

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**CUIDADO CULTURAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON  
DIABETES MELLITUS TIPO II EN EL DISTRITO DE  
MÓRROPE, 2018**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**AUTORAS**

**CORDOVA ASENJO, NEYDIB JAKELINE  
SALDAÑA SILVA ALYSSON MARYEL**

**Chiclayo, 22 de febrero de 2019**

**CUIDADO CULTURAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON  
DIABETES MELLITUS TIPO II EN EL DISTRITO DE  
MÓRROPE, 2018**

PRESENTADA POR:

**CORDOVA ASENJO, NEYDIB JAKELINE  
SALDAÑA SILVA ALYSSON MARYEL**

A la Facultad de Medicina de la

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

para optar el título de:

**LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

APROBADO POR:

---

Mgr. Vega Ramírez, Angélica Soledad

PRESIDENTE

---

Mgr. Mogollón Torres, Flor de María

SECRETARIO

---

Dra. Díaz Manchay, Rosa Jeuna

ASESOR

**DEDICATORIA**

A Dios, por ser mi guía y permitirme continuar con mi vida profesional.

A mi madre y hermanas, por estar siempre conmigo y apoyarme durante esta etapa profesional.

*Saldaña Silva, Alysson Maryel.*

## DEDICATORIA

A Dios, por guiarme día a día durante todo este tiempo, brindarme fortaleza para superar las dificultades y culminar este trabajo de investigación satisfactoriamente.

A mis padres, porque creyeron en mí y siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, por ser el ejemplo de perseverancia y superación, por haberme enseñado siempre los buenos valores para ser una persona de bien.

A mis hermanos, por su apoyo y cariño incondicional, además por estar siempre a mi lado.

*Cordova Asenjo, Neydib Jakeline.*

## AGRADECIMIENTO

A Dios, porque nos ha acompañado en todo este camino, por darnos las fuerzas para continuar venciendo todas las dificultades.

A nuestra asesora, Dra. Rosa Díaz Manchay, quien con mucha paciencia y sabiduría supo orientarnos durante toda esta etapa.

Al destacado jurado conformado por: Mgr. Angélica Vega Ramírez y Mgr. Flor Mogollón Torres, por sus sugerencias y aportaciones constructivas para el desarrollo de nuestra investigación.

A los adultos mayores del Distrito de Mórrope, por su participación, por recibarnos en sus hogares, aceptarnos y brindarnos su confianza, permitirnos conocer más de su vida familiar, prácticas, costumbres, creencias y cultura; sin ellos no se hubiese podido lograr esta investigación.

*Las autoras*

**ÍNDICE**

<b>DEDICATORIA</b>	<b>III</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>V</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>VII</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>VIII</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>9</b>
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>13</b>
2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	13
2.2. BASE TEÓRICO - CIENTÍFICA	15
<b>III. METODOLOGÍA</b>	<b>19</b>
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	19
3.2. ABORDAJE METODOLÓGICO	19
3.3. SUJETOS DE INVESTIGACIÓN	19
3.4. ESCENARIO	21
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	22
3.6. PROCEDIMIENTOS	25
3.7. ANÁLISIS DE DATOS	27
3.8. CRITERIOS ÉTICOS	29
3.9. CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO	30
<b>IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	<b>31</b>
<b>V. CONSIDERACIONES FINALES</b>	<b>74</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	<b>76</b>
<b>VII. LISTA DE REFERENCIAS</b>	<b>78</b>
<b>VIII. ANEXOS</b>	<b>87</b>

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar, describir y comprender el cuidado cultural de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II en el distrito de Mórrope, 2018. **Método:** Investigación cualitativa con enfoque etnográfico. La muestra se saturó con 15 adultos mayores que padecen diabetes mellitus tipo II, oriundos del distrito de Mórrope y se atienden en el centro de salud. Los datos se recolectaron en sus hogares a través de la observación participante, entrevista etnográfica y diario de campo, previo consentimiento informado y se trataron mediante el análisis temático de Spradley, aplicando criterios de rigor científico y éticos en todo el estudio. **Resultados:** Los adultos mayores del estudio consumen una dieta balanceada, a base de carbohidratos - “harinas” - y ricas en verduras, incorporan a su dieta edulcorantes como la Stevia y creen que los alimentos “ácidos” bajan su glucosa; y no dejan de lado satisfacer la “provocación del dulce o gusto”, sobre todo los postres propios de su distrito en pequeñas cantidades; también emplean la medicina convencional indicada por el personal de salud y la medicina tradicional como: la moringa, stevia, hojas de guanábana y hojas de achiote, sábila, pasuchaca, berenjena y yacón. La familia, la religión y la recreación, son componentes sociales de apoyo que ayudan a sobrellevar la enfermedad. **Conclusión:** Prevalece las costumbres y creencias del adulto mayor para cuidar su salud y controlar la diabetes; cumplen el tratamiento convencional de manera parcial y hacen uso de la medicina tradicional; además, tienen hábitos alimenticios difíciles de cambiar.

