

Antropología

Experiencias de cuidado cultural en personas con diabetes y el contexto familiar, con enfoque Leininger

Experiências culturais em cuidados com diabetes e contexto familiar, com foco Leininger

Cultural experiences in diabetes care and family context, focusing Leininger

Karol Johanna Briñez Ariza¹, Lucy Muñoz de Rodríguez²

¹Candidata a Doctora en Enfermería.

²Profesora Facultad Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de la Sabana. Magister en Enfermería con énfasis en salud familiar (Universidad Nacional de Colombia).

Cómo citar este artículo en edición digital: Briñez Ariza, K.J. y Muñoz de Rodríguez, L. (2016). Experiencias de cuidado cultural en personas con diabetes y el contexto familiar, con enfoque Leininger. Cultura de los Cuidados (Edición digital),20(45). Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.45.09>>

Correspondencia: Carrera 5 sur N° 83-200 Conjunto Residencial La Florida 1 casa B 8- Ibagué-Tolima (Colombia).

Correo electrónico: kjbrineza@unal.edu.co.

Recibido: 20/11/2015; Aceptado: 11/05/2016



ABSTRACT

To describe experience of care from culture of people with type II diabetes mellitus in the family context treated at a hospital in Ibagué III level during 2013 and 2014.

Methodology: qualitative ethnographic approach, ethnonursing derived from the Theory of nursing Madeleine Leininger. Non-probability convenience with 10 key informants, in-

formants 6 general sampling. Gathering information through open deep in the home, field notes and observation interviews. Analysis of information through the phases of the ethnonursing: coding, categorizing, identifying recurring patterns, themes.

Results: Reaction to the disease situation, the involvement of family, experiences produced from the health service and other social actors, perceived and known by itself effects, construction of care: five major topic were identified.

Conclusion: The experience of diabetes care in the family context determines patterns of care that reflect their influence culturally and home care. Research from the cultural, strengthens nursing practice because it enhances a natural field of care to provide culturally congruent care.

Keywords: Diabetes mellitus, transcultural nursing, qualitative analysis, home health nursing, Leininger.

RESUMO

Para descrever a experiência dos cuidados de cultura de pessoas com diabetes mellitus tipo II no contexto familiar tratados em um hospital de nível III Ibaguê durante 2013 e 2014.

Metodologia: abordagem etnográfica qualitativa, etnoenfermagem derivado da Teoria de enfermagem Madeleine Leininger. Conveniência não probabilística com 10 informantes-chave, os informantes 6 de amostragem geral. Coleta de informações por meio de profundidade aberto em casa, notas de campo de observação e entrevistas. Análise de informações através das fases do etnoenfermagem: codificação, categorização, identificação de padrões recorrentes, temas.

Resultados: A reação à situação da doença, o envolvimento dos familiares, as experiências produzidas a partir do serviço de saúde e outros atores sociais, percebido e conhecido por si só, efeitos, construção do cuidado: cinco dos principais tópicos foram identificados.

Conclusão: A experiência de cuidados com diabetes no contexto familiar determina padrões de cuidados que afetam cultural e refletem os seus cuidados em casa. Pesquisa da cultural, fortalece a prática de enfermagem porque melhora um campo natural de cuidado para prover um cuidado culturalmente congruente.

Palavras-chave: diabetes mellitus, enfermagem transcultural, análise qualitativa, de cuidados de enfermagem em casa, Leininger.

RESUMEN

Objetivo: Describir experiencias de cuidado desde lo cultural de personas con diabetes Mellitus tipo II en su contexto familiar atendidos en un Hospital de III nivel durante 2013 y 2014.

Metodología: Enfoque cualitativo tipo etnográfico, etnoenfermería, derivada de la Teoría de enfermería de Madeleine Leininger. Muestreo no probabilístico a conveniencia con 10 informantes clave, 6 informantes generales. Recolección de información mediante entrevistas abiertas a profundidad en el hogar, notas de campo. Análisis de información a través de las fases de la etnoenfermería: codificación, categorización, identificación de patrones recurrentes, 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, construcción del cuidado.

