quienes los acompañaban en las citas, o lograban hacer las diligencias derivadas de las autorizaciones, o hacer el acompañamiento en el hogar de las prácticas de cuidado.

La información recurrente no novedosa, dio origen a las categorías y patrones recurrentes que se agruparon en los temas principales.

#### 5.6.5. Patrones recurrentes

Se describen las secuencias de acontecimientos, modos de vida o experiencias que ocurren de manera esperada y repetida en contextos similares y diferentes; en esta investigación se identificaron los patrones que se repetían en las experiencias de cuidados de las personas diabéticas dado que eran mencionados por varios informantes repetidamente en cada hogar, como el uso de bebidas como la pata de vaca o ingesta de algunos alimentos para disminuir los niveles de glicemia como el kiwi y la fresa. Es importante mencionar que se hizo identificación de colores para encontrar los patrones recurrentes de las categorías.

#### 5.6.6. Transferibilidad

Es la posibilidad de transferir hallazgos particulares a otros contextos similares sin alterar las interpretaciones, inferencias y significados, aunque comprendiendo que el objetivo no es hacer generalizaciones sino comprender fenómenos particulares de manera detallada y profunda, puede haber hallazgos generales similares.

Por lo tanto, se describió el escenario de desarrollo de esta investigación y las características de los informantes clave e informantes generales para que la transferencia se logre solo en situaciones similares a las de este estudio.

La etnoenfermería, aplicada por un investigador proporciona conocimiento de las representaciones émic, genéricas o locales, y de cómo se contrastan con las étic, profesionales o externas con características como el respeto y la sensibilidad cultural, capacidad de

análisis y consideraciones éticas. De acuerdo con Leininger (34) la relación entre la etnoenfermería y la teoría de la universalidad y diversidad del cuidado cultural se centra en descubrir información étnica valiosa desde contextos propios y naturales de cada cultura. Mediante el reflejo de aspectos directos como ideas, descripciones, expresiones, experiencias y datos abiertos y originales de los participantes con el uso de todos los sentidos del investigador, de modo que se evite la presencia de sesgos, presupuestos, opiniones, prejuicios con los que el investigador inicie el estudio.

Por consiguiente, en esta investigación, se recolectó, analizó y presentó la información propia de las personas diabéticas, desde sus propias expresiones y su conocimiento étnico, como lo propone la etnoenfermería, con la participación de los informantes clave y los informantes generales quienes orientaron sobre la experiencia de cuidado desde lo cultural en el hogar.

## 5.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con el Ministerio de Salud (57) en la Resolución 8430 de 1993, esta investigación se consideró con riesgo mínimo, de acuerdo al artículo 11, numeral b en el que se cita que fue un estudio prospectivo que empleó el registro de datos a través de procedimientos comunes como la entrevista en el hogar, las notas de campo y las observaciones registradas.

La investigación contribuyó con aportes para el conocimiento del departamento del Tolima, en el que había ausencia de riesgos para la comunidad.

Dado a que se hizo captación de personas con diabetes mellitus tipo II atendidos en el Hospital Federico Lleras Acosta de la Sede limonar en consulta externa y se trabajó con esta información, se gestionó la autorización del comité de docencia e investigación para la obtención del permiso respectivo (ver anexo 2) que se usó de manera respetuosa, y adecuada.

Adicionalmente, se aplicó la declaración de aspectos éticos y propiedad intelectual propuesto por el Comité de Ética en la investigación de la Universidad de la Sabana de 2012(58), como son: Primero, el riesgo, manejo del riesgo, autorización previa, consentimiento informado, de los cuales se mencionaron todas las medidas para reducir las dificultades relacionadas con participación, uso de la información que fue confidencial y privada, así como los riesgos.

Segundo, conflicto de intereses, en el que se tuvo en cuenta que el Hospital Federico Lleras Acosta tiene un tipo de participación beneficiaria al recibir los resultados de la presente investigación y tercero, propiedad intelectual, en el que se reconoció la participación de los autores y se dieron los créditos correspondientes a la Universidad de la Sabana.

Sumado a lo anterior, se reconoció la importancia del código deontológico de enfermería(59) en su capítulo IV para este trabajo, al orientar sobre la responsabilidad del profesional en la investigación.

### 5.7.1. Consentimiento informado

Se elaboraron y fueron presentados por la investigadora principal a la directora del trabajo de investigación quien hizo sugerencias para su adecuación. (Anexo 3) para los informantes clave y el (Anexo 4) para informantes generales.

De cada uno de los consentimientos se hicieron impresiones desde computador a impresora y se presentaron a informantes clave y a informantes generales, en cada encuentro, exceptuando las segundas entrevistas que ya tenían la aprobación. De manera libre, lo firmaron con bolígrafo al estar de acuerdo con su participación en la investigación con previa lectura individual y orientación sobre el propósito, como la ejecución de la investigación, y resolviendo dudas que les surgían.

## 5.8. PROCEDIMIENTO

### 5.8.1. Inmersión al campo

Se ha concebido como la proximidad que hace el investigador con el contexto y con el sujeto de investigación, antes de ser un participante activo.

Para lo anterior, el investigador principal hizo una presentación de sí mismo para "romper el hielo", favorecer la cercanía con los informantes y la confianza, notificó a los participantes el objetivo de su visita, paralelamente realizó la observación del contexto, de las interacciones que los participantes tienen en su contexto familiar y se estableció un

diálogo con ellos con el ejercicio de entrevista similar a la que se realizó durante todo el proceso de recolección de la información.

A continuación se mencionan por pasos los desarrollados en la inmersión en el campo para esta investigación.

El primer paso, fue la elección del hogar de los informantes clave e informantes generales como el ambiente que facilitaba el acercamiento al fenómeno de las experiencias de cuidado desde lo cultural, comprendiendo la importancia que tiene para el ser humano desde su propio escenario cotidiano la expresión libre de patrones, creencias, hábitos y costumbres.

El segundo paso fue la aprobación telefónica, en la que se recordaba el objetivo a los informantes, y si estaban de acuerdo en participar, se concertaba el día y hora que ellos permitían que se acudiera al hogar para poder realizar las entrevistas, las notas de campo y aplicar el facilitador de extraño-amigo, por ello se confirmaron datos como dirección, teléfono celular y barrio. Los anteriores dos pasos se hicieron con 4 informantes clave y 4 informantes generales durante los meses de mayo y junio de 2013.

Tercero, la observación del contexto familiar, en el que se identificaron las relaciones familiares, el cuidador con el que comparte el informante clave, y los factores tecnológicos, religiosos, sociales, culturales, creencias, estilos de vida, políticos, económicos y educativos, que estaban presentes en sus experiencias de cuidado que se registraron en notas de campo.

Cuarto, la realización de las entrevistas a los informantes clave fue precedida de su autorización mediante la firma en el consentimiento informado para informantes clave que duró aproximadamente entre 45 minutos y una hora, en el hogar, la que fue grabada en audio, luego se transcribieron en formato Word y se analizaron línea por línea con la revisión posterior de la directora de investigación.

La entrevista de los informantes generales se hizo en el hogar, precedida de su autorización mediante la firma en el consentimiento informado para informantes generales que duró aproximadamente 20 minutos en el hogar, la que fue grabada en audio, a continuación se transcribieron en formato Word por la investigadora principal y se analizaron línea por línea con la revisión posterior de la directora de investigación.

#### 5.8.2. Escenario

De acuerdo a Jensen (60) en la exploración del contexto, se visitaron inicialmente 4 hogares, y se evidenció que no había cercanía previa a los participantes que pudiese afectar el estudio, además, Jensen(60), propone análisis de la conveniencia y la accesibilidad; se apreció que respecto al primero, en el ambiente de los hogares si pudieron entrevistarse a las personas con diagnóstico de diabetes mellitus II y a sus cuidadores, así como las historias de convivir con el fenómeno en investigación.

Para el de accesibilidad, se consideró factible allí realizar la recolección de datos, porque al poder recolectar los datos personales como teléfono y nombre de las personas visitadas en el servicio de consulta externa se facilitó el acuerdo por vía telefónica previo al encuentro con los

informantes, adicionalmente, la disponibilidad del tiempo no se constituyó en un limitante para la realización de las entrevistas abiertas a profundidad; ya que fue concertado con una previa presentación del investigador principal, la explicación del objetivo, y generalidades del estudio.

Sumado a lo anterior, en el acercamiento personal con los informantes se presentó el consentimiento informado, encontrando que era claro y de fácil entendimiento, para la aprobación de todos los informantes visitados, generando en ellos interés y motivación al ser elegidos para la inmersión en el campo.

La entrevista se realizó en la sala de la casa, evitando al máximo ruidos que no favorecieran la privacidad.

Se aplicó el uso de otro facilitadores que propone Leininger, como el de extraño-amigo en el que se estableció una conversación empática, que facilitó la cercanía y la confianza. Se inició con las preguntas: ¿cómo se ha cuidado en su hogar luego del diagnóstico de diabetes?  
¿Hay cuidados que quiera compartir conmigo?

El facilitador de observación-participación-reflexión invitó a utilizar la visión, la colaboración y el análisis en cada situación que rodeaba la descripción detallada de los cuidados de la persona con diabetes mellitus II, o de los familiares, lo anterior con el apoyo del facilitador Dominio de investigación que facilitó pensar y ubicarse todo el tiempo en el fenómeno en estudio, por medio de un lenguaje natural, cotidiano, sencillo y la identificación de respuestas verbales y no verbales como las miradas tristes que añoraban tiempos previos al diagnóstico, y la sonrisa que se veía cuando hablaban del apoyo familiar.

La experiencia se describió como necesaria para conocer el contexto familiar de los informantes clave e informantes generales que participan en el estudio, y relevante para la aplicación de los facilitadores que permean el acercamiento con las personas y su cuidado.

## 5.9. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se empleó la guía de análisis de datos de las fases del método de la etnoenfermería de Leininger(34). A continuación se presenta la descripción de cada una de ellas:

### 5.9.1. Fase primera - Recolección, descripción y documentación de datos en bruto

Este proceso incluye descripción, almacenamiento, notas de campo e inicio del análisis continuo en toda la investigación.

#### 5.9.1.1. Entrevistas a informantes clave

Se hicieron entrevistas abiertas a profundidad, observación-participación-reflexión, notas de campo y grabaciones de audio, previa autorización a 10 informantes clave, el horario fue concertado y elegido por ellos, luego firmaron el consentimiento informado para informantes clave.

Fueron seis mujeres y cuatro hombres durante 7 meses, entre julio de 2013 y enero de 2014 en el hogar de cada uno en la sala, asegurando la confidencialidad y evitando las interrupciones con la explicación previa de este aspecto a quienes estaban en el hogar; Posteriormente, se transcribieron en su totalidad en formato Word en computador guardando

copia en dos computadores del uso del investigador principal para evitar la pérdida de información, revisando que el registro escrito correspondiera exactamente a lo expresado y grabado.

Luego se hicieron varias lecturas línea por línea de cada entrevista transcrita de manera detallada para identificar y seleccionar los descriptores que describían las experiencias de cuidado de los diabéticos en sus contextos naturales, lo cual sirvió de insumo para elaborar nuevas preguntas, en las segundas entrevistas a los informantes clave de los que se requería ampliar información; entre estas se nombran: ¿quiere usted compartir conmigo cómo prepara el chocolate?, ¿respecto a la dieta y el chocolate qué piensa? o ¿Cómo prepara la moringa? O ¿qué es sentirse mal?, ¿cómo es estar avanzada?, ¿cuáles alimentos no comía? ¿Cuándo el doctor le dijo que no se cuidaba, usted qué piensa de eso? Para las que se necesitó volver a concretar otra entrevista con los informantes clave para ampliar la información necesaria, en total se hicieron 4 nuevas entrevistas a 4 informantes clave.

El análisis anterior se apoyó en un análisis simultáneo de la directora de investigación, quien hizo observaciones y se llegaron a conclusiones entre la investigadora principal y la directora de investigación.

#### 5.9.1.2. Entrevistas a informantes generales

Después del análisis de la información de todos los informantes clave, se decidió entrevistar a los familiares que convivían con ellos o informantes generales, es decir el cuidador principal, con el que se pretendió ampliar la información brindada por los informantes clave con cinco preguntas orientadoras con relación a la codificación previa de los descriptores

(primer nivel codificación), las categorías identificadas (segundo nivel de codificación), identificación de patrones recurrentes y de temas principales (tercer nivel de codificación), aspectos que se detallan en las fases 2,3, y 4 siguientes.

Se hicieron entrevistas abiertas a profundidad, observación-participación-reflexión, notas de campo y grabaciones de audio, previa autorización a 6 informantes clave, el horario fue concertado y elegido por ellos, luego firmaron el consentimiento informado para informantes generales.

Fueron cinco mujeres y un hombre durante 1 mes, en marzo de 2014, los que decidieron participar, se realizaron las entrevistas en el hogar de cada uno en la sala, asegurando la confidencialidad y evitando las interrupciones con la explicación previa de este aspecto a quienes estaban en el hogar; Posteriormente, se transcribieron en su totalidad en formato Word en computador guardando copia en dos computadores del uso del investigador principal para evitar la pérdida de información, revisando que el registro escrito correspondiera exactamente a lo expresado y grabado.

Luego se hicieron varias lecturas línea por línea de cada entrevista transcrita de manera detallada para identificar y seleccionar los descriptores que ampliaran la información de las experiencias de cuidado de las personas diabéticas en el hogar, las preguntas orientadoras fueron: ¿Qué reacciones tiene su madre con respecto a su situación de enfermedad?, ¿Cómo participa la familia en el cuidado de su familiar con diabetes?, ¿Qué experiencias ha tenido con respecto a lo que el servicio de salud les proporciona o les impide y de los otros actores sociales como amigos y lo que le recomiendan?, ¿Cómo identifica los efectos percibidos y conocidos por su familiar derivados de la enfermedad y del tratamiento?, ¿Cómo es el cuidado de su madre y por qué?

El análisis anterior se apoyó en un análisis simultáneo de la directora de investigación, quien hizo observaciones y se llegaron a conclusiones entre la investigadora principal y la directora de investigación.

#### 5.9.1.3.Ambiente

Las entrevistas a informantes clave se realizaron en tres municipios del departamento del Tolima a saber, 7 en Ibagué, 2 en Espinal y 1 en Ambalema, las 6 entrevistas a informantes generales se realizaron en Ibagué. (Ver factores de la estructura social)

#### 5.9.2. Fase Segunda - Identificación y categorización de los descriptores y componentes.

Se codificó la información eligiendo los fragmentos de las entrevistas, o registros verbales de los informantes que se identificaron en las entrevistas como valiosos y que describían aspectos de las experiencias de cuidado de los informante, codificándolo con la letras I, acompañado de un número de 1 a 10, en los informantes clave y de 1 a 6 en los informantes generales. Seguido por la letra E y un numero, que indicaba entrevista y el numero de la entrevista. Seguido por la letra P y un número, indicando el número del párrafo del que se ha hecho la identificación del descriptor.