**Palabras clave:** Cultura, Cuidado, Anciano y Diabetes Mellitus.  
(Términos DeCS)

## ABSTRACT

**Objective:** To identify, describe and understand the cultural care of older adults with type II diabetes mellitus in the district of Mórrope, 2018. **Method:** Qualitative research with an ethnographic approach. The sample was saturated with 15 older adults suffering from type II diabetes mellitus, from the district of Mórrope and treated at the health center. The data were collected in their homes through participant observation, ethnographic interview and field diary, with prior informed consent and were treated through Spradley's thematic analysis, applying criteria of scientific and ethical rigor throughout the study. **Results:** The elderly of the study consume a balanced diet, based on carbohydrates - "flours" - and rich in vegetables, they incorporate into their diet sweeteners such as Stevia and believe that "acid" foods lower their glucose; and they use it to satisfy the "provocation of sweet or gustitos", especially the desserts of their district in small quantities; They also use the conventional medicine indicated by health personnel and traditional medicine: moringa, stevia, soursop leaves and leaves of achiote, aloe, pasuchaca, eggplant and yacon. Family, religion and recreation are social support components that help cope with the disease. **Conclusion:** The habits and beliefs of the older adult prevails to take care of their health and control diabetes; they comply with the conventional treatment in a partial way and make use of traditional medicine; In addition, they have eating habits that are difficult to change.

**Keywords:** Culture, Care, Aged and Diabetes Mellitus.

(Terms DeCS)

## I. INTRODUCCIÓN

Las creencias, las costumbres, la cultura y las conductas de cada grupo son las que determinan quién está sano o quién no lo está<sup>1</sup>. Siendo los adultos mayores quienes preservan los cuidados culturales para cuidar/sanar de la salud/enfermedad. Por ello, el profesional de enfermería debe cuidar teniendo en cuenta la cultura de los pacientes; porque cada persona posee un bagaje cultural, la cual debe ser considerada al momento de brindar los cuidados para el tratamiento de las diferentes enfermedades, como la Diabetes Mellitus (DM).

La DM es un importante problema de salud pública y una de las cuatro enfermedades no transmisibles seleccionadas por los dirigentes mundiales para intervenir con carácter prioritario, considerada epidemia por la magnitud y aumento en incidencia<sup>2</sup>, sobre todo en el adulto mayor (AM). A partir de los 60 años, la presencia de enfermedades crónicas y discapacidades van incrementándose<sup>3</sup>; a pesar de ello, el AM percibe el bienestar como la capacidad de hacer las cosas, aunque la enfermedad esté presente<sup>4</sup>; sobre todo en las áreas rurales. Siendo la enfermera quien cuida de ellos con el fin de que mantengan su autonomía y funcionalidad.

Salamanca<sup>5</sup>, reitera que los adultos mayores asisten a los servicios de salud y reclaman los medicamentos, pero siguen las indicaciones a su manera, combinándolas con tradiciones populares, costumbres, consejos de parientes, curanderos u otros practicantes de medicinas alternativas; agregando a ello el escaso conocimiento desde la medicina alopática de las prácticas culturales del país, respecto de la salud y la enfermedad. Considerando que no existe el reclamado diálogo de saberes, y por lo general todo se reduce, por parte del personal de salud, a descalificar prácticas diferentes sin conocerlas y por parte de los pacientes, a ocultarlas para prevenir un regaño.

Por otro lado, usan la medicina tradicional (MT), a menudo influenciada por su cultura. Por consiguiente, es importante que la enfermera conozca las opciones del uso de la MT, ya que son fundamentales para proporcionar una atención óptima a los pacientes de edad avanzada, debido a que ciertos remedios pueden ser beneficiosos/dañinos o interferir con la medicina convencional.