Conclusión: La experiencia de cuidado en las personas con diabetes 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 para brindar cuidado culturalmente congruente.

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

INTRODUCCIÓN

La investigación de experiencias de cuidado en personas con diabetes mellitus tipo II desde escenarios naturales como el hogar visualiza la importancia para el profesional en enfermería de conocer el cuidado émic para brindar cuidado culturalmente congruente, y para fortalecer el cuidado étic mediante la investigación. Al ser escaso el abordaje del cuidado desde lo cultural, deben desarrollar-

se investigaciones que profundicen el conocimiento científico y evidencien la realidad cultural que describa la experiencia de las personas (Vásquez, M., 2006) para mejorar el cuidado hacia ellas en distintos escenarios: hospitalario, de atención primaria, y domiciliario. A nivel teórico, la investigación se orientó a la luz de la teoría de enfermería de la universalidad y la diversidad del cuidado cultural, coherente con el objetivo del estudio y justifica la importancia de comprender un fenómeno diverso y universal como la cultura, determinante en las expresiones de cuidado. (Leininger & McFarland, 2006).

Por consiguiente, es necesario conocer las experiencias de cuidado, convicciones de salud-enfermedad, conductas y valores de los individuos, familias y grupos para poder proporcionar cuidados enfermeros efectivos y satisfactorios, haciendo visible la generación de conocimiento científico y humanístico que permita una práctica de enfermería específica y universal. El objetivo de esta investigación fue describir experiencias de cuidado desde lo cultural que tienen las personas con diagnóstico de diabetes Mellitus tipo II en su contexto familiar atendidos en un Hospital de III nivel durante 2013 y 2014.

REFERENCIAL TEÓRICO, METODOLOGÍA Y MUESTRA

El diseño cualitativo tipo etnográfico, método etnoenfermería, derivado de la Teoría de enfermería de Madeleine Leininger está enfocado en modos naturalísticos, e inductivos para describir significados, y experiencias de vida en fenómenos de cuidado de enfermería actuales o potenciales (Leininger & McFarland, 2006).

Se desarrolló un muestreo no probabilístico a conveniencia, con 10 personas con dia-

betes mellitus tipo II, atendidos en consulta externa en hospital de III nivel (informantes clave); y 6 familiares que convivieran con ellos, seleccionados como informantes generales.

Previa aprobación ética por la Universidad de la Sabana, y el hospital de III nivel, se hizo inmersión al campo, con entrevista abiertas y a profundidad en el hogar, notas de campo y observación de mayo a junio de 2013, esto permitió explorar el ambiente y hacer ajustes.

La recolección de la información y el análisis fueron procesos paralelos que facilitaron la identificación de la saturación; previo consentimiento informado a informantes, y asegurando confidencialidad, se hicieron entrevistas abiertas y a profundidad a 10 informantes clave y 6 informantes generales en los hogares entre julio 2013 y abril 2014, de 45 a 60 minutos, grabadas en audio, y transcritas, se hizo aplicación del facilitador observación-participación-reflexión, y notas de campo.

Se hicieron varias lecturas línea por línea de cada entrevista transcrita y se analizaron según fases de la etnoenfermería: *la codificación inicial*, identificando 545 descriptores. *Categorización*, se agruparon descriptores similares en significado en 23 categorías. *Identificación de patrones recurrentes*, al agrupar categorías similares, y en la cuarta fase se identificaron cinco *temas* principales.

El análisis fue simultáneo entre la directora de investigación y la investigadora principal.

Se incluyeron criterios de rigor metodológico de la etnoenfermería: *credibilidad, confirmabilidad, significado en contexto, saturación, patrones recurrentes, transferibilidad*.

RESULTADOS

Los informantes clave, tenían de 53 a 65 años, estrato bajo, la mitad separados, procedían de tres municipios del Tolima (Colom-

bia), con antigüedad del diagnóstico desde 1 mes hasta 24 años, la mayoría pertenecían a EPS-subsidiada, sin embargo se encontraron dos personas sin afiliación. Se dedicaban a múltiples ocupaciones, 3 mujeres y 2 hombres se encontraban activos laboralmente pertenecientes al sector informal.