##### 5.9.2.1.Descriptor (primer nivel de codificación)

Manifestaciones de los informantes clave y generales, por ejemplo:

“...eso es lo que yo digo, yo me corto, vea y no tengo ni muestras”I3E1P25

Tabla 1. Codificación de los descriptores

<b>Letra y Número</b>	<b>Explicación</b>
I3	Informante clave 3
E1	Entrevista 1
P25	Párrafo 25

#### 5.9.2.2. Categorías (segundo nivel de codificación)

Al encontrar descriptores similares, se agruparon en categorías a las que se les nombró acorde a lo expresado por los informantes. Por ejemplo, adicional al descriptor anterior se encontró:

“Bueno, soy diabética hace por ahí unos 4 años yo creo, me iban a operar para la vejiga y la matriz, , me iban a sacar la matriz y me iban a hacer de la vejiga porque la tenia caída, y en eso me tomaron un examen de eso, y que dizque estaba diabética, pues según ellos” I3E1P1.

Para los anteriores y otros en este informante y en algunos más, se propuso la siguiente etiqueta de categoría:

Categoría: Negación de la enfermedad (segundo nivel de codificación).

#### 5.9.2.3. Memos

Correspondió a una interpretación conceptual que efectuó el investigador principal, luego de un análisis inicial, por ejemplo correspondiente al anterior descriptor:

Los signos identificados por los profesionales de salud son poco creíbles para las personas que experimentan la diabetes mellitus hasta que sean visibles las complicaciones.

Los descriptores, las categorías y los memos se agruparon en tablas que se guardaban en formato Word en archivos con dos copias en dos computadores de la investigadora principal.

#### 5.9.3. Fase tercera – Análisis contextual y de patrones

En esta fase, se identificaron en la información patrones de recurrencia, interpretaciones, expresiones, o significados relacionados con el cuidado émic de los diabéticos en sus contextos.

Las categorías similares se agruparon y se identificaron los patrones recurrentes. Dado el ejemplo anterior, se unieron los patrones recurrentes de negación de la enfermedad, con contrariedades del tratamiento, resistencia al uso del medicamento, voluntad en contra del ejercicio y confesiones de la dieta en el tema de reacción a su situación de enfermedad (tercer nivel de codificación).

En el caso de esta investigación, los descriptores émicos de las experiencias de cuidado de los participantes se detallaron, describieron, codificaron y categorizaron dentro del contexto familiar para encontrar diferencias y similitudes.

#### 5.9.4. Fase cuarta – Temas centrales, hallazgos de investigación, formulaciones teóricas, y recomendaciones

Se verificó con la literatura los temas centrales obtenidos, donde el investigador generó procesos de pensamiento superiores que le permitieron presentar objetivamente los descubrimientos relacionados con el dominio de investigación propuesto.

Se identificaron en total 545 descriptores, 22 patrones recurrentes que se analizaron y según el nivel de codificación se etiquetaron y codificaron, evidenciando patrones recurrentes, dando origen a cinco temas principales, que se detallan a continuación:

En total se identificaron 115 descriptores, 5 patrones recurrentes confesiones dieta, negación de la enfermedad, contrariedades del tratamiento, resistencia al uso del medicamento, voluntad en contra del ejercicio en el primer tema de "Reacción a su situación de enfermedad".

En total se identificaron 62 descriptores, 2 patrones recurrentes apoyo familiar y reconocimiento de la herencia para el segundo tema "La Participación de la familia".

En total se identificaron 52 descriptores, 2 patrones recurrentes Implicaciones del servicio de salud e influencia social, para el tercer tema "Experiencias producidas desde el servicio de salud y otros actores sociales".

En total se identificaron 99 descriptores, 4 patrones recurrentes uso y efectos de los medicamentos, efectos de la enfermedad, conocimiento de los cambios en el organismo, apetito perdido para el cuarto tema "efectos percibidos y conocidos por sí mismo".

En total se identificaron 217 descriptores, 9 patrones recurrentes, mi cuidado, creencia religiosa, justificación del cuidado, efectos del cuidado, los pies sin afectación, empleo de la tecnología, cuidado de los pies, creencias y prácticas populares, alimentación económica para el quinto tema "construcción del cuidado".

## 6. RESULTADOS

### 6.1. Caracterización de informantes clave y generales.

De acuerdo a la descripción realizada de las entrevistas a informantes clave informantes generales, se presenta la caracterización de ellos en la tabla 2 y tabla 3.

Tabla 2. Caracterización de informantes clave

Edad	Estado civil	Procedencia	Barrio-comuna	Estrato	Tiempo de diagnóstico de diabetes mellitus II	Ocupación	Afiliación sistema seguridad social
65	Casada	Ibagué	Gaviota -6	1	4 años	Hogar	EPS-Subsidiada
65	Casado	Ibagué	Rincón del pedregal-6	2	22 años	Pensionado	EPS-Contributivo
65	Separada	Ibagué	Nazareth-1	1	4 años	Tendera	EPS-Subsidiada
60	Casada	Ibagué	Ancón-2	2	15 años	Fabrica pistilos	EPS-Subsidiada
53	Unión libre	Ibagué	Picaleña-9	1	1 mes	Vigilante	Ninguna-particular
53	Separada	Ibagué	1 mayo-10	2	12 años	Vendedora ambulante	EPS-Subsidiada
55	Separada	Ambalema	La Esperanza	2	24 años	Comerciante	EPS-contributivo
60	Separado	Ibagué	Garzón-11	2	4 meses	vigilante	Ninguna-particular
65	Separado	Espinal	Centro	2	20 años	Hogar	EPS-Subsidiada
60	Casada	Espinal	Vereda Patio Bonito	1	7 años	Hogar	EPS-Subsidiada

Fuente: Elaboración propia

EPS: Entidad Promotora de Salud

De acuerdo a la información presentada en la tabla 2, se encontró que todos los pacientes diabéticos estaban entre 53 y 65 años, pertenecían a un nivel socioeconómico bajo, la mitad estaban separados, procedían de tres municipios del departamento del Tolima, llevaban con el diagnóstico desde 1 mes hasta 24 años, la mayoría pertenecían a EPS-subsidiada, sin embargo se encontraron dos personas que están definiendo su afiliación. Se dedicaban a múltiples ocupaciones, 3 mujeres y 2 hombres se encontraban activos laboralmente pertenecientes al sector informal.

Tabla 3. Caracterización de informantes generales

<b>Edad</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Procedencia</b>	<b>Barrio</b>	<b>Estrato</b>	<b>Rol familiar</b>	<b>Ocupación</b>
<b>36</b>	Casada	Ibagué	Gaviota	1	Hija	Hogar-estudiante
<b>23</b>	Soltera	Ibagué	Ancón	2	Nieta	Fabrica pistilos
<b>58</b>	Casada	Ibagué	Rincón del pedregal	2	Esposa	Pensionada-hogar
<b>24</b>	Soltera	Ibagué	1 de mayo	2	Hija	Estudiante universitaria
<b>34</b>	Casada	Ibagué	Garzón	2	Hija	Empleada doméstica
<b>34</b>	Soltero	Ibagué	Vereda Patio Bonito	1	Hijo	Jornalero

Acorde a la tabla 3, se evidenció que eran 5 mujeres y 1 hombre, los roles de los cuidadores o informantes generales eran cercanos como hija(o), esposa y nieta, adicionalmente, cuatro de ellos reciben ingresos económicos.

## 6.2. Factores de la estructura social

En las experiencias de cuidado se evidenció que de acuerdo a los factores de la estructura social descritos por Leininger(34), como aquellos que influyen los significados y las expresiones de cuidado de los seres humanos.

De las observaciones del contexto, se identificaron hogares con factores como el bajo nivel socioeconómico pues estaban en barrios alejados de zonas comerciales de la ciudad y lugares distantes, solo uno era el dueño de la casa, los otros 9 vivían en arriendo.

Bajo nivel educativo, pocos ingresos económicos para la manutención, casas sencillas en su estructura física, de uno o dos pisos, pisos en cemento y baldosa, paredes en pañete y otras en pintura, rodeado de animales como perros, moscas, zancudos.

En cuanto a tecnología, se evidenciaron televisores, equipos de sonido, computador, solo en algunos hogares glucómetro.

Para el acceso geográfico, contaban con rutas de busetas que a pesar de la distancia transportaba a las personas y sus familias en la ciudad.

En lo social, conocían a sus vecinos sin frecuentar muchos grupos. Los informantes clave se acompañaban de su cuidador principal y en algunos casos era su único acompañante, lo cual evidenció familias pequeñas.

### 6.2.1. Factores tecnológicos

El cuidado en la diabetes, deriva controles caseros de glucometrías que orientan la respuesta del organismo, sin embargo al ser de obligatorio cumplimiento en el país para quienes emplean en su hogar la insulina, el uso del glucómetro, no todos los informantes clave contaban con glucómetro, y más aun, si contaban con él, dentro de las implicaciones del servicio de salud estuvo no contar con las tiras para glucometría por diferentes causas.

Lo anterior puede soportarse en el siguiente descriptor: "No tenemos el aparato, nunca nos lo han recomendado, mire que me dijeron pero ni siquiera las agujas para la insulina se las dan, menos mal que se las regalan la cuñada de ella y la hermana de ella, como a ellas si se las dan, entonces ellas le dan"G5E1P6.

### 6.2.2. Factores religiosos

En los factores religiosos, casi todos son creyentes en Dios, practican la religión católica y cristiana, mediante oraciones individuales, tener imágenes religiosas en el hogar, ir a misa o a reuniones propios de su iglesia, lo que favoreció sus creencias en un ser superior y así las respuestas ante la enfermedad.

Los informantes expresaron la importancia de las prácticas religiosas para afianzar su vínculo, para orar por su enfermedad y su familia.

Lo anterior evidenciado en el siguiente descriptor: "yo sí creo en Dios, que sí, porque yo le pido mucho al señor que me ayude que no me vaya

a dejar por ahí inválida de ninguna forma, porque la verdad es que esa diabetes es cosa fregada..."I7E1P21

### 6.2.3. Factores familiares y sociales

En los factores familiares y sociales, se encontró que en los hogares siempre hubo un cuidador que brinda apoyo en la experiencia de cuidado al cursar con la diabetes, de diferentes modos: desde el regaño, la limitación en el alimento para cumplir con la dieta, hasta dejar que quien la padece haga sus ocupaciones en el hogar y solo cuando se le ve mal se le ayuda. Sin embargo, se obtuvieron tres categorías que apoyan este factor de la estructura social: apoyo familiar, reconocimiento de la herencia e influencia social.

En las tres anteriores se evidenció el papel que juegan los familiares en el cuidado en el hogar para la dieta, en la aplicación de la insulina o ingestión de medicamentos hipoglicemiantes, en el apoyo para usar frutos, plantas o derivados para disminuir de manera alternativa los valores de la glicemia, en la compañía, o en la declaración de saber que el componente genético de sus antecesores puede influir en el origen de la enfermedad.

A nivel social, el compartir cuidados con vecinos, amigos, o recibir orientaciones de cuidado hace que el paciente diabético sienta que es apoyado y estimado.

Lo anterior, puede evidenciarse en el siguiente descriptor: "...a veces me acuesto y me quedo dormida, y un niño que tengo de 12 años, que está

estudiando me dice mami, mami la insulina, mamita usted no se la ha aplicado..."I4E1P20.

#### 6.2.4. Valores culturales, creencias y estilos de vida

En los valores culturales, creencias y estilos de vida, se encontró que las prácticas de cuidado relacionadas con la diabetes son múltiples, entre ellas el uso de plantas de anamú, yacón, insulina, moringa, hojas de ahuyama, caña agria, casco e vaca o pata de vaca, habichuela ingeridos en té como agua ordinaria, también la ingesta de frutas como la fresa, el kiwi, y para el cuidado específico de los pies, el yanten, el paico, la pepa de aguacate en diferentes preparaciones.

Lo anterior es empleado en el contexto familiar por influencia de vecinos, amigos, creencia de otros pacientes que conocen y que se cuidan de igual modo o experiencias previas de cuidado de otros familiares, por consiguiente es el cuidado émic o tradicional el que se demuestra con el acercamiento al ambiente natural del paciente diabético.

Es importante mencionar que en todos los pacientes se combinaron estas prácticas en algún momento de sus vidas con el uso de medicamentos con el propósito de controlar la enfermedad, disminuir los niveles de glicemia, por lo tanto pocos ya no emplean ninguna de las anteriores.

Un descriptor que puede apoyar las afirmaciones es: "...a veces he usado la moringa, es como una hojita, yo tengo como la muestrica por ahí, cuando se me subió tanto entonces yo guarde un poquitico ahí y eso vale 5 mil pesos el paquetico, que se puede echar en las comidas o hacer agüitas, y que le baja a uno rápido, pues cuando yo lo tuve tan alta y sí,

me me tomaba la glucometría y la tenía bajita 100, 100to y pico, noventa".I6E1P 55.

En cuanto a estilos de vida, la alimentación y el ejercicio juegan un papel imperante, sin embargo el patrón recurrente de apetito perdido se caracterizó en los pacientes diabéticos por ser una consecuencia quizá de restricciones dietarias; y aunque la totalidad de los pacientes aceptaron que hay alimentos que no dejan de consumir o que consumen azúcar en diferentes presentaciones, no es diferente con relación a la actividad que si bien son orientaciones que hacen parte del cuidado étic o profesional, en el contexto familiar no se cumple estrictamente.

Coherente con lo expuesto, se apoyan estas líneas en el siguiente descriptor: "...a mi me dan ganas de comerme una chocolatina, me dan ganas de comerme cualquier dulce, y yo lo he comido, un pedacito, no mucho, pero si he comido, pa qué voy a engañarla que yo siempre he comido eso, por lo menos un dulcecito que le diga yo, de esas, un pedacito así de chocolatina, yo me la como, pero poquito no harto, y no más".I7E1P25.

#### 6.2.5. Factores políticos y legales

En cuanto a los factores políticos y legales, se encontró que las implicaciones que tiene la política en salud actualmente incide en las experiencias de cuidado en el contexto familiar, porque limita los recursos que apoyan la vigilancia (glucómetro y tiras para glucometría), el control (citas con especialista o convenios con instituciones que cuentan con este profesional), que son ajenos al paciente y su familia, pero que son quienes

lo experimentan en mayor o menor medida dependiendo de la afiliación al régimen de seguridad social en salud que tenga.

El siguiente descriptor se identificó entre otros: "...y como a mí me habían dado las tiras, y eso que el doctor las ha pedido y todo pero no, no ha sido posible que me las den, y como yo soy con cafosalud, a ratos que no que no tiene convenio, y luego que no que vaya, pa tal parte que, donde ya se le acabo el contrato, y entonces me tienen así..."I4E1P1.

#### 6.2.6. Factores económicos

Concerniente a los factores económicos, todos los pacientes y sus familias pertenecían a los niveles socioeconómicos 1 y 2, viviendo en lugares geográficos que se caracterizaban por tener una sola ruta urbana, o varias rutas para elegir.

Sin embargo de manera general expresaron dificultades dadas por los gastos, los pocos ingresos, y las limitaciones que en algunas ocasiones dificultan el cumplimiento del tratamiento para quien tiene diabetes. Lo anterior evidenciado en el siguiente descriptor: "...las otras no pueden porque están lejos, como dicen ellas, yo quisiera estar con mamá pero el pasaje" I1E1P34.