A nivel mundial, las medicinas a base de plantas están aumentando en popularidad debido a las percepciones de seguridad y eficacia<sup>6</sup>. Estas medicinas en las comunidades rurales desempeñan un papel fundamental para el tratamiento de enfermedades crónicas como la DM<sup>7</sup>. La creencia en los remedios tradicionales conlleva a la suspensión de los medicamentos, esto es un fenómeno frecuente en los pacientes que padecen esta enfermedad<sup>8</sup>. En África, país de Tanzania una investigación concluyó que, el 77,1% de los adultos mayores que tenían DM usaba la MT como tratamiento, además informaron haber buscado atención médica de curanderos tradicionales, ancianos, familiares, amigos y vendedores de hierbas<sup>9</sup>.

De igual manera en un estudio realizado en dos Hospitales referenciales en la ciudad de Cusco, señalan que el 85,7% de los pacientes desean que los médicos del sistema de salud prescriban plantas medicinales en su acto médico<sup>10</sup>. Y por último hubo un estudio realizado en Lima, en un Hospital de cuarto nivel, donde se obtuvo que el 68,6% de pacientes utilizó alguna MT para tratar la DM, siendo las más utilizadas la *Gentianella alborosea* (Hercampuri), la *Uncaria sp* (Uña de gato), y la *Cyclanthera pedata* (Caigua). Es frecuente el uso de la MT por el paciente con DM tipo II, este uso es desconocido por el médico, y aun cuando no se ha demostrado científicamente su efecto. Por lo que se hace necesario el estudio de estos productos, para demostrar su utilidad o no en el manejo de la DM<sup>11</sup>.

Con relación al Centro de Salud-Mórrope, los profesionales de la salud indican a los AM con DM complementar su tratamiento farmacológico con dietas, actividad física (caminatas), alimentos bajos en grasas, frutas bajas en azúcares y acudir a sus controles y/o cuando se presenten alguna molestia. Es necesario hacer mención que estos pobladores, tienen diversidad de costumbres que ponen en práctica para controlar y evitar complicaciones producto de la enfermedad, en ocasiones estas pueden ser adecuadas o inadecuadas. Algunos acuden a yerbateros por recomendación de familiares o amigos que también tienen esa enfermedad, y toman infusiones de plantas medicinales para complementar el tratamiento indicado por el equipo de salud. Además, es común que se den un “gustito” en cuanto al consumo de frutas de estación, las conservas de ciruela y la chicha de jora; aunque estos contengan exceso de carbohidratos.

Algunos adultos mayores refieren: “*Me cuido tomando pajitas como la moringa, lo tomo como agua de tiempo, y mi azúcar ya no sube mucho*”, “*yo compre un frasquito de stevia porque me lo recomendó mi hija que también tiene diabetes*”, “*para endulzar uso stevia en*

*pajitas”, “cuando me hago heridas o me corto con el cuchillo le pongo, sal o terramicina en polvo”, “cuando me corté en el pie con el machete, me dijeron que le ponga sábila; pero me olvide de sacarle el yodo y se hizo negra mi herida”. “Cuando a veces me olvido de tomar mi metformina tomo dos pepitas de moringa”, “de vez en cuando me doy un gustito de comer algo dulce o tomar una botellita de chicha de jora”.*

En el distrito de Mórrope, existen AM con DM que no cumplen con las indicaciones del personal de salud y ponen en primer lugar sus prácticas culturales para cuidarse; prevaleciendo sus costumbres alimentarias, el uso de la medicina tradicional y remedios caseros sin ninguna supervisión, ni control; esto podría poner en riesgo su salud, teniendo complicaciones; ya sea porque se incrementen los efectos del medicamento debido al mal uso por excesiva dosis o por desconocimiento de los vendedores o de personas que recomiendan su uso.

Frente a ello, la pregunta de investigación fue: *¿Cómo es el cuidado cultural de los Adultos Mayores con Diabetes Mellitus tipo II en el distrito de Mórrope, 2018?*, como objetivos se consideró: Identificar, describir y comprender el cuidado cultural de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II en el distrito de Mórrope, 2018. El objeto de estudio fue: Cuidado cultural de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II.