Los informantes generales, eran 5 mujeres y 1 hombre, los roles eran cercanos como hija(o), esposa y nieta, adicionalmente, cuatro de ellos recibían ingresos económicos.

Ambiente

Las entrevistas se realizaron en tres municipios del Tolima (Colombia). En los factores de la estructura social descritos por Leininger (Leininger & McFarland, 2006): factores tecnológicos, hubo personas sin glucómetro, o si lo tenían, el servicio de salud no les daba tiras para glucometrías. *Factores religiosos*, creyentes en Dios, religión católica o cristiana, oraban, tenían imágenes religiosas, y asistían a misa o reuniones en su iglesia. *Factores familiares y sociales*, siempre hubo un cuidador con diferentes experiencias de cuidado: regañaba, apoyaba, cuidaba la dieta, hasta dejar a su familiar con diabetes solo y cuando le veía mal le ayudaba. *valores culturales, creencias y estilos de vida*, las prácticas de cuidado eran múltiples, 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; ingesta de frutas como fresa, kiwi, y para el cuidado de pies: yanten, paico, pepa de aguacate. *Factores políticos y legales*, con implicaciones políticas en salud que limitaban los recursos que apoyaban el cuidado (glucómetro y tiras), el control (citas con especialista o convenios con instituciones que cuentan con este profesional), que eran ajenos al paciente y su familia. *Factores econó-*

micos, pertenecían a estratos socioeconómicos bajos, con una o varias rutas de transporte, pocos ingresos económicos, esto dificultaba cumplimiento del tratamiento. *Factores educativos*, solo un informante clave, tenía formación técnica que le había permitido acceder a la pensión, sin embargo, la educación de profesionales de salud estuvo presente en todos los contextos familiares con contradicciones al recibir recomendaciones de tipo dietario y en actividad física.

Temas

El análisis mediante la etnoenfermería facilitó identificación de 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*.

Reacción a su situación de enfermedad, 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. 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.

La participación de la familia, se hicieron visibles patrones recurrentes como apoyo familiar y reconocimiento de la herencia. Reflejado en el descriptor “*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 a horita que me vine pa acá ella estuvo pendiente que no me vaya así a caer,*

porque ella si es un apoyo muy mucho pa mi. 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.

Experiencias producidas desde el servicio de salud y otros actores sociales, se hicieron visibles patrones recurrentes como implicaciones del servicio de salud e influencia social. Un ejemplo es la narrativa "...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.

Efectos percibidos y conocidos por sí mismo, se hicieron visibles patrones como efectos de la enfermedad, conocimiento de los cambios en el organismo, apetito perdido, uso y efectos de medicamentos, y cambios beneficiosos. Como ejemplo el descriptor: "...porque yo por ejemplo yo mi hogar se acabo también por la enfermedad que ya lo ven a uno enfermo, quede con mis dos hijos y con mi nieta, pues el consiguió otra mujer y se fue". I6E1P17. Construcción del cuidado, se hicieron visibles patrones 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, cuidados de los pies, empleo de la tecnología. Como ejemplo el descriptor siguiente hablando del jugo de fresa "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



jugó y me dijo mamá tómese este otro jugo, y si me salió como en 300, entonces me bajo hartísimo, imagínese". I4E1P10.

DISCUSIÓN

El tema es importante para enfermería porque la investigación de experiencias de cuidado en personas con diabetes mellitus tipo II desde escenarios naturales como el hogar ayudan a conocer el cuidado émic, descrito como el cuidado genérico, propio de seres humanos y colectivos, sus prácticas, creencias, experiencias y conocimiento tradicional para proporcionar actos de ayuda, asistencia, y apoyo hacia sí mismos u otros basadas en necesidades de salud con el fin de mejorar el bienestar u otras condiciones humanas (Leininger & McFarland, 2006) para brindar cuidado culturalmente congruente, y para fortalecer el cuidado étic mediante la investigación que es el conocimiento y prácticas de cuidado formales de enfermería aprendidas en instituciones educativas (Leininger & McFarland, 2006).