#### 6.2.7. Factores Educativos

Como últimos factores de la estructura social que Leininger propone en su modelo del sol naciente, están los factores educativos, que en los pacientes y su contexto familiar evidenció que solo un informante clave,

el que vivía en mejores condiciones tenía una formación técnica que le había permitido acceder a la pensión y cuidar de su experiencia con un cumplimiento de manera adecuada, sin embargo, este factor estuvo presente en todos los contextos familiares, ya sea porque los niños que vivían en casa eran estudiantes, o la cuidadora.

La educación se manifestó en ocasiones como confusa cuando algunos profesionales de la salud orientan banano, manzana, y uvas como "restringidas de la dieta" y otros no, o como lo expuso un informante ninguna orientación dietaria para la casa.

Un ejemplo fue "...cuidarme en los dulces, no ir a tomar gaseosa, o frutas que contengan dulce, a mi me dijeron que podía comer papaya, melón, esto, patilla que el banano si me lo prohibieron que es muy dulce ya, de pronto la uva, si es ya dulce, la manzana por ahí una vez en cuando. Y que ojala comiera fruta que no la licue, sino comerme la fruta así, así me han recomendado". Informante 5 entrevista 1 párrafo 24

En las entrevistas se identificó que el lenguaje no verbal de ellos en su mayoría se caracterizó por vivir la experiencia de cuidado en los contextos familiares con tranquilidad (expresiones sonrientes, apoyadas con las manos), o angustia (llanto, facies de preocupación) de acuerdo a la vivencia propia y los recursos económicos con los que contara, el apoyo familiar o social presente.

### 6.3. Fase 2 Identificación y categorización de los descriptores y componentes.

Se identificaron descriptores por cada informante clave e informante general, que luego al ser analizados, conformaron la categoría construida por ellos, a las que se le dio una interpretación conceptual: memo.

Las categorías y algunos descriptores, obtenidos de los informantes clave y generales, se identificaron como patrones recurrentes y dieron origen a 5 temas principales que se detallan a continuación: Reacción a su situación de enfermedad (tabla 4), La participación de la familia (tabla 5), Experiencias producidas desde el servicio de salud y otros actores sociales (tabla 6), efectos percibidos y conocidos por sí mismo (tabla 7), construcción del cuidado (tabla 8).

### 6.4. Análisis contextual y de patrones

En esta fase, se identificaron en la información patrones de recurrencia, interpretaciones, expresiones, o significados relacionados con el cuidado émic de los diabéticos en sus contextos.

#### 6.4.1. Análisis contextual

El ambiente doméstico en el que las personas con diabetes mellitus tipo II comparten con sus familiares consanguíneos (hijos, nietos) o no (esposa), genera intercambios de pensamientos, de creencias, valores, significados, y estilos de vida que inciden culturalmente en las expresiones de cuidado y los patrones de cuidado que practican quienes son diagnosticados con diabetes tipo II, lo anterior evidenciado en el uso

de plantas y derivados, frutas para el apoyo en el control glicémico, valorar la experiencia de otro que también comparte la enfermedad e invitación a seguir su práctica cuando se dan según ellos respuestas eficaces, además una implicación moral del cuidador que en la mayoría de los casos cuidaba de su paciente enfermo por amor, por agradecimiento, para evitar complicaciones, por experiencia de otra persona en el grupo familiar con el antecedente o por comprensión de su situación.

#### 6.5. Temas centrales, hallazgos de investigación, formulaciones teóricas, y recomendaciones

Acorde con la identificación de la recurrencia de los patrones se proponen los temas centrales como propone la cuarta fase.

##### 6.5.1. Reacción a su situación de enfermedad

Tabla 4. Tema 1 Reacción a su situación de enfermedad

<b>Descriptor</b>	<b>Patrones recurrentes</b>	<b>Tema</b>
<p>"...eso no implica que algunas veces, yo me como una galleta, entonces a veces, cuando, mi glucosa esta bajita, una galletica y ya, y no me afecta la semana pasada me comí como dos galletas y mi señora se puso brava y al otro día le dije, mire no paso nada y así..." I2E1P34</p>	<p>Confesiones de la dieta.</p>	
<p>"...Yo si uso sandalias, pero no tienen ningún problema porque yo no me tropiezo ni nada</p>	<p>Negación de la enfermedad.</p>	

<p>así con esas, uso es sandalias común y corriente ...”I7E1P7</p> <p>“...como el doctor me dijo que tenía que hacer deporte, entonces yo vi que allí estaban dando clases de rumbaterapia allí en el otro lado, y yo fui pero no me sirvió porque baje tres kilos en una semana, entonces no me sirvió no pude volver...” I6E1P14</p> <p>“Yo biego mucho por los medicamentos porque si yo no estoy no se los toma y él me dice a veces que sí y mentiras, yo cuento las pastas, yo dejo contado” G5E1P 1</p> <p>“...entonces yo no vivo quieto, si? Yo mantengo caminando que haciendo una cosa, que la otra si? Entonces yo no estoy quieto, para qué mas” I8E1P12</p>	<p>Contrariedades del tratamiento.</p> <p>Resistencia al uso del medicamento.</p> <p>Voluntad en contra del ejercicio.</p>	<p>Reacción a su situación de enfermedad</p>
---	--	--

En este tema se hicieron visibles patrones recurrentes como confesiones de la dieta, negación de la enfermedad, contrariedades del tratamiento, resistencia al uso del medicamento, y voluntad en contra del ejercicio (ver tabla 3 ), que se detallarán a continuación: al experimentar una enfermedad crónica como la diabetes, de la que se brindan orientaciones desde el cuidado étic, hay satisfacciones propias de los pacientes como lo es la alimentación, entendida como el gusto de poder continuar consumiendo alguna comida que contenga azúcar de manera poco frecuente, se ve influido por los estilos de vida y alimentación previos, y es por ello que ante la experiencia de presentar este diagnóstico se encuentran con la inhibición de alimentos que habían sido del gusto propio, enfrentándose a la decisión de abandono a su consumo, pero que

sin embargo se ingieren aun conociendo los efectos y reconociendo que están fuera del cumplimiento de la restricción dietaria.

Un ejemplo de ello es la narrativa de un informante clave: "...eso no implica que algunas veces, yo me como una galleta, entonces a veces, cuando, mi glucosa esta bajita, una galletica y ya, y no me afecta, la semana pasada me comí como dos galletas y mi señora se puso brava y al otro día le dije, mire no paso nada y así..."I2E1P34.

Sumado a lo anterior, los pacientes diabéticos al tener experiencias positivas de curación de heridas, de control por ajustes de hiperglucemia o hipoglucemia, de no vivenciar sintomatología común como mareos, o sed, hace que de algún modo sientan que el curso de la enfermedad no es evidente, por lo cual hay confianza, incredulidad, incluso, comparación con otras patologías como cáncer consideradas como peores, hasta el punto de creer que las complicaciones existen en otros, el siguiente descriptor apoya lo dicho: "...dicen que es la que uno no puede controlar y que cualquier peladura, cualquier que se haga uno no le sana, y yo me hago peladuras vea..."(...) "...eso no hace ocho días y ya me ha sanado" I9E1P28.

Sin embargo, estas reacciones descritas se ven marcadas por las de los profesionales de salud que desconocen los esfuerzos de los pacientes en casa por cuidarse, y generando choque cultural, entre el cuidado émic y el étic, un ejemplo de ello es una informante clave con complicación de insuficiencia renal "...dijo ud no se cuida. Y yo pero qué voy a hacer doctor si no tomo agua, no me dan sopa, que no me dan esto... y mantengo cargada de agua entonces qué voy a hacer doctor..."I1E1P3.

Aunque los cambios se hacen presentes con la ingesta de medicamentos hipoglicemiantes o aplicación de insulina en los pacientes investigados, hubo oportunidades de resistirse a su administración, ya sea porque la falta de supervisión familiar, o por cansancio y agotamiento por la frecuencia diaria y el número de tabletas, o por evitar exclusión de los compromisos sociales, o por experimentar bienestar ante un ajuste glicémico previo que los lleva a tomar decisiones como la suspensión del medicamento o los conflictos con los familiares en una búsqueda de cumplimiento del régimen farmacológico.

A continuación la narrativa de una hija como informante general, que justifica las afirmaciones: "yo briego mucho por los medicamentos porque si yo no estoy no se los toma y él me dice a veces que sí y mentiras, yo cuento las pastas, yo dejo contado".G5E1P1. Las respuestas identificadas se encontraron de manera similar ante el ejercicio, justificado como una actividad que hacen al caminar para su desplazamiento diario, y que puede calcularse de acuerdo a sus años, es entonces que se hace notoria su experiencia en contextos familiares que eran ausentes de caracterizarse por compartir esta práctica, sin embargo se critica desde los cuidadores.

Un ejemplo de lo anterior, se presenta en el siguiente descriptor: "...Yo le digo que haga ejercicio, pero a veces le da pereza, le digo vaya al polideportivo, y por allá va a hablar, pero él, los primeros días que salió el sí, el iba, el caminaba un rato, pero no volvió a caminar...a él le da pereza..."G5E1P10.

En la medida en que la experiencia de cuidado es particular, se dan reacciones propias derivadas de cambios en los que el contexto familiar

incide de manera importante en estas respuestas que apoyan o no el cuidado en el hogar.

### 6.5.2. La participación de la familia

Tabla 5. Tema 2 La participación de la familia

Descriptores	Patrones recurrentes	Tema
<p>"... yo me cuido mucho, las niñas me cuidan ellos mantienen con mucho cuidado conmigo, que mi mamá no puede comer eso, vamos a darle esto, que vamos a darle un caldito, si ellos procuran, pa que, todos ellos..."I4E1P 1</p> <p>"Era que mi papá y mi mamá también tenían esa enfermedad pero mire que la mía no es de la brava porque a mí se me sube y yo la controlo..."I9E1P27</p>	<p>Apoyo familiar.</p> <p>Reconocimiento de la herencia.</p>	<p>La participación de la familia</p>

En este tema se hicieron visibles patrones recurrentes como apoyo familiar y reconocimiento de la herencia (ver tabla 4). Es como en el contexto familiar, se identifican por parte de los pacientes diabéticos los mecanismos de presencia o ausencia de los familiares cercanos y no cercanos, que convivan con ellos y los que no.

Se hizo evidente, que para quienes existía el apoyo, el acompañamiento, la persistencia, el amor, el cariño, las expresiones de afecto permanentes, la vigilancia, la resolución de conflictos con medicamentos o necesidades económicas, tenían una experiencia de cuidado favorable pues de algún

modo contaban con la ayuda necesaria para brindar apoyo en casa, sin embargo hubo informantes generales con escasa educación sobre el cuidado de la persona con diabetes en el hogar, lo que hace que la ayuda se limite, adicionalmente, sentimientos como la desatención de sus familiares fue descrito por los informantes y en un caso la pareja se fue de la casa al conocer el diagnóstico de su esposa, abandonando su hogar.

A continuación se presentan tres descriptores que evidencian lo dicho: "Esa gente no se preocupa por nada, pa qué yo voy a ponerme a decir que... no, ellos no se preocupan por nada eso, porque soy muy despegados, desprendidos, como ellos ven cómo estoy yo y ellos no se afanan" I10E1P27.

"Pues que uno vea que se pueda defender, pues la dejamos que ella haga las cosas, pero cuando ya la vemos como grave, nos toca suspender todo y...apoyarla" G4E1P2.

"Por lo menos el apoyo de ella, ella me prepara las comidas, me lava la ropa, me da la mano, entonces yo me voy a parar, por lo menos ahorita que me vine pa acá ella estuvo pendiente que no me vaya así a caer, porque ella si es un apoyo muy mucho pa mí. Si, ella me ha apoyado mucho desde el primer día que llegue al hospital, tengo que agradecerle mucho, es una obra de caridad lo que está haciendo". I5E1P33.

Por consiguiente, la presencia familiar en la diabetes esta en lo visible y en lo poco visible como es la herencia, reconocida como la marca trascendental para tener la enfermedad y también como una estrella de luz en la prevención de los integrantes del contexto familiar.

Un ejemplo de ellos es la narrativa de una informante general: "...Como yo hablé con ellos (su esposo e hijos) mi papá tiene diabetes, pero aquí nosotros vamos a sufrir de lo mismo, por eso suspendí la gaseosa, todos comemos lo mismo, si el no va a tomar, nosotros tampoco vamos a tomar..." G5E1P5.

Por lo anterior, la experiencia de cuidado en el contexto familiar reconoce la presencia de sus integrantes como el apoyo para el cuidado émic.

### 6.5.3. Experiencias producidas desde el servicio de salud y otros actores sociales

Tabla 6. Tema 3 Experiencias producidas desde el servicio de salud y otros actores sociales

<b>Descriptor</b>	<b>Patrones recurrentes</b>	<b>Tema</b>
<p>"... la nutricionista es que llama, se me arrimo y me dijo ya vengo, y al fin me vine y no la volví a ver. Entonces ahí quede, porque no sé qué pues que es lo que puedo comer". I5E1P25</p> <p>"así, amistades que tiene uno, que también sufren de lo mismo y entonces se cuidan con lo mismo". I10E1P12</p>	<p>Implicaciones del servicio de salud.</p> <p>Influencia social.</p>	<p>Experiencias producidas desde el servicio de salud y otros actores sociales</p>

En este tema se hicieron visibles patrones recurrentes como implicaciones del servicio de salud e influencia social (ver tabla 5). Se interpretaron desde los pacientes como los alcances mediados por el Sistema de Salud independiente del tipo de afiliación que tengan, experimentando situaciones que van en contra del cuidado que se orienta (cuidado étic)

desde el hospital para el hogar, como lo es contar con el glucómetro y las tiras o los medicamentos en la cantidad precisa.

La impresión no es general, sin embargo deben "lucharla" para poder obtener los beneficios, elementos, medicamentos, o citas requeridas para el control de sus niveles de glicemia. Situaciones como ir frecuentemente a las instituciones, llegar a la madrugada, explicar las fórmulas médicas al personal administrativo.

Contrastado con experiencias que vinculan una imagen positiva hacia las instituciones, aunque sin visibilizar la disciplina de enfermería. A continuación dos descriptores de explicación, "...Hospitalizada, las enfermeras la verdad no, yo siempre he dicho, es mas como el médico, las enfermeras, yo no sé si será el estrés de tantos pacientes como que llegan y salen y le toman la glucometría y uno en cuánto le salió...en tanto... y vuelven y salen..."G2 entrevista 1 párrafo 12.

Y el otro descriptor, "...esta droga tiene el inconveniente que a uno se la recetan y luego tiene que ir uno a la parte administrativa a que se la autoricen, y después tener que ir a que se la entreguen y sin esa autorización no se la dan, y a veces las niñas acá dicen que es que son 80, con 8 tiene y le recetaron 9, pero que no miran la partecita donde dice el médico debe dar la dosis que se recomienda porque el señor tiene que estar aumentando dosis por circunstancia..."I2E1P23.