El presente estudio se justificó porque la DM al ser una enfermedad crónica, el tratamiento y controles médicos son de por vida; sin embargo, algunos pacientes no se adhieren al tratamiento farmacológico, ni cumplen con la práctica de estilos de vida saludables que indica el personal de salud; por lo que, están más expuestos a presentar complicaciones en muchas partes del organismo e incrementar el riesgo general de muerte. Entre las posibles complicaciones se incluyen: ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, amputación de piernas, pérdida de visión y daños neurológicos<sup>2</sup>. Los AM de Mórrope, a diario, usan la MT a base de hierbas junto con su tratamiento farmacológico, sin ninguna supervisión y control; esto puede incrementar o disminuir la glucosa en sangre y puede generar complicaciones o riesgos para la salud.

La investigación, desde lo cultural fortalecerá a la práctica de enfermería, porque demostrarán un campo natural de cuidado, lo que permitirá brindar un cuidado culturalmente congruente. Además, al ser escaso el abordaje del cuidado desde lo cultural, deben desarrollarse investigaciones que profundicen el conocimiento científico y evidencien la realidad cultural<sup>12</sup>,

que describa las creencias y costumbres del cuidado cultural en su ámbito natural, como son los hogares de los adultos mayores.

Asimismo, servirá para brindar un informe al Centro de Salud-Mórrope para que en un futuro puedan implementar cuidados culturales dirigidos al AM con DM tipo II, y así dar a conocer la importancia de cuidar a la persona desde una perspectiva cultural, respaldado con la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales de Leininger, quien establece tres formas de cuidado; basados en la preservación de prácticas y creencias, a su negociación, y a la reestructuración, en caso de que el cuidado amerite una modificación sustancial por ser perjudicial para el bienestar de la persona<sup>13</sup>.

También, el cuidado cultural conduce a la generación de nuevos conocimientos para nutrir los currículos de las carreras de las ciencias de la salud y mejorar las competencias de los estudiantes frente a los desafíos culturales de los pacientes<sup>5</sup>. Por ende, se debería considerar la MT como un eje transversal en las diferentes asignaturas de los futuros profesionales de ciencias de la salud, para que logren la comprensión, sensibilidad y competencia cultural necesaria, para que puedan brindar una atención integral.

Por otro lado, es necesario que el personal de enfermería esté preparado y disponga de los conocimientos oportunos para el abordaje cultural del paciente diabético, por las especiales características que en él y en su entorno confluyen, el cual, se sintetizó en la presente investigación, y se espera sirva de aporte para posteriores estudios relacionados al tema.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Al indagar acerca de los antecedentes del objeto de estudio, las investigadoras encontraron diversas investigaciones; que contribuyeron a esclarecer la problemática abordada sobre cuidado cultural de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, así tenemos:

A nivel internacional:

Lunyera, Wang, Maro, Karia, Boyd, Omolo, et al<sup>9</sup>. Realizaron una investigación en la que se inscribieron 481 adultos, de los cuales 45 (9,4%) tenían diabetes. La prevalencia de uso de MT entre los individuos con diabetes fue del 77,1%. Muchos estaban usando MT específicamente para tratar esta enfermedad y además informaron haber buscado orientación de curanderos tradicionales, ancianos, familiares, amigos y vendedores de hierbas. Se identificaron varias MTs basadas en plantas utilizadas para el cuidado de la diabetes: *Moringa oleifera*, *Cymbopogon citrullus*, *Hagenia abyssinica*, *Aloe vera*, *Clausena anisata*, *Cajanus cajan*, *Artemisia afra* y *Persea americana*.

Briñez & Muñoz<sup>12</sup>. Realizaron una investigación etnográfica, en la que se recolectó información mediante entrevistas abiertas y notas de campo; llegaron a la conclusión que 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 cultural de cuidado para brindar cuidado culturalmente congruente.

Téllez & Guerra C<sup>14</sup>. Realizaron una investigación doctoral denominada: “Prácticas culturales de cuidado de los diabéticos Trujillanos (Venezuela) - 2016”. Estudio cualitativo, con abordaje fenomenológico etnográfico, los sujetos de la investigación fueron los diabéticos trujillanos atendidos en el servicio de medicina. Del proceso de análisis emergieron seis dominios culturales: 1: “Aprender a cuidarse es una forma de protegerse de la enfermedad”, 2: complicaciones de tener DM, 3: la herencia es una razón del origen de la enfermedad, 4: muerte es el resultado de tener DM, 5: creencias usadas para curarse la DM, 6: Ser diabético es un contratiempo en la vida.