Al ser escaso el abordaje del cuidado de enfermería de personas con diabetes Mellitus tipo II desde lo cultural, deben desarrollarse investigaciones que profundicen el conocimiento del fenómeno de interés desde la perspectiva de estas, evitando el etnocentrismo y reconociendo la necesidad del cuidado cultural en la salud (Vásquez, M., 2006) para mejorarlo en escenarios hospitalarios, de atención

primaria, y domiciliarios bajo una luz teórica de enfermería. La cultura tolimense, se ha caracterizado por la estructura patriarcal (Vila P, 1994), en este estudio no todas las familias contaban con una figura paterna, en algunos casos por la diabetes, el esposo había abandonado el hogar y la mitad de las parejas eran separadas. Adicionalmente, eran familias pequeñas contrario a lo que plantea Vila (Vila P, 1994) y el apoyo familiar económico se caracterizó por tener ingresos de varios integrantes, donde no es una sola persona la responsable.

La cultura, influye en las experiencias, conocimientos percibidos, pensamientos, creencias, valores y prácticas (Leininger & McFarland, 2006) (Henry B, Nicolau A, Américo C, Ximenes L, Bernheim R, Oriá M, 2010) (Wilson, 2011) coherente como en esta investigación, el cuidado émic de las personas con diabetes mellitus tipo II, derivado de factores de la estructura social representados por Leininger (Leininger & McFarland, 2006) en el modelo del sol naciente, son factores culturales de su ambiente que inciden en expresiones, y prácticas de cuidado.

Esto es evidente, cuando se describe que el glucómetro favorece control desde casa, o al practicar oración para encomendar la enfermedad y la vida, o el jugo de fresa como creencia cultural para disminución de la glicemia.

El contexto familiar es un ambiente grupal que comparte lazos de parentesco o vínculos, que interactúan y se ven influenciados por factores socioculturales que determinan y transmiten costumbres, 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 (Real Academia Española, 2012) (Louro I, Serrano A, 2009) (Olivar R, 2006) (Gomes C, Tuirán

R, 2001) (Méndez L, Moreno R, Ripa C, 2006) patrones que se basan en visiones del mundo (Wilson, 2011) que tienen los pacientes o en los significados que les atribuyen a sus propias experiencias ante la cronicidad de la enfermedad.

Por ello, desde las experiencias de cuidado desde lo cultural, de personas con diabetes Mellitus tipo II en el contexto familiar, se identificaron cinco temas mayores.

El primero, reacción a su situación de enfermedad, no se reconoce la enfermedad al no presentar consecuencias, coherente con el estudio de Benavente (Benavente Y, 2008) y Péres (Péres D, Franco L, Santos M, Zanetti M, 2008), donde salud es ausencia de complicación de la diabetes. Sumado a ello, se encontró que aun cumpliendo con recomendaciones dietarias continúan de “vez en cuando” el consumo de alimentos azucarados de manera placentera, al igual que en el estudio de Alcaraz y colaboradores en el que se disminuye el consumo de algunos alimentos pero no se eliminan (Alcaraz , N; Chávez, A.; Amador, G.; Reyes, A.; Loya, J.; Vargas, M., 2009). En cuanto a la resistencia al uso del medicamento, las personas expresaron cansancio por la frecuencia y número de tabletas, coherente con Péres (Péres D, Franco L, Santos M, Zanetti M, 2008). Respecto al ejercicio, lo justifican como la actividad de caminar para su desplazamiento diario, y que podía calcularse de acuerdo a sus años, coherente con Ávila y colaboradores (Ávila Sansores G., Gómez-Aguilar, O., Yam-Sosa, A., Vega-Argote, G., Franco-Corona, B., 2013) sin una rutina de actividad física.