Estos mecanismos, son apoyados en recomendaciones de otros actores sociales, como vecinos, amigos, conocidos, otros pacientes, que participan generando creencias, sentimientos, cuidados, e intercambio de experiencias que se expresaron como necesarias para afianzar el convencimiento del cuidado, aunque reiterando la importancia de la

decisión propia a estas invitaciones. Un ejemplo de lo anterior se evidencia en la siguiente narrativa: “así, amistades que tiene uno, que también sufren de lo mismo y entonces se cuidan con lo mismo” I10E1P12.

Los dominios externos distintos de la familia, hacen inmerso al contexto familiar de manera que lo involucra en la experiencia de cuidado porque anima, invita o desanima el cumplimiento del cuidado étic.

#### 6.5.4. Efectos percibidos y conocidos por sí mismo

Tabla 7. Tema 4 Efectos percibidos y conocidos por sí mismo

<b>Descriptor</b>	<b>Patrones recurrentes</b>	<b>Tema</b>
<p>“...dicen que una parte por la vaina del azúcar que uno va perdiendo mucho, por ambos ojos, yo a usted la veo pero no le distingo el rostro, ni el físico, y ya a veces saco a las personas es por el hablado, del resto no”. I10E1P37</p> <p>“Ay no eso es horrible cuando se me baja pero muy rara vez eso se me baja y eso me pongo que no me puedo parar de donde estoy, y es un desaliento que yo no puedo pararme, como borracheras como a caeme”. I4E1P39</p> <p>“Quien sabe... yo primero me gustaba el pepino, me gustaba todas las ensaladas, todo eso, eso yo era feliz yo comiendo y ahora no”. I1E1P11</p> <p>“...mi hijo cometió el error que no me tomo la glucometría y la tenía muy bajita, casi me muero, pues imagínese que a mí el no me la</p>	<p>Efectos de la enfermedad.</p> <p>Conocimiento de los cambios en el organismo.</p> <p>Apetito perdido.</p>	<p>Efectos percibidos y conocidos por sí mismo</p>



"...cuando yo iba a consulta general, yo le comentaba doctor es que mire, yo estoy muy acabada, yo me siento, y uno se deprime porque toda la gente, ay pero mire como esta de flaca, es que mire usted no come, y no sé, entonces yo le dije doctor a ver si por favor me hace el favor y me manda alguna vitamina, o que es bueno para subir un poquito de peso porque yo estoy muy flaca, y el dijo no, eso es cuestión de la diabetes y que no se cuidan bien...". I6E1P16.

Es tan valiosa la experiencia de cuidado, que logra ser en cada paciente un sensor de respuestas orgánicas que da la alarma cuando los niveles de glicemia se disminuyen, evidenciándolo como temblor en las manos, ansiedad de comer dulce, desaliento, sudor frío, mareos, aflojamiento de cuerpo; estos indicadores además de ser percibidos por los informantes clave, impulsaban a tomar decisiones de manejo que eran positivos para los "controles" que ellos llama en el hogar.

Tales manejos son consumir algo que contenga azúcar oportunamente al sentir los síntomas, galletas, pedazo de dulce. Por el contrario, cuando se elevan los niveles glicémicos, ellos narraban mal genio, sed, poliuria, calor facial, mareo y borrachera, que lo describían como que la casa les dé vueltas, desaliento, aumento en la salivación, falta de apetito; quienes tenían la oportunidad en las dos situaciones se tomaban la glucometría. Otro aspecto identificado por ellos era "cuando los pies y /o pierna y/o dedos se le duermen" o "vivir con el pie dormido", que generaba temor al animar a vigilar los pies por debajo para valorar si habían lesiones.

Estos conocimientos propios se ven reflejados en la siguiente narrativa: "Cuando siento que esta como muy bajita, me tomo la glucometría, y si está muy bajita, entonces consumo algo que sé que me sube el azúcar, o una galleta, o un pedazo de dulce, eso" I2E1P9. Sumado a lo anterior, los

pacientes experimentan dificultades con la alimentación pues se encontró que describen desgane de comer o que "no les provoca nada" es decir pérdida del apetito, en algunos casos náuseas, o ingerir desayuno y no almorzar o viceversa, aducen que es derivado de la enfermedad y es reconocido por ellos que origina disminución de peso, o cambio en los gustos por los alimentos.

Un informante clave describe en su narrativa: "...digo yo que será la misma diabetes que le quita a uno las ganas de comer...". I3E1P16.

Adicionalmente, otra practica como el uso de los medicamentos fue relatado como influyente en la derivación de efectos experimentados por los pacientes como dificultad para el control cuando le cambian el tipo de insulina o la necesidad de cambiar a insulina porque ya los hipoglicemiantes orales no actúan de la manera apropiada, a lo cual afirman que pueden "acortar la vista", o generar mareos, y como efectos positivos de disminución progresiva de los niveles de la glicemia en el hogar.

Lo anterior se apoya en el siguiente descriptor: "...uno cuando se toma la glucometría, y se da cuenta de que no se le ha subido como se le subía primero, claro que con la insulina, que no se me ha vuelto a subir tanto como antes a 400, 500..." I6E1P46.

Si bien los efectos son sentidos como respuestas propias que pueden ser percibidos por ellos mismos, describieron cambios como sentirse mejor físicamente al disminuir de peso, o dejar el licor como beneficios del cambio que ha generado experimentar la enfermedad, un ejemplo de ello es el siguiente descriptor: "... jugaba tejito, tomaba unas cervecitas, tampoco volví, eh nos reunimos con mis hermanos a jugar un poco de

cartas, ese día me tomo uso tragos, a veces una cerveza, pero más nada no es frecuente, eso es por allá cada 2 o 3 meses, ni me hace falta tomar trago...". I2E1P32.

#### 6.5.5. Construcción del cuidado

Tabla 8. Tema 5 Construcción del cuidado

Descriptores	Patrones recurrentes	Tema
<p>"Bueno, es de cuidarse en la comida, porque eso es lo que más influye yo creo, y tomarse el medicamento, porque eso es lo principal que hay que hacer porque si uno no se cuida no está en nada".I3E1P53</p> <p>"...yo le pido es a mi señor todo, siempre le pido le oro, que me sí que me y pues él me da el valor, los médicos me dicen a mi es que a usted las enfermedades que tiene y no parece, y ellos me dicen que no parece...".I4E1P50</p> <p>"...Eso es solamente, concientizarse de que usted no puede comer eso, porque le hace daño..." I2E1P34</p> <p>"... sí, yo me cuido mucho, yo todos se aterran ellos porque yo soy muy juiciosa pa la droga, yo mejor dicho, me dicen a tales horas y yo mejor dicho, pero yo no sé, a veces estoy bien bien..." I4E1P2</p> <p>"...yo le encargué la moringa, la moringa es una hierba que se toma como un té, una vecina de acá la está tomando que también</p>	<p>Mi cuidado.</p> <p>Creencia religiosa.</p> <p>Justificación del cuidado.</p> <p>Efectos del cuidado.</p>	<p>Construcción del cuidado</p>

<p>tiene diabetes, ya ella tiene sus años, y ella mantiene bien, no sé si es la fe o qué será pero ella mantiene bien...". G5E1P8</p> <p>"...A mí nunca me ha dado nada de los pies, dolor en las piernas si...".I4E1P28</p> <p>"...ahorita no me he hecho los exámenes porque ahorita no hemos conseguido las...que ahí tenemos el aparato pero no hemos conseguido las tiras para la glucometría (cuenta la hija que lo compraron barato y nunca consiguieron la tiras),lo compramos pero aquí no se consiguen".I8E1P15</p> <p>"...Me han explicado que tengo que estar moviendo los pies, y cuidarme en la comida. Y yo al moverlos así y así ellos vuelven como que a recepcionar".I6E1P40</p> <p>"si yo como lo mismo del almuerzo pero más poquito, que yo sienta si harta hambre pues no, común y corriente, la comida común y corriente".I3E1P13</p>	<p>Creencias y prácticas populares.</p> <p>Los pies sin afectación.</p> <p>Empleo de la tecnología.</p> <p>Cuidado de los pies.</p> <p>Alimentación económica</p>	
--	---	--

En este tema se hicieron visibles categorías como mi cuidado, alimentación económica, creencia religiosa, justificación del cuidado, efectos del cuidado, creencias y prácticas populares, plantas y cuidados de los pies, los pies sin afectación, cuidado de los pies, empleo de la tecnología (ver tabla 7).

En las experiencias de cuidado de los pacientes con diabetes mellitus, las prácticas de cuidado émic se orientaron a "cuidar la dieta" o "cuidarse en la comida" apoyado en "no comer harinas" o solo una por comida, sin "frutas dulces" como el banano y la uva, "jugos simples" sin dulce, usar

productos con aspartame o splenda, en menor cantidad la alimentación, evitando el "trago", "consumiendo verdura".

Para los desayunos describen tostadas o pan con alguna bebida como café, tinto o chocolate, al almuerzo sopas o "secos" con carne o pollo y una harina como papa, arroz, yuca o plátano, verdura como pepino, alverja, zanahoria o habichuela, ensaladas (algunos) y entre comidas frutas como, papaya, mandarina, melón, y la comida la describieron como "pasajera" a veces lo mismo del almuerzo o tostadas, o galletas con jugo.

En cuanto al tinto, chocolate, las carnes rojas, mango, banano, uva y manzana, hay similitudes y diferencias entre los pacientes algunos lo consumen porque creen que no afecta la glicemia, y a otros se lo han prohibido. Lo descrito se apoya en la siguiente narrativa de un informante clave: "...la verdad acá todos los días tomamos chocolate, pero en agua".I8E2P1.

Para adicionar, la economía se describe como importante para poder sobrevivir con esta enfermedad, por ello algunos ahorran servicio de gas preparando alimentos para dividir entre el almuerzo y la cena, o comprando los alimentos que estén en cosecha más baratos.

En cuanto a los fármacos, refieren "tomarse el medicamento", "tomarse la droga", como aplicarse insulina en los brazos, las piernas o "alrededor del ombligo".

En cuanto al cumplimiento del horario, algunos los dejan visibles para acordarse, a otros se los dan los familiares, y otros se "lo toman a la hora"

es decir lo recuerdan. "Mi cuidado" descrito por los informantes clave se centró en alimentación y medicamentos.

Apoyados en las prácticas descritas, las creencias religiosas median entre sentirse mal a mejor y "esperar a que Dios se acuerde de ellos", agradeciéndole que los tiene con vida, con similitudes y diferencias como pertenecer a iglesia cristiana o católica, rezar u orar ellos solos, ir a misa "cuando los llevan" o por sus propios medios, se encomiendan al "santísimo", a "Santa Marta", "Señor de los milagros", "Al Señor", "A Dios", "María Santísima"; Como imágenes de la Virgen del Carmen, y tener crucifijos.

En las oraciones encomiendan a su familia, a la enfermedad, a suplicar para no tener complicaciones, a continuación un ejemplo: "yo le pido tanto que no me vaya a dejar... que me ayude que no me avance tanto esa diabetes, y la vista que no me vaya a dejar en tinieblas, porque ay Dios mío qué haría con esta vida" I10E1P39.

Aunque en las experiencias de cuidado en el contexto familiar hay explicaciones que ellos mismos hacen como justificación del cuidado, entre ellas con diferencias y similitudes entre otros porque son razones particulares, están: que los familiares les "ayuden con eso" o por los regaños de ellos; lo que el médico "manda" o "recomienda"; decisión propia como "concientizarse de que usted no puede comer eso" o "acostumbrarse a eso" o "estar aferrada a la vida" y querer hacerlo; temor a los daños en órganos: corazón, visión, en miembros inferiores para no tener problemas como amputaciones o como que le formulen insulina; por necesidad de trabajar y recibir ingresos para la comida, o el arriendo; "por ser pobre" es una justificación para algunos para cuidarse y "buscar

el modo”, y de otros para no cuidarse, es decir no poder cumplir la restricción dietaria por falta de recursos económicos.

Un ejemplo, es el siguiente descriptor “...el problema de la diabetes es la afección que pueda generar en los otros demás órganos, sobretodo en la parte de circulación, de corazón, la visión, pero a mi hasta el momento ninguna de esas partes me ha afectado, yo hasta hora considero que estoy bien, y yo friego mucho, yo mantengo en mucho control”. I2E1P38.

Los anteriores cuidados se enlazan a efectos como la admiración de la familia, apariencia física mejor vista por ellos.

Por consiguiente, para recibir beneficios relacionados con disminución de los valores de la glicemia en sangre, los pacientes emplean diferentes creencias folclóricas y populares provenientes de amigos, conocidos, otros pacientes, su familia y vecinos, como se mencionó previamente en la representación de los factores de la estructura social, que no significa para ellos gastos costosos.

Emplearon el anamú (hojas) cocinada e ingerido mediante té; el yacón (en tubérculo) bebido en infusión o ingerido como “fruta” “mascadita” y a diferencia de otros quien podía lo compraba en cápsulas y en té que era más costoso y son derivados de las hojas; la insulina (hojas) bebida en infusión; la moringa (hojas) adicionada en las comidas o ingerido en “agüitas”, es decir infusión; las hojas de ahuyama cocinándolas y tomar el agua del cocimiento fría; la fresa (fruta) en jugos; la cidra en infusión; la hiel de la vaca negra y tan pronto se extrae del animal, ingerirla; casco de vaca o pata de vaca cocinada (hojas) y bebiendo el agua por 9 días; la caña agria (caña) en infusiones o midiendo el largo del brazo del paciente y dejándola debajo de su almohada; la habichuela cocinada y

bebiendo el agua; el orégano (hojas) en infusión e ingerirlo; el Kiwi (fruta) comerlo rayado diariamente; La sábila (penca) ingiriendo la pulpa licuada; de las bebidas nombradas anteriormente, algunos la ingieren varias veces al día como agua ordinaria, otros solo entre 2 o 3 veces día.

Otra práctica que se identificó es guardar 3 pepas de una árbol del que no se conoce el nombre manteniéndolas amarradas y cerca al cuerpo, en el bolso o los pantalones. Un ejemplo es el descriptor siguiente "si recuerdo, la tenía en más de 500 porque no me tiro resultado. Entonces ella me dio el jugo y me había bajado ciento y pico y al rato ella me hizo más jugo y me dijo mamá tómese este otro jugo, y si me salió como en 300, entonces me bajo hartísimo, imagínese". I4E1P10.

Con relación al cuidado de los pies y muñones, el baño es importante y el secado suficiente hay similitudes y diferencias porque algunos usan cremas y otros talcos, además mencionan que nunca han tenido inconvenientes como lesiones, o heridas, no obstante, quienes si lo han experimentado han usado el "límpido" o cloro que se usa como desinfectante en las "llagas", baños de cocimiento de hierbas como el yanten, el paico, el domeboro y la pepa de 7 aguacates, también emplean la práctica de ausencia del esmalte, usar cortauñas a diferencia de otros que emplean la lima para las uñas; para el alivio y como efecto calmante cuando duelen se "soban" o masajean y cuando están dormidos le hacen ejercicio o mover los dedos "para que vuelvan a recepcionar", conjuntamente, refieren que la vigilancia hace parte del cuidado y acciones para "no chuzarse", "no irse a cortar".

Un ejemplo es la siguiente narrativa: "yo cualquier herida que yo tengo así yo me la cuido mucho, a pesar de que yo no mantengo, por lo menos no me corto las manos ni nada, vea y si yo me llevo a cortar yo me echo

límpido y se me quita, y en los pies también yo me echo límpido, es bueno, porque yo que me coja esa rasquiña también que sean hongos, yo cojo un algodoncito y me echo límpido y al otro día no tengo nada, ibueno el límpido para eso! I7E1P21.