Alvarado<sup>15</sup>, realizó una investigación titulada “Creencias, percepciones y actitudes de adultos mayores con diagnóstico de Diabetes mellitus frente a las complicaciones de la enfermedad, Bogotá 2015”; concluyendo, que lo más significativo fueron las creencias que los adultos mayores tienen acerca de cómo se desarrollan las complicaciones y cuáles son los órganos afectados. Son conscientes de la influencia negativa o positiva que genera la alimentación en sus cuerpos para evitar las complicaciones y así mismo tienen conceptos negativos hacia ciertos alimentos que por experiencia les genera un efecto dañino en el cuerpo. Las creencias y percepciones dejan ver la influencia que estas tienen para el desarrollo de las actitudes que tienen los adultos mayores frente a la enfermedad para evitar complicaciones.

Chege, Apolot, Guantai, Karanja & Derese<sup>6</sup>. Realizaron un estudio que investigó el nivel de conocimiento de los herbolarios en el manejo de la DM2. Se utilizó un muestreo voluntario para identificar a 4 herbolarios que trabajan en las áreas urbanas y que gestionan activamente la DM2. Se analizó mediante un enfoque temático de contenido y se observaron diversos métodos de manejo que incluían, tanto farmacológicos como no farmacológicos. Se identificaron cuatro enfoques de tratamiento: plantas, animales, minerales y consejos de estilo de vida. Todos los herbolarios recomiendan sus formulaciones a base de hierbas como los tratamientos de elección para la DM2.

A nivel nacional:

Valdivia & Hidalgo<sup>11</sup>, realizaron un estudio que tuvo como objetivo: determinar el uso de la Medicina Tradicional en los pacientes con Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente (DMNID) en el Servicio de Endocrinología del Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen”, encontrándose que el 68,6% de pacientes utilizó alguna MT para tratar la DM, sin diferencia entre los sexos, siendo las más utilizadas la *Gentianella alborosea*, la *Uncaria sp*, y la *Cyclanthera pedata*. Concluyeron que es frecuente el uso de la Medicina Tradicional por el paciente con DMNID, siendo este uso desconocido por el médico, y aun cuando no se ha demostrado científicamente efecto favorable de estas medicinas, es que los pacientes hacen uso de una gran diversidad de ellos.

A nivel local:

Medina & Ramos<sup>16</sup>, en una investigación etnográfica, obtuvieron como tema central: Frutas, plantas medicinales y otros insumos, son usados por los chamanes y familiares para tratar las enfermedades crónicas en los adultos mayores (AM); los subtemas: Dolencias que llevan a los familiares y chamanes a realizar actividades y/o terapias alternativas para tratar las enfermedades crónicas en los AM y razones atribuidas por los familiares como causa de enfermedades crónicas en AM que llevan a las terapias alternativas. Concluyeron que, las familias del Distrito de Pátapo hacen uso de las terapias alternativas las mismas que, las practican para el tratamiento de sus enfermedades crónicas las cuales han sido aprendidas de sus antepasados y son transmitidas de generación en generación.

## **2.2.BASE TEÓRICO - CIENTÍFICA**

Para dar sustento a la investigación realizada, se hizo una búsqueda bibliográfica de distintos autores, para ello se tuvieron en cuenta conceptos sobre: Cuidado cultural según Leininger en Raile, adulto mayor según la “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores, modificada por Resolución Ministerial N° 906-2006/MIMDES” y Diabetes Mellitus según la Organización Mundial de La Salud (OMS).

Leininger, establece que, el cuidado está presente en todas las culturas, pero tiene características diferentes en cada una de ellas. El cuidado cultural definido como “actos de prestación de cuidados, de ayuda, apoyo, facilitación o capacitación sintetizados y culturalmente constituidos hacia uno mismo o hacia los demás”. Es decir, el cuidado cultural está enfocado en descubrir y aprender acerca de los significados, patrones y usos de la cultura para el cuidado de la Salud<sup>14, 17</sup>.