El segundo, la participación de la familia, expresaron la importancia del apoyo familiar al formar parte de su contexto y eje fundamental en la experiencia de la diabetes, similar a lo que plantea Muñoz y colaboradores (Muñoz

L., Price, Y., Gambini, L., Stefanelli, M., 2003) porque brindan manifestaciones de apoyo y estímulo para el cuidado, acorde con Santos y Marcon (Santos AL., Marcon SS., 2014) al ofrecer cariño, amor, intencionalidad, y agradecimiento, coherente con Gonzáles y Castro (González P, 2011) y Sok (Sok S, Yun E, 2011) quienes encontraron que los comportamientos que promueven la salud, autoestima, el estado de salud física, eran mayores en los diabéticos que convivían con su familia.

Otros manifestaron soledad por el abandono de su pareja, o la inexistencia de ayuda e interés de los familiares, y según Yang y colaboradores (Yang J, Li S, Zheng Y, 2009) la relación entre diabetes y depresión conlleva a inadecuado control metabólico, incremento en costos sanitarios, poca práctica de actividad física, complicaciones de origen diabético y síntomas que afectan la experiencia.

El tercero, las experiencias producidas desde el servicio de salud y otros actores sociales, se caracterizó por encontrar similitudes y diferencias en las personas diabéticas para obtener glucómetro, tiras reactivas, citas con especialista, entrega de medicamentos, autorizaciones, sin embargo según los estándares médicos americanos (American Diabetes Association, 2014) se declara la necesidad de monitorización de la glucosa para tomar decisiones en dosis de insulina y favorecer el control, y cuidado; pero en Colombia, los servicios de salud no siempre lo benefician para que la experiencia de cuidado en el hogar se lleve a cabo formalmente.

El cuarto, los efectos percibidos y conocidos por sí mismo, justificaron el cuidado como “tomar conciencia” o decisión de cuidarse, coherente con Péres (Péres D, Franco L, Santos M, Zanetti M, 2008) al ser enfermedad incurable que requiere compromiso personal. Las perso-

nas aprendían a conocer cambios por hiperglucemia o hipoglucemia, conduciéndolos a tomar decisiones: solicitar ayuda o consumir alimentos dulces, como lo menciona Campbell y colaboradores (Campbell R, Pound P, Pope C, Britten N, Pill R, Morgan M, et al, 2003) porque las personas adquieren un nivel de conocimiento sobre diabetes, reacciones y efectos en su cuerpo para hacer ajustes en tratamiento, dieta, y los cuidados.

El quinto, la construcción del cuidado, en este último tema se evidenció un resultado, entendido como la cimentación de lo expresado por los informantes, con las prácticas, expresiones, patrones y creencias derivados de lo que significó experimentar el cuidado de tener diabetes en el hogar, por lo tanto, alimentación, medicamentos, creencia religiosa, tecnología, cuidado de pies, y aplicación de creencias populares mostraron similitudes y diferencias como lo propone Leininger en su teoría (Leininger & McFarland, 2006).

Son aspectos que las culturas transmiten, conocen y practican intergeneracionalmente en el cuidado de la salud, importantes para orientar el cuidado y son aporte al conocimiento disciplinar y práctico. Es necesario entender que esta construcción debe hacerse con apoyo educativo acorde, hubo confusión en aspectos dietarios, coherente con Bolaños y colaboradores (Bolaños E, Sarria A, 2003) al referir que las personas requieren información clara con interacción bidireccional entre profesional y paciente. Además hay coherencia con Galindo y colaboradores (Galindo, M., Rico, L., Padilla, N., 2014) en que las costumbres y tradiciones influyen en el cuidado de las personas en su vida diaria. Uno de esos cuidados, el de los pies, se hacía con cortaúñas, medida no recomendada (Asociación Colombiana de diabetes, 2004), acorde con Suárez y colabora-

dores (Suárez Pérez, García González, Álvarez, & Edreira, 2001), que encontraron que la mayoría de personas no conocía el calzado correcto y tenía 5 años o más con el diagnóstico.