El empleo de la tecnología se basó en el uso del glucómetro y la insulina mediante presentación como tubo o esfero en casa encontrando similitudes en la aplicación entre quienes la tenían formulada, y quienes contaban con tiras para tomar la glucometría y diferencias en quienes no consiguen o no les entregan las tiras para glucometría y en quienes deben usar la jeringa para aplicación subcutánea de la insulina y prefieren el brazo al abdomen, un ejemplo de ellos lo presenta el siguiente descriptor "... Y no tenemos tiras pal glucómetro y una vecina nos presta el peso..."I8E1P28.

Finalmente la construcción del cuidado se deriva de valores, costumbres, creencias y prácticas que hacen por varias razones con efectos fundados como positivos.

Al verificar con la literatura los temas centrales obtenidos, se presentarán en el capítulo de discusión los hallazgos de la presente investigación con similitudes y diferencias con los encontrados de otros autores.

## 7. DISCUSIÓN

La cultura tolimense, se ha caracterizado según Vila(49) por la estructura patriarcal, en el presente estudio, se identificó que no todas las familias contaban con una figura paterna, más bien en algunos casos dada la enfermedad de la diabetes en su pareja había abandonado el hogar. En los hogares, se encontró que la mitad de los informantes clave eran separados y eran familias pequeñas contrario a lo que plantea Vila (49) y el apoyo familiar, en el que los integrantes participan económicamente con recursos económicos y ya no es una sola persona la responsable.

En este estudio se encontró que los cambios dados rompen con costumbres y valores tradicionales, declarando que la religión y la sociedad son menos controladores sociales que en la antigüedad, aunque la creencia religiosa es un cuidado importante apoyado en un grupo social.

La cultura, influye en las experiencias, los conocimientos percibidos, los pensamientos, las creencias, los valores y las prácticas (34)(35)(61) coherente como se identificó en esta investigación el cuidado émic de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, derivado de factores de la estructura social representados por Leininger (34) en el modelo del sol naciente, como factores culturales que inciden en las expresiones, patrones y prácticas de cuidado.

Respecto a los factores de la estructura social, lo anterior se hace evidente cuando se describe que el empleo de la tecnología como el glucómetro favorece el control desde casa, o cuando se practica la oración para encomendar la enfermedad y la vida misma, o cuando se justifica el cuidado porque la familia le ayuda con los medicamentos y la alimentación

según las recomendaciones, o se usa el jugo de fresa como creencia cultural porque evidenciaron disminución de las cifras de glicemia con control mediante glucometría seriada, o la limitación para cumplir en la alimentación por las dificultades económicas, o la "lucha" por poder recibir los medicamentos, citas y elementos según tipo de afiliación, o la educación que se manifiesta en ocasiones como confusa cuando algunos profesionales de la salud orientan banano, manzana, y uvas como "restringidas de la dieta" y otros no, o como lo expuso un informante ninguna orientación dietaria para la casa.

Por consiguiente, se hace evidente el contexto familiar que se reconoce como un ambiente grupal doméstico que compartiendo lazos de parentesco o vínculos, que interactúan y se ven influenciados por factores socioculturales que determinarán y transmitirán las costumbres, las creencias, valores, significados, actitudes, pensamientos y estilos de vida, contemplando un entorno interesante para explicar los patrones de salud-enfermedad de los miembros que la conforman(39)(44)(45)(46)(47); patrones que se basan en visiones del mundo(61) que tienen los pacientes o en los significados que les atribuyen a sus propias experiencias ante la cronicidad de la enfermedad.

Siendo consecuentes, desde las experiencias de cuidado desde lo cultural, de pacientes con diabetes Mellitus tipo II en el contexto familiar, se identificaron cinco temas mayores.

**El primero**, reacción a su situación de enfermedad, donde no se reconoce a la enfermedad al no presentar consecuencias, coherente con el estudio de Benavente(41) y Péres (62), donde salud es cuando no se presenta ninguno de los signos de complicación de la diabetes. Sumado a ello, se encontró que aun cumpliendo con recomendaciones dietarias continúan

de “vez en cuando” consumiendo alimentos con azúcar en contradicción al estudio de Péres (62) que encontró que las mujeres al cumplir la dieta estrictamente pierden placer en la alimentación, la autonomía y la libertad. En cuanto a la resistencia al uso del medicamento, los pacientes expresaron su cansancio por la frecuencia, o número de tabletas para ingerir, coherente con el estudio de Péres (62).

Respecto a la voluntad en contra del ejercicio, se encontró que no es decisión ni práctica cotidiana, adicionalmente quienes salen es porque son acompañados por sus familiares, coherente con los resultados de Anthony D. y colaboradores (63) que compara indios y blancos en los que la actividad física se practica poco en los primeros aun reconociendo que tienen mayor probabilidad de desarrollar diabetes.

Sobre las contrariedades del tratamiento experimentado por los pacientes en el que situaciones como hernias discales, o dolor articular, dificultan otros cuidados como son la práctica de la actividad física, de lo cual no se evidencia mucha literatura para dirigir intervenciones a estos pacientes que por sentir dolor no practican ejercicio.

**El segundo**, la participación de la familia, los informantes expresaron la importancia del apoyo de la familia como personas que forman parte de su contexto y que ayudan, benefician, aportan, al cuidado con manifestaciones de cariño, amor, intencionalidad, y agradecimiento, coherente con el planteamiento de Gonzáles y Castro(64) y la investigación de Sok (65) donde se evidenció que los comportamientos que promueven la salud, el autoestima, el estado de salud física, era mayor en los diabéticos que convivían con su familia para diseñar programas que promuevan el soporte familiar; por el contrario en este estudio, otros manifestaron su soledad ya sea por el abandono de la

pareja derivado de conocer la enfermedad, o la inexistencia de ayuda e interés de las personas con las que compartía el techo, acorde con lo anterior debe tenerse en cuenta como menciona Yang y colaboradores(66) la relación entre la diabetes y la depresión lo que conlleva a un inadecuado control metabólico, incremento en los costos en salud, poca práctica de la actividad física, complicaciones de origen diabético y síntomas que afectan la experiencia.

En cuanto al reconocimiento de la herencia, se identificó que los informantes refirieron tener una huella marcada por los familiares que tenían la enfermedad y probablemente como influencia sea para desarrollarla en los otros integrantes de la familia o por experimentarla. ahora, coherente con la investigación de Xu y colaboradores(67), en el que encontró que personas con historia familiar positiva para diabetes mellitus y actividad física insuficiente tenían mayor riesgo de presentarla.

**El tercero**, las experiencias producidas desde el servicio de salud y otros actores sociales, en esta investigación se caracterizó por encontrar similitudes y diferencias en dificultades para obtener el glucómetro, las tiras reactivas para la glucometría, las citas con el especialista, la entrega de los medicamentos, las autorizaciones, coherente con el planteamiento de Tripp y colaboradores (68), en el que hace tiempo se describe en la literatura, como cuestiones de disponibilidad del servicio, accesibilidad, y aceptabilidad en la que se explica el confort y la satisfacción de los pacientes con los servicios prestados. Es importante analizar que los estándares médicos americanos (10) para el presente año, exponen la necesidad de la monitorización de la glucosa en los pacientes para tomar decisiones en cuanto a la dosis de insulina, como buena ley y de cumplimiento porque según la evidencia favorece el control, y cuidado, sin embargo en Colombia, los servicios de salud no benefician en su

totalidad que la experiencia de cuidado en el hogar se lleve a cabo formalmente.

**El cuarto**, los efectos percibidos y conocidos por sí mismo, en cuanto a la justificación del cuidado se evidenció que “tomar conciencia” o la decisión de cuidarse es una razón fundamental tanto para los efectos como para los cuidados, coherente con Péres (62) en cuanto es una enfermedad que no tiene curación y requiere de compromiso personal.

En esta investigación se encontró que los pacientes aprendían a conocer los cambios en su organismo asociados a hiperglicemia o hipoglicemia, lo que los conducía a tomar decisiones como solicitar ayuda o consumir algún alimento dulce, coherente como lo menciona Campbell y colaboradores (43) en su metaetnografía, donde las personas van adquiriendo un nivel de conocimiento sobre la diabetes y las observaciones de las reacciones y efectos en sus propios cuerpos, lo que les permite hacer ajustes en su tratamiento, la dieta, y los cuidados.

Además en este estudio realizado, se evidenció que había diferencias en cuanto a la percepción que tenía de la enfermedad sin que fuera acorde a un tiempo de diagnóstico, resultados distintos a los revelados por Martínez (69), donde encuentra que los diabéticos más longevos reconocen peor su enfermedad.

**El quinto**, la construcción del cuidado, en este último tema se evidenció un resultado, entendido como la cimentación de todo lo expresado por los informantes, con las prácticas, expresiones, patrones y creencias derivados de lo que para ellos es experimentar el cuidado de la diabetes en el contexto del hogar, por lo tanto, la alimentación, los medicamentos, la creencia religiosa, el empleo de la tecnología, el cuidado de los pies, y

la aplicación de creencias populares evidenciaron similitudes y diferencias como lo plantea Leininger(34), aspectos en el que las culturas transmiten, conocen y practican intergeneracionalmente el cuidado en salud, importantes para orientar el cuidado como aporte al conocimiento disciplinar y en la práctica.

También es necesario entender que esta construcción debe hacerse con el apoyo educativo acorde, porque como ellos reflejaron, hay confusión en los aspectos dietarios, lo cual es coherente con la investigación de Bolaños y colaboradores(16) en la que encontró que los pacientes requieren información clara con interacción bidireccional entre profesional y paciente. En cuanto al cuidado de los pies, en este estudio, mencionaron que usan el cortauñas, medida que no se recomienda(70), junto con el aspecto de usar el calzado correcto, acorde como lo evidenció Suárez y colaboradores(71), en el que la mayoría de personas no lo conocía claramente y tenía 5 años o más con el diagnóstico.

En cuanto a la creencia religiosa, los pacientes enunciaron la importancia de las prácticas que afianzaban su vínculo, para orar por su enfermedad y su familia, acorde con resultados que demuestran la necesidad de esta práctica como el de Zavala y colaboradores (23) que encontraron menor ansiedad a mayor espiritualidad en los diabéticos y Torres y Ruiz(72), que identificaron la espiritualidad como estrategia de apoyo en la vivencia de la diabetes mellitus.

Enlazando las categorías, los pacientes facilitaron su conocimiento para evidenciar el uso empírico que hacen de variedad de plantas y frutas que ya se han nombrado previamente, para disminuir niveles de glicemia, donde algunos lo habían confirmado mediante glucometrías, y otros simplemente creían en los efectos, al revisar la investigación sobre este

aspecto, no son muchos los estudios que se han enfocado en el país para profundizar este tema, de acuerdo a la investigación de García y colaboradores (73) desde 1985 la Organización Mundial de la Salud estructura el programa de medicina tradicional herbolaria, apoyando la premisa de que se base en estudios científicos que sustenten seguridad, efectividad y calidad para administrarlo en personas, entonces García y sus colaboradores(73) mediante una revisión de literatura encuentran beneficios de la fresa, y la aloe vera, fruta y planta que se encontró en la presente investigación que los pacientes diabéticos emplean mediante ingestión en su experiencia de cuidado en el hogar.

Sumada a la anterior investigación se encontró la de Gordillo(74) que mediante investigación experimental demuestra el empleo de la infusión de hojas de yacón con resultados de disminución de niveles de hemoglobina glicosilada, glucosa, colesterol y triglicéridos con diferencias estadísticamente significativas, tubérculo que varios de los pacientes diabéticos del presente estudio mencionaron que emplean en casa para su cuidado y que rescata el valor que tiene la investigación cualitativa para conocer la esencia de las experiencias y continuar con procesos investigativos de otro orden que aporten al conocimiento del cuidado y sus beneficios.

Por lo anterior, las prácticas, creencias, y valores culturales desde los contextos propios de las personas que experimentan la enfermedad de la diabetes mellitus tipo II deben conocerse adecuadamente, para que no sean desconcertantes los comportamientos que se encuentran en estas personas diabéticas, acorde como lo plantea Leininger(34), Leno (36) y Wilson (61) evitando el etnocentrismo; para en lugar de ello, proporcionar cuidado de enfermería y atención eficaz y adecuada, o dicho de otra manera culturalmente congruente.

## 8. CONCLUSIONES

La experiencia de cuidado al cursar con una enfermedad crónica como la diabetes tipo II, genera creencias o reacciones que hacen negar la enfermedad, expresando voluntad en contra del ejercicio, contrariedades del tratamiento como hacer ejercicio pero al mismo tiempo tener otras patologías crónicas que se lo impiden, adicionalmente, confesiones de la dieta en las que no hay un cumplimiento estricto, resistencia al uso del medicamento con la esperanza de dejarlo o poder controlar las respuestas del organismo ante su desuso, o simplemente evitarlo para no "acostumbrar" el cuerpo.

La experiencia de cuidado en el hogar reconoce la participación de la familia como apoyo, compañía, ayuda y vigilancia, así como huella genética mediante la herencia a lo que se atribuye cursar con la enfermedad.

Los temas obtenidos de reacción a su situación de enfermedad, la participación de la familia, experiencias producidas desde el servicio de salud y otros actores sociales, efectos percibidos y conocidos por si mismo, y construcción del cuidado se encontraron como respuestas en las personas que cursan con la enfermedad que generó una vinculación de otros en el cuidado cuando este se da en el contexto familiar, de modo que la construcción del cuidado conlleva al punto máximo de ejecución del bienestar que se logra en compañía de otros.

La diabetes, como enfermedad reconocida a nivel social, deriva la experiencia en otros, ellos son actores sociales como amigos, vecinos, conocidos y otros pacientes que conocen en los lugares de encuentro como instituciones, que hacen recomendaciones basados en creencias

populares o propias, y se crea una bola de nieve de información en el que creen que beneficia para el cuidado individual en el hogar, que a su vez se ve reflejado por la experiencia de interactuar con servicios de salud diferentes en los que se es limitado en ciertas ocasiones para obtener elementos como el glucómetro y las tiras, los medicamentos o las citas que deben “lucharse” para verse beneficiados.

Para la disciplina, esta investigación genera aporte al conocimiento empírico, reconociendo en las competencias del profesional de enfermería la importancia de valorar y comprender el cuidado émic para brindar cuidado culturalmente congruente.

Para la práctica, el profesional de enfermería debe hacerse visible en las experiencias de cuidado de las personas con diabetes mellitus tipo II, como orientador del cuidado étic cualquier escenario de cuidado, reorientando el cuidado tradicional que se brinda a estas personas facilitando la expresión de su vivencia, creencias, símbolos, significados que lo haga partícipe de las decisiones para su bienestar teniendo en cuenta a quien es el cuidador en el hogar como un apoyo valioso en el cuidado de quien es diagnosticado con la enfermedad.

Para la investigación, estos resultados presentan la evidencia del conocimiento de las experiencias de cuidado en informantes de tres municipios del departamento del Tolima con respuestas generadas bajo la luz de la teoría de la universalidad y diversidad del cuidado cultural.