Estos conocimientos Emic (personales) de su propia cultura, normalmente guían la acción de las personas, por lo que es importante para el profesional de enfermería conocerlos y poder entender así muchas de las prácticas de cuidado que las personas realizan. Además, este conocimiento Emic puede permitir rescatar prácticas culturales valiosas y efectivas<sup>18</sup>.

Por ello, el cuidado cultural incluye el “cuidado genérico”: referido al conocimiento aprendido y transmitido, tradicional y popularmente, perspectiva Emic, usado hábilmente por

la cultura; y el “cuidado profesional”: hace referencia al conocimiento Etic aprendido cognitiva y formalmente y practicado hábilmente<sup>19</sup>.

Según Leininger citado por Leno<sup>20</sup>, el cuidado cultural implica acciones o decisiones con respecto a las expresiones, patrones y prácticas de cuidado, pues luego de analizarlos a la luz del contexto cultural, se debe decidir si se mantienen aquellas acciones y decisiones que ayudan al paciente a mantener o preservar su salud, recuperarse de una enfermedad o enfrentarse a la muerte; se negocian aquellas acciones y decisiones que ayudan a los pacientes a adaptarse o negociar un estado de salud beneficioso; y se reestructuran aquellas acciones y decisiones que ayudan a los pacientes a cambiar sus estilos de vida por patrones nuevos o diferentes que son culturalmente significativos, satisfactorios o el soporte de una vida saludable.

Para valorar los aspectos culturales del cuidado, hay que considerar tanto las creencias, los valores o las ideas, que las personas tienen al respecto, así como los comportamientos, las costumbres o prácticas; ya que se acepta que tanto la identidad, como los comportamientos son aprendidos, compartidos y transmitidos de generación en generación dentro de un grupo social<sup>18</sup>.

Los cuidados de enfermería culturalmente congruentes incluyen una integración compleja de actitudes, conocimientos y habilidades (que incluye valoración, toma de decisiones, juicios, pensamiento crítico y evaluación) que permiten a la enfermera proporcionar cuidados de enfermería sensibles y apropiados desde el punto de vista cultural<sup>21</sup>. Las evaluaciones se realizan para identificar patrones que puedan ayudar o interferir en una intervención de enfermería con un régimen de tratamiento programado.

Entonces las prácticas de cuidado son las actividades que las personas hacen por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener su salud, atender sus enfermedades y conservar su bienestar; siendo estas prácticas, transmitidas de generación en generación y están relacionadas con la alimentación, el ejercicio, la actividad, relaciones familiares y de apoyo, uso de la Medicina tradicional y adherencia/creencia en la medicina convencional por su efectividad.

Por lo tanto, la cultura es como uno vive; lo que expresa, lo que hace una persona, familia, comunidad o pueblo. Todas las manifestaciones de salud y enfermedad son

manifestaciones que pertenecen a la cultura de cada región y de cada pueblo, por tal motivo será oportuno hablar de Medicina Natural o Tradicional, ya que dentro de ello están comprendidos todos aquellos remedios que como su nombre lo indica, utilizan medios naturales para restablecer la salud de las personas<sup>22</sup>.

Para la OMS<sup>23</sup>, el concepto de Medicina Tradicional (MT) se refiere a un sistema de medicinas que son transmitidas de generación en generación, bien sean explicables o no; aceptadas y utilizadas por las comunidades para mantener la salud, prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades. Siendo muy usado sobre todo para el tratamiento de enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus prevaleciendo en los adultos mayores.

Con los años, se producen numerosos cambios fisiológicos fundamentales, y aumenta el riesgo de enfermedades crónicas<sup>3</sup>. Una de ellas es la diabetes, que puede provocar complicaciones en muchas partes del organismo e incrementar el riesgo general de muerte prematura. Entre las posibles complicaciones se incluyen: ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, amputación de piernas, pérdida de visión y daños neurológicos. Estas complicaciones conllevan a importantes pérdidas económicas para las personas que la padecen y sus familias, así como para los sistemas de salud y las economías nacionales por los costos médicos directos y la pérdida de trabajo y sueldos<sup>2</sup>.

Al hablar de persona Adulta mayor, la OMS<sup>3</sup> hace referencia a aquella persona de más de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados. En nuestro país según el Ministerio de Salud (MINSA)<sup>24</sup>, establece para el criterio de vejez desde el punto de vista cronológico la edad de 60 años a más, como determinante de las personas adultas mayores. Siendo el AM enfermo, aquel que presenta alguna afección aguda, subaguda o crónica, tales como: hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer, etc.