Por lo anterior, las prácticas, creencias, y valores culturales desde los contextos propios de las personas que experimentan diabetes mellitus tipo II deben conocerse, para que no sean desconcertantes los comportamientos en estas personas diabéticas, conforme como lo plantea Leininger (Leininger & McFarland, 2006), Leno (Leno D, 2008) y Wilson (Wilson, 2011) evitando el etnocentrismo, y si favorecer la satisfacción del paciente diabético mediante apoyo, seguridad, afecto, alivio y no solo una obligación profesional (Vila, H.; Rizo, M.; Flores, Y., 2007) que demuestre cuidado de enfermería eficaz, adecuado, culturalmente congruente. Limitaciones: Se limita la transferibilidad y generalización de hallazgos por el número de informantes concentrada en solo tres municipios del Tolima (Colombia).

CONCLUSIONES E IMPLICACIONES

La experiencia de cuidado en personas con diabetes 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. Para la disciplina, esta investigación genera aporte al conocimiento empírico, reconociendo en las competencias del enfermero: 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 personas con diabetes mellitus tipo II y sus familias, reorientando el cuidado tradicional que se les brinda y debe facilitar la expresión de su vivencia, creencias,



símbolos, significados como partícipe de las decisiones para su bienestar.

Para la investigación, se reconoce que la diabetes ha sido abordada desde distintos enfoques, con vacío desde lo cultural. Estos resultados presentan evidencia de cinco temas fundamentales en las experiencias de cuidado en el hogar de personas con diabetes mellitus bajo la luz de la teoría de enfermería 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 para orientar mejor la práctica. Adicionalmente, vincula la academia para participar en la investigación desde ambientes cotidianos y propios como el contexto familiar.

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, por ejemplo estudios de tipo cuantitativo correlacional, o experimental que indiquen relación entre la negación a la enfermedad y los años de diagnóstico y/o las decisiones que pueden poner en riesgo la salud (no ingerir el medicamento, incumplimiento de dieta, evitar hacer ejercicio).