Para la docencia, la comprensión de los fenómenos de investigación de enfermería debe orientarse bajo una perspectiva teórica como la teoría de enfermería de Leininger para orientar mejor la práctica. Adicionalmente, vincula desde la academia a la participación en la

investigación desde ambientes cotidianos y propios como lo es el contexto familiar, que facilita comprender como se desarrollan las respuestas y los vínculos de otros en torno al cuidado de quien experimenta diabetes mellitus en el hogar.

Para el departamento del Tolima y el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué, institución de referencia de los 47 municipios, generó esta investigación conocimiento propio desde la disciplina de enfermería que vincula a sus profesionales a brindar cuidado culturalmente congruente en el hogar. Adicionalmente podría mejorar el cuidado que reciben estas personas si se dirigen programas hacia estos contextos.

El contexto familiar determina patrones de comportamiento y de cuidado que inciden culturalmente y reflejan prácticas de salud-enfermedad, que facilitan la comprensión de su cuidado en el hogar.

El cuidado de enfermería en la experiencia de personas con diabetes mellitus tipo II debe tener en cuenta el contexto familiar, y los factores de la estructura social como los tecnológicos, religiosos y filosóficos, sociales y familiares, valores culturales, creencias y estilos de vida, políticos y legales, económicos, educacionales, para entender sus respuestas y acordar actividades precisas que beneficien su cuidado y vinculen de manera importante a sus cuidadores en el hogar.

La Investigación cualitativa es necesaria y relevante para conocer la esencia de las experiencias y continuar con procesos investigativos de otro orden que aporten al conocimiento del cuidado de enfermería y sus beneficios para quienes lo reciben, por ejemplo estudios de tipo cuantitativo correlacional, o experimental que indiquen cómo cambiar a negación a la enfermedad que no difiere según los años de diagnóstico y

si genera decisiones en las personas que pueden poner en riesgo su salud (no ingerir el medicamento, incumplimiento de la dieta, evitar hacer ejercicio, o desconocer que es una enfermedad que puede generar graves complicaciones a corto, mediano y largo plazo que lo pueden afectar no solo como ser humano sino como miembro de un contexto familiar.

## 9. RECOMENDACIONES

Para la enfermería, la investigación desde lo cultural, fortalece la práctica de enfermería porque potencia el campo natural de cuidado de las personas al conocerlo e interactuar con él. Se recomienda continuar enriqueciendo la teoría de Leininger con investigación que evidencie la importancia y la visibilidad de la disciplina en los aportes que pueden orientarse desde los hogares, haciendo acciones directas que deben lograr preservar, mantener o negociar expresiones de cuidado.

Para la investigación, el profesional de enfermería desde diferentes escenarios de la práctica como clínica y comunitarias debe hacerse visible mediante la aplicación de la etnoenfermería para descubrir mediante un método riguroso y sistemático el cuidado cultural hacia la persona diabética y su familia para emplear los modos de acción.

Para la investigación, se sugiere realizarla en otras zonas geográficas y otros informantes para poder identificar similitudes y diferencias en el cuidado émic como lo plantea la teoría de Madeleine Leininger.

Para la investigación, se atrae a profundizar sobre la actividad física en los pacientes que presentan dolor por otras enfermedades de base para favorecer la actividad física y poder desde lo cultural hacer aportes para el cuidado de enfermería.

Se debe aportar a la validez externa de la investigación socializándola en eventos científicos, como lo son el 14 Coloquio Panamericano de Investigación de enfermería en la ciudad de Cartagena en septiembre de 2014 y en el 6 Congreso Iberoamericano de Investigación cualitativa en octubre de 2014 (con aceptación ya recibida) y adicionalmente la

publicación mediante artículo científico en una revista indexada de enfermería, del que ya se tiene listo el documento. La presentación ante la institución hospitalaria de Ibagué se realizará como responsabilidad de divulgación de los resultados para el beneficio de esta, los profesionales de enfermería y las personas atendidas allí.

## **10. LIMITACIONES**

Como limitaciones se consideraron las siguientes, primero, debe confirmarse los hallazgos con informantes con diabetes mellitus y sus familiares en otras zonas geográficas que permitan detectar similitudes y diferencias como lo plantea Leininger.

Segundo, las entrevistas evidenciaron respuestas detalladas sobre personas de manera específica, sin proporcionar la seguridad de que los resultados se puedan transferir a través de individuos o grupos, para ello se describió el ambiente y se caracterizaron los informantes clave y los informantes generales.

## **11. ANEXOS**

Anexo 1. Acta subcomisión de investigación de la facultad de enfermería y rehabilitación universidad de la sabana

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN**

**SUBCOMISIÓN DE INVESTIGACIÓN**

**(Acta No. 6, de 13 de junio de 2013)**

### **ASISTENTES**

María Elisa Moreno. Decana Facultad de Enfermería y Rehabilitación

Beatriz Pérez Giraldo, Directora de Pregrado de Enfermería. Coordinadora del grupo de Cuidado – U Sabana.

Patricia Otero de Suárez, Directora Programa de Fisioterapia.

María del Carmen Gutiérrez Agudelo, Coordinadora de Calidad.

Mónica Veloza Gómez, Jefe de área, Programa de Enfermería.

Jorge Moreno Collazos, jefe de área Programa de Enfermería - Coordinador del grupo de investigación en Movimiento Corporal Humano.

Gloria Carvajal Carrascal, Coordinadora de investigación- Directora de Postgrados

### **NO ASISTIERON**

Ángela Correal. Enfermera Clínica Universidad de La Sabana.

Cristian Pérez. Director de Educación e Investigación, Clínica Universidad de La Sabana.

### **ORDEN DEL DÍA**

1. Ejecutorias actas anteriores
2. Proyecto de investigación estudiante V cohorte del Programa de Maestría en Enfermería
3. Jornada de Socialización de resultados de investigación
  - a. Información general
  - b. Inscripción trabajos semilleros
4. Varios

## DESARROLLO

### 2. Proyecto de investigación estudiante V cohorte del Programa de Maestría en Enfermería

Se presenta la propuesta de investigación denominada: **Experiencias** de cuidado de pacientes con diabetes Mellitus tipo II en el contexto familiar. Ibagué, 2012-2013. Desarrollada por la estudiante Karol Briñez bajo la dirección de la profesora Lucy Muñoz.

#### Pregunta de investigación

¿Cómo son las experiencias de cuidado desde lo cultural, que tienen las personas con diabetes mellitus tipo II en su contexto familiar procedentes de una Institución de salud de III nivel de Ibagué?

#### Objetivo general

Describir las experiencias de cuidado desde lo cultural que tienen los pacientes con diagnóstico de diabetes Mellitus tipo II en su contexto familiar atendidos en el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué durante el año 2013.

#### Tipo de estudio

La investigación usará un enfoque cualitativo tipo etnográfico, aplicando como método la etnoenfermería, derivada de la Teoría de la diversidad y la Universalidad del cuidado cultural de Madeleine Leininger.

#### Par evaluador 1

INDICADORES DE EVALUACIÓN	OBSERVACIONES
<b><u>MARCO REFERENCIAL</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Pertinencia del problema de investigación.</li><li>▪ Argumentación del problema y justificación de la investigación.</li></ul>	En el marco de referencia se evidencia una revisión de la literatura amplia, pertinente y actualizada, la pregunta de investigación y el objetivo general, son pertinentes, se evidencia coherencia entre estos y la justificación del estudio.

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coherencia entre el problema, la justificación y los objetivos de la investigación.</li> <li>▪ Pertinencia de la bibliografía.</li> </ul>	<p>Sugiero modificar el objetivo específico “Analizar las experiencias de cuidado desde lo cultural en el contexto familiar de quienes conviven con el diagnóstico de diabetes mellitus...”. Por “describir las experiencias de cuidado de las personas con diabetes mellitus tipo II y de los familiares que viven con ellos desde una perspectiva cultural”</p> <p>En la justificación los autores evidencian la significancia social, teórica y para la disciplina de enfermería.</p>
<p><b><u>MARCO CONCEPTUAL – TEÓRICO-EMPÍRICO</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pertinencia de los referentes Conceptuales y Teóricos. Claridad de conceptos.</li> <li>▪ Pertinencia de los referentes Empíricos.</li> <li>▪ Coherencia del marco Conceptual-Teórico- Empírico, con el marco de referencia.</li> <li>▪ Pertinencia de la bibliografía</li> </ul>	<p>Se encuentra una coherencia en el sistema conceptual y teórico del proyecto. El marco conceptual es pertinente, hay claridad en los conceptos. El modelo de Leininger fundamenta muy bien el fenómeno de estudio y la etnoenfermería es el método para abordarlo</p>
<p><b><u>MARCO DE DISEÑO</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pertinencia del diseño metodológico.</li> <li>▪ Coherencia entre el marco de referencia, Conceptual-Teórico- Empírico y el Marco de diseño.</li> <li>▪ Muestra apropiada</li> <li>▪ Instrumentación válida y confiable para la recolección de los datos.</li> <li>▪ Procedimientos apropiados de recolección de datos.</li> </ul>	<p>El marco de diseño es pertinente, y coherente con el problema, el objetivo y el marco conceptual teórico empírico del proyecto. Los autores describen con claridad las características de los participantes. Los criterios de inclusión y exclusión de los mismos, el escenario y el procedimiento a seguir. Los criterios de rigor metodológico y los aspectos éticos son claros. Se debe incluir el código deontológico de enfermería</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Procedimientos apropiados para proteger a los participantes en la investigación.</li> <li>▪ Pertinencia de la bibliografía.</li> </ul>	
---	--

**Par evaluador 2**

<b>INDICADORES DE EVALUACIÓN</b>	<b>CALIFICACIÓN</b> <b>0 - 5.0</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<p><b><u>MARCO REFERENCIAL</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pertinencia del problema de investigación.</li> <li>▪ Argumentación del problema y justificación de la investigación.</li> <li>▪ Coherencia entre el problema, la justificación y los objetivos de la investigación.</li> <li>▪ Pertinencia de la bibliografía.</li> </ul>		<p>Esta claramente expuesta la pertinencia del problema de investigación. La argumentación al respecto es suficiente y clara. Existe coherencia entre el problema y la justificación. La bibliografía es pertinente.</p> <p>Se sugiere referenciar estadísticamente con mayor suficiencia, la situación de esta enfermedad en Colombia y a nivel departamental y local.</p> <p>Revisar la coherencia que debe existir entre la pregunta de investigación y la justificación en su primer párrafo.</p> <p>Revisar los verbos planteados en el objetivo general y el específico, deben ser coherentes y secuenciales de acuerdo también al tipo de diseño que se va a utilizar en la investigación.</p>

		<p>Revisar lo expuesto en el último párrafo de la justificación, en cuanto a plantear con claridad lo referente a la parte de la educación en enfermería y las teorías de enfermería.</p> <p>Definición de conceptos: Paciente con diabetes mellitus tipo II - sería prudente ampliar más la parte correspondiente a la situación fisiológica.</p>
<p><b><u>MARCO CONCEPTUAL – TEÓRICO-EMPÍRICO</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pertinencia de los referentes Conceptuales y Teóricos. Claridad de conceptos.</li> <li>▪ Pertinencia de los referentes Empíricos.</li> <li>▪ Coherencia del marco Conceptual-Teórico- Empírico, con el marco de referencia.</li> <li>▪ Pertinencia de la bibliografía</li> </ul>		Sin observaciones.
<p><b><u>MARCO DE DISEÑO</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pertinencia del diseño metodológico.</li> <li>▪ Coherencia entre el marco de referencia, Conceptual-Teórico- Empírico y el Marco de diseño.</li> <li>▪ Muestra apropiada</li> </ul>		<p>Se sugiere plantear la claridad en cuanto a la participación de los participantes o informantes generales, pues no es clara esta participación, como si la es la de los participantes o informantes clave.</p> <p>Adicional a esta parte, está la necesaria claridad en cuanto a que se hace</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Instrumentación válida y confiable para la recolección de los datos.</li> <li>▪ Procedimientos apropiados de recolección de datos.</li> <li>▪ Procedimientos apropiados para proteger a los participantes en la investigación.</li> <li>▪ Pertinencia de la bibliografía.</li> </ul>		<p>referencia con el contexto laboral (3.13.2) en el marco de diseño?</p> <p>Revisar los consentimientos informados con relación al uso de los tiempos de los verbos, haciendo la claridad en cada uno respecto al informante o participante clave y al informante o participante general.</p>
<p><b><u>MARCO DE ANÁLISIS</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimientos apropiados para el análisis de datos</li> <li>• Validez y confiabilidad de los datos</li> </ul>		
<p><b><u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conclusiones coherentes con los objetivos y resultados de la investigación</li> <li>• Recomendaciones válidas y útiles para políticas de Salud y/o Enfermería.</li> <li>• Recomendaciones para nuevas investigaciones que aporten al desarrollo del conocimiento de enfermería.</li> <li>• Recomendaciones para el Cuidado de las personas.</li> </ul>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendaciones para la docencia en enfermería.</li> </ul>		
<p><b><u>REPORTE ESCRITO DEL DOCUMENTOS INTEGRIDAD DEL DOCUMENTO</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Claridad del escrito.</li> <li>• Coherencia del documento con todos sus componentes.</li> <li>• Registro de bibliografía según normas Vancouver.</li> </ul>		
<p><b><u>NOTA FINAL</u></b></p>		

***Previo análisis del contenido de la propuesta en sus componentes de marco referencial, conceptual y metodológico por los miembros de la Subcomisión y de los conceptos de los pares asignados, se aprueba el proyecto y se emite el aval por cuanto cumple con los criterios del rigor científico y ético para su desarrollo.***



**GLORIA CARVAJAL CARRASCAL**

Directora de Posgrados

Coordinadora de investigación

Facultad de Enfermería y Rehabilitación

Universidad de La Sabana

## Anexo 2. Aprobación Hospital Federico Lleras Acosta del proyecto de investigación



**DEI-063**

Ibagué, 8 de marzo de 2013

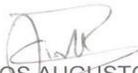
Enfermera  
KAROL JOHANNA BRIÑEZ ARIZA  
Ciudad

Asunto: Proyecto de Investigación.

En atención a su solicitud, me permito informarle que en reunión de Comité de Docencia e Investigación, el día 6 de marzo de 2013, le fue aprobado el proyecto de investigación, "EXPERIENCIA DE CUIDADO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II EN EL CONTEXTO FAMILIAR Y LABORAL, IBAGUÉ, 2013", en el Hospital Federico Lleras Acosta.

Durante el desarrollo del proyecto, debe presentar informe trimestral al Comité de Docencia e Investigación, como está establecido en el Reglamento. Así mismo, al terminar su proyecto debe entregar una copia en esta Oficina, como parte del archivo de investigaciones aprobadas.

Cordial saludo,

  
CARLOS AUGUSTO GIRALDO RIVERA  
Contratista Coordinador  
Oficina de Docencia e Investigación

Copia: Comité de Docencia e Investigación

Lina O.

### Anexo 3. Consentimiento informado de informantes clave

#### Invitación a participar

Cordialmente se le invitará a participar en una investigación, desarrollada por la Enfermera Karol Johanna Briñez A, estudiante de la Maestría en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de la Sabana, bajo la dirección de la Magíster Lucy Muñoz. El objetivo general de esta investigación es “describir las experiencias de cuidado desde lo cultural que tienen los pacientes con diagnóstico de diabetes Mellitus tipo II en su contexto familiar atendidos en el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué durante el año 2013”.

Los resultados de esta investigación aportarán conclusiones importantes para los pacientes con diabetes mellitus tipo II y sus familiares, que servirá para brindarles cuidado de enfermería según sus necesidades culturales.

Este es un estudio de investigación para obtener el título de Magister en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de la Sabana. Su decisión de participar en este estudio es totalmente voluntaria. Si en cualquier momento o por cualquier razón decide no participar en el estudio, su registro será excluido inmediatamente.

#### PROCEDIMIENTOS

Si usted decide voluntariamente participar en este estudio, se le pedirá lo siguiente:

Para la recolección de la información usted estará de acuerdo en que la investigadora proceda a realizar observación directa, de sus comportamientos y expresiones, durante la experiencia de cuidado propio. A entrevistarlos y que se graben las entrevistas y, posteriormente, estas sean transcritas y analizadas, con el propósito de describir las

experiencias de cuidado desde lo cultural que tienen los pacientes con diagnóstico de diabetes Mellitus tipo II en su contexto familiar atendidos en el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué durante el año 2013.

La investigadora: Karol Johanna Briñez A., desarrollará la recolección de datos en el domicilio suyo garantizando un ambiente adecuado, en donde se pueda salvaguardar la privacidad y, de acuerdo a la necesidad, requerirá de la observación y/o entrevista en varias oportunidades. Se tendrá en cuenta su disponibilidad para la recolección de la información.

#### RIESGOS O MOLESTIAS POTENCIALES

Ésta investigación no supone riesgos o molestias para la salud, integridad o bienestar suyo.

#### BENEFICIOS ANTICIPADOS PARA LA SOCIEDAD

Esta investigación, ayudará al Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué a entender la importancia de las creencias, y prácticas culturales de los pacientes con diabetes de modo que beneficie su salud. Adicionalmente, apoyará la educación en enfermería en la Universidad de la Sabana.

#### COMPENSACIÓN POR SU PARTICIPACIÓN

No se le proporcionará dinero u otras formas de bienes materiales por su participación en esta investigación.

#### POSIBLES PRODUCTOS COMERCIALES

Este estudio no generará como resultado el desarrollo de ningún producto comercial.

#### CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD

El equipo de investigación o el comité de ética, también podrá necesitar acceso a su información, como parte de los procedimientos de estudio. Cuando los resultados de la investigación sean publicados o discutidos en conferencias, ninguna información correspondiente con su identidad se verá revelada.

Este formato de consentimiento, que contiene su autorización para el uso de los datos que arrojen su participación, no tiene fecha de vencimiento.

Si usted decidiera retirar su consentimiento, la información que ya haya sido utilizada para el análisis de datos, no será retirada, pero ninguna nueva información será incluida.

#### RETIRO DE SU PARTICIPACIÓN POR PARTE DEL INVESTIGADOR

La investigadora decidirá finalizar su participación en el estudio por las siguientes razones:

Cuando sea peligroso para usted continuar; o si el estudio es detenido por la investigadora principal; o en caso de que usted desarrolle alguna enfermedad durante su participación. La decisión se dará para proteger su salud y seguridad.

#### DERECHOS DE SUJETOS DE INVESTIGACIÓN

Si usted tuviera alguna pregunta relacionada con sus derechos como sujeto de investigación, o si usted tiene alguna queja, duda o solicitud, sobre su participación en el estudio, por favor comuníquese con la Magíster en Enfermería Lucy Muñoz asesora de la Investigación al 8615555/6666, extensión 27104 en Chía, Cundinamarca, o con la Directora de Posgrados en de la Facultad de Enfermería, Doctora Gloria Carvajal 8615555/6666, extensión 27104 en Chía, Cundinamarca.

Podrá leer toda la información contenida en este formato de consentimiento. Tendrá la oportunidad de hacer preguntas y todas serán resueltas a su entera satisfacción. Tiene claro que si surge alguna otra duda en adelante, cuenta con los datos de contacto de la investigadora para realizar las preguntas directamente.

Por lo anterior, autoriza el uso de su información e identificación tal y como la registra en adelante en este formato. AL FIRMAR ESTE FORMATO USTED ESTA CONFIRMANDO QUE ESTA DE ACUERDO CON PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN DESCRITA AQUÍ.

Nombre de Participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Participante: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_

## Anexo 4. Consentimiento informado de informantes generales

### Invitación a participar

Cordialmente se le invitará a participar en una investigación, desarrollada por la Enfermera Karol Johanna Briñez A, estudiante de la Maestría en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de la Sabana, bajo la dirección de la Magíster Lucy Muñoz. El objetivo general de esta investigación es “describir las experiencias de cuidado desde lo cultural que tienen los pacientes con diagnóstico de diabetes Mellitus tipo II en su contexto familiar atendidos en el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué durante el año 2013”.

Los resultados de esta investigación aportarán conclusiones importantes para los pacientes con diabetes mellitus tipo II y sus familiares, que servirá para brindarles cuidado de enfermería según sus necesidades culturales.

Este es un estudio de investigación para obtener el título de Magister en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de la Sabana. Su decisión de participar en este estudio es totalmente voluntaria. Si en cualquier momento o por cualquier razón decidiera no participar en el estudio, su registro será excluido inmediatamente.

### PROCEDIMIENTOS

Si usted decidiera voluntariamente participar en este estudio, se le pedirá lo siguiente:

Para la recolección de la información usted estará de acuerdo en que la investigadora proceda a realizar observación directa, de la interacción suya hacia su familiar diabético observando comportamientos y expresiones. A entrevistarlo sobre su experiencia y la de su familiar diabético y que se graben las entrevistas y, posteriormente, estas sean transcritas y analizadas, con el propósito de describir las experiencias de cuidado desde lo cultural que tienen los pacientes con diagnóstico de

diabetes Mellitus tipo II en su contexto familiar atendidos en el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué durante el año 2013.

La investigadora: Karol Johanna Briñez A., desarrollará la recolección de datos en el domicilio suyo garantizando un ambiente adecuado, en donde se pueda salvaguardar la privacidad y, de acuerdo a la necesidad, requerirá de la observación y/o entrevista en varias oportunidades. Se tendrá en cuenta su disponibilidad para la recolección de la información.

#### RIESGOS O MOLESTIAS POTENCIALES

Ésta investigación no supone riesgos o molestias para la salud, integridad o bienestar suyo.

#### BENEFICIOS ANTICIPADOS PARA LA SOCIEDAD

Esta investigación, ayudará al Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué a entender la importancia de las creencias, y prácticas culturales de los pacientes con diabetes de modo que beneficie la salud de su familiar. Adicionalmente, apoyará la educación en enfermería en la Universidad de la Sabana.

#### COMPENSACIÓN POR SU PARTICIPACIÓN

No se le proporcionará dinero u otras formas de bienes materiales por su participación en esta investigación.

#### POSIBLES PRODUCTOS COMERCIALES

Este estudio no generará como resultado el desarrollo de ningún producto comercial.

#### CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD

El equipo de investigación o el comité de ética, también puede necesitar acceso a su información, como parte de los procedimientos de estudio. Cuando los resultados de la investigación sean publicados o discutidos en conferencias, ninguna información correspondiente con su identidad se verá revelada.

Este formato de consentimiento, que contiene su autorización para el uso de los datos que arrojen su participación, no tiene fecha de vencimiento.

Si usted decidiera retirar su consentimiento, la información que ya haya sido utilizada para el análisis de datos, no será retirada, pero ninguna nueva información será incluida.

#### RETIRO DE SU PARTICIPACIÓN POR PARTE DEL INVESTIGADOR

La investigadora decidirá finalizar su participación en el estudio por las siguientes razones:

Cuando sea peligroso para usted continuar; o si el estudio es detenido por la investigadora principal; o en caso de que usted desarrolle alguna enfermedad durante su participación. La decisión se dará para proteger su salud y seguridad.

#### DERECHOS DE SUJETOS DE INVESTIGACIÓN

Si usted tiene alguna pregunta relacionada con sus derechos como sujeto de investigación, o si usted tiene alguna queja, duda o solicitud, sobre su participación en el estudio, por favor comuníquese con la Magíster en Enfermería Lucy Muñoz asesora de la Investigación al 8615555/6666, extensión 27104 Chía, Cundinamarca, o con la Directora de Posgrados en de la Facultad de Enfermería, Doctora Gloria Carvajal 8615555/6666, extensión 27104 en Chía, Cundinamarca.

Ha leído toda la información contenida en este formato de consentimiento. Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido resueltas a mi entera satisfacción. Tiene claro que si surge alguna otra duda en adelante, cuenta con los datos de contacto de la investigadora para realizar las preguntas directamente.

Por lo anterior, autoriza el uso de su información e identificación tal y como la registra en adelante en este formato. AL FIRMAR ESTE FORMATO USTED ESTA CONFIRMANDO QUE ESTA DE ACUERDO CON PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN DESCRITA AQUÍ.

Nombre de Participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Participante: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_

## Anexo 5. Cronograma de actividades

Actividades A realizar	Tiempo en meses						Tiempo en meses												Año 2014						
	Año 2012						Año 2013																		
	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	
Marco referencial-problema	x	x	x																						
Viabilidad	x	x	x																						
Objetivos	x	x	x																						
Justificación	x	x	x																						
Revisión bibliográfica -Marco Conceptual-teórico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Marco de diseño								x	x	x	x														
Recolección de información												x	x	x	x	x	x	x	x	x			x		
Análisis de la información												x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Resultados Conclusiones-																							x	x	
Informe Final de Investigación																							x	x	x

Anexo 6. Presupuesto

<b>Costos del proyecto</b>	<b>Horas</b>	<b>Valor</b>	<b>Total</b>
<b>A. Recurso Humano</b>			
Enfermera (Investigadora)	380	42.000/hora	15.960.000
Asesor Investigación	120	36.000/hora	4.320.000
Corrector Estilo	40	70.000/hora	2.800.000
TOTAL	<b>\$ 23.080.000</b>		
<b>B. Recursos Materiales y equipos</b>			
Computador e impresora	2.400.000		
Cartuchos (6)	420.000		
USB (3)- CDs(10)	160.000		
Papelería	80.000		
Cassette cámara de video	40.000		
Videograbadora	1.200.000		
Llamadas telefónicas	100.000		
TOTAL	<b>\$ 4' 400.000</b>		
<b>C. Transporte</b>	<b>\$ 500.000</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>27.980.000</b>		

## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. OMS | Diabetes [Internet]. WHO. 2011 [cited 2012 Jun 22]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>
2. American Diabetes Association. Diabetes Statistics [Internet]. 2011. Available from: <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/diabetes-statistics/?loc=DropDownDB-stats>
3. Diez B. Consideraciones acerca de la diabetes mellitus tipo 2. *Investig Educ En Enferm.* 2006;(1):13-4.
4. Asociación Colombiano de diabetes. Afecciones del pie [Internet]. Bogotá; 2012. Available from: [http://www.asodiabetes.org/novedades\\_boletin.php?Id\\_Noticia=170&Id\\_Categoria=8](http://www.asodiabetes.org/novedades_boletin.php?Id_Noticia=170&Id_Categoria=8)
5. Aschner P. Epidemiología de la diabetes en Colombia. *Av En Diabetol* [Internet]. 2010;26:95-100. Available from: <http://www.sediabetes.org/gestor/upload/revistaAvances/26-2-5-sem2.pdf>
6. Profamilia. Encuesta Nacional de demografía y Salud ENDS [Internet]. 2010. Available from: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-17.pdf>
7. Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué. Informe de Vigilancia Epidemiológica Detallado. Ibagué; 2012 p. 5.
8. Tesfaye S. Neuropatía diabética. Pie diabético. Traducción de la 4a edición *The foot in diabetes*. México: El Manual Moderno; 2007. p. 535.
9. Federación Internacional de Diabetes, Organización Mundial de la Salud. El pie y la Diabetes [Internet]. 2005. Available from: [http://www.fundaciondiabetes.org/activ/diamundial/dmd05/folleto\\_dmd05.pdf](http://www.fundaciondiabetes.org/activ/diamundial/dmd05/folleto_dmd05.pdf)
10. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes - 2014. *Diabetes Care* [Internet]. 2014 Jan [cited 2014 Mar 20];37(Supplement 1):14 - 80. Available from: [http://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement\\_1/S14.full.pdf](http://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement_1/S14.full.pdf)

11. Patel V, Morrisey J, Goenka N, James D, Shaikh S. Diabetes care in the Hindu patient: cultural and clinical aspects. *Br J Diabetes Vasc Dis*. 2001 Nov 1;1(2):132–5.
12. Merino B, González J, Revilla A, Taylor J, Estévez I, Vaquero C. Nuevos Avances en el tratamiento del pie diabético. *Rev Esp Investig Quirúrgicas*. 2012;15(2):95–101.
13. Ofman S. Aproximaciones al estudio de las representaciones sociales de la salud y enfermedad: el caso de la diabetes mellitus. *Psicol Psicopedag [Internet]*. 2012 Apr 25 [cited 2012 Sep 5];11(27). Available from: <http://www.bibliotecausal.org.ar/index.php/psico/article/view/588>
14. Medel B, Gonzalez L. Estilos de vida: Experiencias con la adherencia al tratamiento no farmacológico en diabetes mellitus. *Index Enferm*. 2006 Jun;15(52-53):16–9.
15. Lazcano M, Salazar B. Adaptation in Patients with Diabetes Mellitus Type 2, According to the Roy Model. *Aquichán*. 2009 Dec;9(3):236–45.
16. Bolaños E, Sarria A. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. *Aten Primaria*. 2003;32(4):195–202.
17. Alves J, Castro C, Ribeiro H, Faustino H. La incertidumbre en la enfermedad y la motivación para el tratamiento en diabéticos tipo 2. *Rev Latinoam Enferm [Internet]*. 2007 Jul;15(4). Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es\\_v15n4a09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a09.pdf)
18. Gonzalez P. Atención de Enfermería en el paciente con pie diabético desde una perspectiva de autocuidado. *Investig En Enferm Imagen Desarro [Internet]*. 2011 Nov 8 [cited 2012 May 8];10(2). Available from: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1602>
19. Pace A, Ochoa K, Caliri M, Fernandes A. Knowledge on diabetes mellitus in the self care process. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006 Oct;14(5):728–34.
20. Ordoñez M, Carvajalino M, Cote M, Mora C, Ayala L, Ospino R. Estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. [cited 2012 Aug 10]; Available from:

[http://dialnet.unirioja.es/servlet/dfichero\\_articulo?codigo=3853505](http://dialnet.unirioja.es/servlet/dfichero_articulo?codigo=3853505)