Se recomienda fortalecer la investigación de enfermería con este enfoque cultural, y aplicar los modos de acción-decisión para preservar, mantener o negociar expresiones de cuidado en el hogar.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcaraz , N., Chávez, A., Amador, G., Reyes, A., Loya, J. y Vargas, M. (2009). Influencia del patrón cultural dietético del paciente diabético en el apego al régimen alimenticio. *Revista de Enfermería y Humanidades Cultura de los Cuidados*, 13(28), 104–110. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10045/11548>
- American Diabetes Association. (2014). Standards of Medical Care in Diabetes - 2014. *Diabetes Care*, 37(Supplement 1), 14 – 80. Recuperado de: http://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement_1/S14.full.pdf
- Asociación Colombiana de diabetes. (2004). *la cartilla de la diabetes*. Bogotá: Asociación Colombiana de Diabetes.
- Avila Sansores, G., Gómez-Aguilar, O., Yam-Sosa, A., Vega-Argote, G. y Franco-Corona, B. (2013). Un enfoque cualitativo a las barreras de adherencia terapéutica en enfermos crónicos de Guanajuato, México. *Aquichán*, 13(3), 373–386.
- Benavente, Y. (2008). *Significado de la salud-enfermedad desde la perspectiva de las adolescentes diabéticas embarazadas*. Carabobo: Universidad de Carabobo. Recuperado de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0381.pdf>
- Bolaños, E., Sarria, A. (2003). Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. *Aten Primaria*, 32(4), 195–202. Recuperado de: https://portal.uah.es/portal/page/portal/epd2_profesores/prof152579/publicaciones/2003%20aten%20primaria%20cualitativo%20diabetes.pdf
- Campbell, R., Pound, P., Pope, C., Britten, N., Pill, R., Morgan, M., et al. (2003). Evaluating meta-ethnography: a synthesis of qualitative research on lay experiences of diabetes and diabetes care. *Social Science Y Medicine*, 56, 671 – 684. Recuperado de: www.elsevier.com/locate/socscimed
- Galindo, M., Rico, L. y Padilla, N. (2014). Efecto de los factores socioculturales en la capacidad de autocuidado del paciente hospitalizado con diabetes tipo 2. *Aquichán*, 14(1), 7–19. Recuperado de: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3534>
- Gomes. C. y Tuirán, R. (2001). *Procesos Sociales, Población y Familia: Alternativas Teóricas y Empíricas en Las Investigaciones Sobre Vida Doméstica* (primera edición). Mexico D.F.: FLACSO Mexico.
- González, P. (2011). El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), 2(5), 102-107. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2011/wax115e.pdf>
- Henry, B., Nicolau, A., Américo, C., Ximenes, L., Bernheim, R. y Oriá M. (2010). 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. *Enfermería Global*, (19), 1-13. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000200005&script=sci_arttext
- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2006). *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory*. Jones & Bartlett Learning.
- Leno, D. (2008). Valoración de condicionantes sociales para una planificación y aplicación de cuidados de enfermería basadas en la cultura. *Gazeta de Antropología*, 24(1), 1-10. Recuperado de: http://www.ugr.es/~pwlac/G24_05Daniel_Leno_Gonzalez.html
- Louro, I. y Serrano, A. (2009). La investigación familiar y el valor de la metodología cualitativa para el estudio del afrontamiento a la enfermedad sicklemyca. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(1), 37-53. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol_36_01_10/spu06110.htm
- Méndez, L., Moreno, R. y Ripa, C. (2006). *Adaptaciones curriculares en educación infantil* (tercera edición). Madrid: Narcea.
- Muñoz, L., Price, Y., Gambini, L. & Stefanelli, M. (2003). Significados simbólicos dos pacientes com doenças crônicas. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 37(4), 77-84. Recuperado de: <http://doi.org/10.1590/S0080-62342003000400009>
- Olivar, R. (2006). *Psicología de la pareja y de la familia: Análisis y optimización*. Barcelona: Univ. Autònoma de Barcelona.
- Péres, D., Franco, L., Santos, M. & Zanetti, M. (2008). Social representations of low-income diabetic women according to the health-disease process. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(3), 389-395. Recuperado de: <http://doi.org/10.1590/S0104-11692008000300009>
- Real Academia Española. (2012, October 19). Diccionario de la lengua española - Vigésima segunda edición. Recuperado de: <http://lema.rae.es/drae/?val=experiencia>
- Santos, A.L. & Marcon, S.S. (2014). How people with diabetes evaluate participation of their family in their health care. *Investigacion Y Educacion En Enfermería*, 32(2), 260–269. Recuperado de: <http://doi.org/10.1590/S0120-53072014000200009>
- Sok, S. & Yun, E. (2011). 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. *Journal of Clinical Nursing*, 20(11-12), 1606-1612. Recuperado de: <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03551.x>
- Suárez Pérez, R., García González, R., Álvarez, R. & Edreira, J. (2001). Conocimientos, destrezas y conductas ante el cuidado de los pies en un grupo de amputados diabéticos. *Revista Cubana de Endocrinología*, 12(2), 0-0. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532001000200005
- Vásquez, M. (2006). Aproximaciones a la creación de competencias culturales para el cuidado de la vida. *In-*

investigacion y Educación en Enfermería, 24(2), 136 – 142. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n2/v24n2a15.pdf>

- Vila, H., Rizo, M. y Flores, Y. (2007). Satisfacción del cuidado enfermero en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2: Matamoros, Tamaulipas, México. *Cultura de los Cuidados* 11(22), 80–86. Recuperado de: <http://cultur-acuidados.ua.es/enfermeria/article/view/289/577>

- Vila, P. (1994). La familia en el Tolima actual. Bogotá: Presidencia de la República. Instituto Colombiano de

Bienestar Familiar.

- Wilson, L. D. (2011). Cultural Competency: Beyond the Vital Signs. Delivering Holistic Care to African Americans. *Nursing Clinics of North America*, 46(2), 219-232. Recuperado de: <http://doi.org/10.1016/j.cnur.2011.02.007>

- Yang, J., Li, S. & Zheng, Y. (2009). Predictors of depression in Chinese community-dwelling people with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 18(9), 1295-1304. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02703.x>