21. Gershater M, Pilhammar E, Apelqvist J, Alm-Roijer C. Patient education for the prevention of diabetic foot ulcers. *Eur Diabetes Nurs*. 2011 Sep;8(3):102–107b.
22. Whittemore R, Chase S, Mandle CL, Roy SC. The content, integrity, and efficacy of a nurse coaching intervention in type 2 diabetes. *Diabetes Educ*. 2001;27(6):887–98.
23. Zavala M, Martínez O, Whetsell M. Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. *Aquichan*. 2006;(001):8–21.
24. Cruz R, Batres J, Granados A, Castilla M,. Guia de atención enfermera a personas con Diabetes [Internet]. Segunda Edición. España: Tecnographic; 2006. 190 p. Available from: [http://www.amegmadrid.org/DOCUMENTOS/GuiaAtEnf\\_diabetes.pdf](http://www.amegmadrid.org/DOCUMENTOS/GuiaAtEnf_diabetes.pdf)
25. Chaparro L. Cómo se constituye el “vínculo especial” de cuidado entre la persona con enfermedad crónica y el cuidador familiar. *Aquichan*. 2011 Apr 26;11(1):7–22.
26. Pace A, Duckur P, Ochoa K AE. Family knowledge about the problematics of patients with diabetes mellitus. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2003 Jun;11(3):312–9.
27. Gobernacion del Tolima. Tolima, primer lugar en muerte por ECNT [Internet]. 2012 [cited 2012 Sep 5]. Available from: [http://www.tolima.gov.co/tolima/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1655:tolima-primer-lugar-en-muerte-por-ecnt&catid=2:noticias&Itemid=17](http://www.tolima.gov.co/tolima/index.php?option=com_content&view=article&id=1655:tolima-primer-lugar-en-muerte-por-ecnt&catid=2:noticias&Itemid=17)
28. Gobernación Del Tolima. Secretaria de Salud Departamental. Programas de Salud Pública [Internet]. 2012 [cited 2012 Sep 5]. Available from: <http://www.saludtolima.gov.co/portal/bus/spprogramas.php>
29. Gobernacion del Tolima. 75 de cada 100 tolimeses consultan las IPS por enfermedades crónicas no transmisibles [Internet]. 2012 [cited 2012 Sep 5]. Available from: [http://www.tolima.gov.co/tolima/index.php?option=com\\_content&view=article&id=457:75-de-cada-100-tolimenses-consultan-las-ips-por-enfermedades-cronicas-no-transmisibles-&catid=2:noticias&Itemid=17](http://www.tolima.gov.co/tolima/index.php?option=com_content&view=article&id=457:75-de-cada-100-tolimenses-consultan-las-ips-por-enfermedades-cronicas-no-transmisibles-&catid=2:noticias&Itemid=17)

30. Villegas A, Abad S, Faciolince S, Hernández N, Maya C, Parra L, et al. Controlling diabetes mellitus and its complications in Medellín, Colombia, 2001-2003. *Rev Panam Salud Pública*. 2006 Dec;20(6):393-402.
31. ALAD Asociación Latinoamericana de Diabetes. Guía Clínica ALAD [Internet]. [cited 2012 Sep 5]. Available from: <http://www.alad-latinoamerica.org/phocadownload/guias%20alad.pdf>
32. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 4003 de 2008 " por la cual se determinan las actividades para la atención y seguimiento de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo II en personas de 45 años o mas" [Internet]. 2008. Available from: <http://www.cuentadealtocosto.org/Docs/resoluciones/Resolucion%204003%20-%202008%20Anexo.pdf>
33. Velázquez M, Balcázar P. Vivencia personal de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2. [Internet]. 2012 [cited 2012 Sep 5]. Available from: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/5198>
34. Leininger M, McFarland M. *Culture care diversity and universality : a worldwide nursing theory*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 2006.
35. Henry B, Nicolau A, Américo C, Ximenes L, Bernheim R, Oriá M. Factores socioculturales que influyen en la práctica de la lactancia entre mujeres de baja renta en Fortaleza, Ceará, Brasil: una perspectiva a partir del modelo del sol naciente de leininger. *Enferm Glob*. 2010 Jun;(19):0-0.
36. Leno D. Valoración de condicionantes sociales para una planificación y aplicación de cuidados de enfermería basadas en la cultura. *Gaz Antropol* [Internet]. 2008 Feb [cited 2013 Feb 11];24(1). Available from: [http://www.ugr.es/~pwlac/G24\\_05Daniel\\_Leno\\_Gonzalez.html](http://www.ugr.es/~pwlac/G24_05Daniel_Leno_Gonzalez.html)
37. Castillo J. El CUIDADO CULTURAL DE ENFERMERIA: NECESIDAD Y RELEVANCIA. *Rev Habanera Cienc Médicas*. 2008 Sep;7(3):0-0.
38. Barco Díaz V, Cruz Aguilar S, Rodríguez Bernal Z, Herrera Cañellas D. Gestión del cuidado desde una perspectiva transcultural. *Rev Cuba Enferm*. 2011 Mar;27(1):57-65.
39. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española - Vigésima segunda edición* [Internet]. [cited 2012 Oct 19]. Available from: <http://lema.rae.es/drae/?val=experiencia>

40. Alberti K, Zimmet P, Shaw J. International Diabetes Federation: a consensus on Type 2 diabetes prevention. *Diabet Med J Br Diabet Assoc.* 2007 May;24(5):451–63.
41. Benavente Y. Significado de la salud-enfermedad desde la perspectiva de las adolescentes diabéticas embarazadas [Internet]. [Venezuela]: Universidad de Carabobo; 2008. Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0381.pdf>
42. López K, Ocampo P. Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. *Arch En Med Fam* [Internet]. 2007;9(2):80–6. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2007/amf072c.pdf>
43. Campbell R, Pound P, Pope C, Britten N, Pill R, Morgan M, et al. Evaluating meta-ethnography: a synthesis of qualitative research on lay experiences of diabetes and diabetes care. *Soc Sci Med* [Internet]. 2003;56:671 – 684. Available from: [www.elsevier.com/locate/socscimed](http://www.elsevier.com/locate/socscimed)
44. Louro I, Serrano A. La investigación familiar y el valor de la metodología cualitativa para el estudio del afrontamiento a la enfermedad sicklemica [Internet]. Cuba; 2009. Available from: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol\\_36\\_01\\_10/spu06110.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol_36_01_10/spu06110.htm)
45. Olivar R. Psicología de la pareja y de la familia: Análisis y optimización. Univ. Autònoma de Barcelona; 2006. 222 p.
46. Gomes C, Tuirán R. Procesos Sociales, Población y Familia: Alternativas Teóricas y Empíricas en Las Investigaciones Sobre Vida Doméstica [Internet]. primera edición. Mexico D.F.: FLACSO Mexico; 2001. 428 p. Available from: <http://books.google.com.co/books?id=OzQnHfngjysC&pg=PA95&lpg=PA95&dq=concepto+de+contexto+familiar&source=bl&ots=JyQpTKOxv4&sig=gMTdbwXQx4BHYcpkImkZ4u5i878&hl=es&sa=X&ei=6El0UL6FIONw0gHJpICgBw&ved=0CD4Q6AEwAw#v=onepage&q=concepto%20de%20contexto%20familiar&f=false>
47. Méndez L, Moreno R, Ripa C. Adaptaciones curriculares en educación infantil. tercera edición. Madrid: Narcea; 2006. 193 p.
48. Muñoz L, Vasquez M. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. *Colomb Médica.* 2007;38:98–104.

49. Vila P. La familia en el Tolima actual. Presidencia de la República; 1994.
50. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes--2012. Diabetes Care. 2011 Dec 20;35(Supplement\_1):S11–S63.
51. Qaseem A, Humphrey L, Sweet D, Starkey D, Shekelle P. Oral pharmacologic treatment of type 2 diabetes mellitus: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2012 Feb 7;156(3):218–31.
52. Covadonga A, Olmos S. La lectura en lengua extranjera: El caso de las lenguas románicas. Buske Verlag; 2001. 259 p.
53. Bolívar A. Análisis del discurso [Internet]. El Nacional; 2007. 396 p. Available from: <http://books.google.com.co/books?id=V6Y3Fppu5WEC&pg=PA252&pg=PA252&dq=definicion+de+contexto&source=bl&ots=MT5g1m-ODC&sig=niFloGhiwojaNjzz2TFgCjRi1d4&hl=es&sa=X&ei=nT50UNanGsfH0QHt84H4Dw&ved=0CE0Q6AEwBQ#v=onepage&q=definicion%20de%20contexto&f=false>
54. Sandoval C. Investigación cualitativa. Módulo 4. Especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social [Internet]. Bogotá, Colombia; 1996. p. 7–18. Available from: [http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/humanas/mtria\\_edu/2021085/und\\_2/pdf/casilimas.pdf](http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/humanas/mtria_edu/2021085/und_2/pdf/casilimas.pdf)
55. Spradley J. The ethnographic interview. Orlando: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers; 1979.
56. Bottorff J, Boyle J, Carey M, Chapman L, Cohen M, Dreher M. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa [Internet]. primera edición. Universidad de Antioquia; 2003. 488 p. Available from: <http://books.google.com.co/books?id=UtIzs9jvwNIC&pg=PA125&pg=PA125&dq=criterios+cualitativos+de+etnoenfermer%C3%ADa&source=bl&ots=UBz2UhZn47&sig=mgeul4i8MdOIXSoZXXrYIVd9FII&hl=es&sa=X&ei=j9YCUFT9NJD68QSeo4FQ&ved=0CC0Q6AEwAA#v=onepage&q=criterios%20cualitativos%20de%20etnoenfermer%C3%ADa&f=false>
57. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 DE 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas

- para la investigación en salud. [Internet]. 1993. Available from: [http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica\\_res\\_8430\\_1993.pdf](http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf)
58. Universidad de la Sabana. Comité de Ética en Investigación. Declaración de aspectos éticos y propiedad intelectual [Internet]. 2012. Available from: <http://www.unisabana.edu.co/unidades/investigacion/comite-de-etica-en-investigacion/>
  59. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Ley 911 de 2004 [Internet]. 2004. Available from: [http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=46&Itemid=59](http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=59)
  60. Jensen R. Apuntes de investigación cualitativa [Internet]. Available from: [http://www.google.com.co/?gws\\_rd=cr#sclient=psy-ab&q=IIEMSEM++y+ap%C3%B9ntes+de+investigacion+cualitativa&oq=IIEMSEM++y+ap%C3%B9ntes+de+investigacion+cualitativa&gs\\_l=serp.3...9402.16099.0.16264.38.38.0.0.0.0.173.4752.0j38.38.0...0.0..1c.1.20.psy-ab.76DkUInjJag&pbx=1&bav=on.2,or.r\\_qf.&fp=e0bc908479132b4f&biw=1920&bih=971&bvm=pv.xjs.s.en\\_US.c75bKy5EQ0A.O](http://www.google.com.co/?gws_rd=cr#sclient=psy-ab&q=IIEMSEM++y+ap%C3%B9ntes+de+investigacion+cualitativa&oq=IIEMSEM++y+ap%C3%B9ntes+de+investigacion+cualitativa&gs_l=serp.3...9402.16099.0.16264.38.38.0.0.0.0.173.4752.0j38.38.0...0.0..1c.1.20.psy-ab.76DkUInjJag&pbx=1&bav=on.2,or.r_qf.&fp=e0bc908479132b4f&biw=1920&bih=971&bvm=pv.xjs.s.en_US.c75bKy5EQ0A.O)
  61. Wilson LD. Cultural Competency: Beyond the Vital Signs. Delivering Holistic Care to African Americans. *Nurs Clin North Am* [Internet]. 2011 Jun [cited 2013 Mar 3];46(2):219 – 232. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029646511000089>
  62. Péres D, Franco L, Santos M, Zanetti M. Social representations of low-income diabetic women according to the health-disease process. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2008 Jun [cited 2014 Mar 21];16(3):389 – 395. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692008000300009&lng=en&nrm=iso&tIng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000300009&lng=en&nrm=iso&tIng=en)
  63. Anthony D, Baggott R, Tanner J, Jones K, Evans H, Perkins G, Palmer H on, on behalf of the Community Interventions for Health (CIH) collaboration. Health, lifestyle, belief and knowledge differences between two ethnic groups with specific reference to tobacco, diet and physical activity: *Tobacco, diet and physical activity in two ethnic groups*. *J Adv Nurs* [Internet]. 2012 Nov [cited 2014 Mar 21];68(11):2496–503. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2012.05948.x>

64. González P. El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). 2011 Jul [cited 2012 Sep 5];2(5). Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2011/wax115e.pdf>
65. Sok S, Yun E. A comparison of physical health status, self-esteem, family support and health-promoting behaviours between aged living alone and living with family in Korea: Health, aged. *J Clin Nurs* [Internet]. 2011 Jun [cited 2014 Mar 21];20(11-12):1606 – 1612. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2702.2010.03551.x>
66. Yang J, Li S, Zheng Y. Predictors of depression in Chinese community-dwelling people with type 2 diabetes. *J Clin Nurs* [Internet]. 2009 May [cited 2014 Mar 21];18(9):1295 – 1304. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2702.2008.02703.x>
67. Xu F, Wang Y, Ware R, Tse L, Dunstan D, Liang Y, Wang Z, Hong X, Owen N, Liang Y, Wang Z, Hong X, Owen N. Physical activity, family history of diabetes and risk of developing hyperglycaemia and diabetes among adults in Mainland China: Physical activity, family history and diabetes. *Diabet Med* [Internet]. 2012 May [cited 2014 Mar 21];29(5):593–9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1464-5491.2011.03495.x>
68. Tripp-Reimer T, Choi E, Kelley LS, Enslein JC. Cultural Barriers to Care: Inverting the Problem. *Diabetes Spectr* [Internet]. 2001 Jan 1 [cited 2012 Aug 31];14(1):13–22. Available from: <http://spectrum.diabetesjournals.org/content/14/1/13>
69. Martínez A. Autopercepción de la enfermedad en pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 que acuden a consulta de enfermería. *Enferm Glob* [Internet]. 2012 [cited 2012 Aug 27];11(3). Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/download/145761/136141>
70. Asociación Colombiana de diabetes. la cartilla de la diabetes. Bogotá, Colombia; 2004.
71. Suárez Pérez R, García González R, Álvarez R, Edreira J. Conocimientos, destrezas y conductas ante el cuidado de los pies en un grupo de amputados diabéticos. *Rev Cuba Endocrinol* [Internet]. 2001 Aug [cited 2012 May 28];12(2):0–0. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532001000200005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532001000200005)

72. Torres Leal I, Ruiz de Cárdenas CH. Perspectiva espiritual de hombres y mujeres con Diabetes Mellitus [Internet]. [Bogotá]: La Sabana; 2012 [cited 2012 Aug 13]. Available from: <http://190.69.3.61:8080/jspui/handle/10818/1342>
73. García C, Pérez B, Martínez A, Castro F. Uso de PLantas medicinales y suplementos dietéticos para el control glucémico de la diabetes. Chapingo. 2009;8:229–39.
74. Gordillo G. Efecto hipoglicemiante del extracto acuoso de las hojas de *Smallanthus sonchifolius* (Yacón) en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 [Internet] [Para optar al grado de Magíster en Recursos Vegetales y Terapéuticos]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional mayor de San Marcos; 2009 [cited 2014 Mar 21]. Available from: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/226/1/gordillo\\_rg.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/226/1/gordillo_rg.pdf)