En el caso de las personas ya diagnosticadas con diabetes, tienen una serie de intervenciones, costos eficaces que pueden mejorar sus resultados, independientemente del tipo de diabetes que tengan. Entre las intervenciones cabe citar: el control de la glucemia, la dieta, actividad física y de ser necesario, medicación; el control de la tensión arterial y los lípidos, para reducir el riesgo cardiovascular y otras complicaciones; exámenes periódicos para detectar daños oculares, renales y en los pies, para facilitar la introducción temprana de tratamiento<sup>2</sup>.

Las diferentes terapias disponibles para la diabetes tipo II (DMT2) incluyen la modificación del estilo de vida, de la dieta y el ejercicio, los medicamentos orales y la insulina. Una de las medicinas convencionales más utilizadas para la DMT2, es la metformina, que originalmente se derivó de *Galega officinalis* (lila francesa o ruda de cabra), alguna vez considerada una medicina tradicional complementaria (MTC) utilizada para tratar la diabetes<sup>25</sup>. En Mórrope los adultos mayores con DM tienen como tratamiento convencional la Metformina, otros la Glibenclamida y ellos dentro de su cuidado cultural, incluyen los suplementos, hierbas, remedios caseros, entre otros.

Para las investigadoras, el estudio de la cultura en su ambiente natural es muy importante porque permitió conocer las costumbres, creencias y cuidados que realizan los adultos mayores en cuanto a la diabetes mellitus tipo II; siendo de gran importancia en enfermería, ya que para promover una relación eficiente entre enfermera-paciente y resultados positivos de la atención, los cuidados de enfermería deben ser competentes, apropiados y sensibles a las diferencias culturales.

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1.TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación se elaboró teniendo en cuenta el enfoque cualitativo<sup>26</sup>, porque se requirió identificar, describir y comprender, cómo es el cuidado cultural de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II; para ello se interactuó con los sujetos de estudio en sus hogares, observando su realidad, escuchando qué piensa (sus creencias) y cómo actúa ante su enfermedad; sus costumbres relacionadas con la alimentación, ejercicio, cumplimiento de medicamentos, etc.

#### **3.2. ABORDAJE METODOLÓGICO**

Se optó por el abordaje etnográfico<sup>27</sup>. Permite estudiar las culturas a través de la inmersión en la misma durante un tiempo, suele hacer referencia a las perspectivas émica y ética. Una perspectiva émica, en su forma más pura significa “visión desde el interior”, es decir la manera en que los miembros de una cultura ven el mundo (punto de vista del “nativo”). Lo contrario es la perspectiva ética, es decir la visión de un observador externo, que también puede ser parte de ésta.

En este caso, la etnografía permitió a las investigadoras involucrarse directamente con los sujetos de estudio y tener una visión del escenario cultural donde los adultos mayores del Distrito de Mórrope interactúan, ya sea teniendo en cuenta sus creencias, costumbres (religiones, festejos, comidas, bebidas, etc.) adquiridas culturalmente; y develar qué prácticas emplean para el cuidado de su salud y enfermedad. La perspectiva émica fue todo tipo de lenguaje o expresión que el adulto mayor manifestó y la perspectiva ética, fue la interpretación que realizaron las investigadoras de dichas expresiones, para posteriormente develar el objeto de estudio.

#### **3.3.SUJETOS DE INVESTIGACIÓN**

Los sujetos de estudio fueron los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II que acuden al Centro de Salud Mórrope. Participaron en el estudio, 15 adultos mayores; la muestra determinada por la técnica de saturación y redundancia<sup>28</sup>, en otras palabras; cuando la

información brindada por los sujetos de estudio se repetía y no se obtuvieron datos nuevos que contribuyan a la investigación, dejándose en ese momento de aplicar los instrumentos de recolección de datos.

Los sujetos de estudio tenían que cumplir con ciertos criterios de selección:

Se incluyó sólo a los adultos mayores oriundos de Mórrope y que desearon participar voluntariamente en el estudio; previo consentimiento informado. La edad promedio fue de 67 años, con grados de instrucción entre primaria incompleta y secundaria completa, el 46.7% eran amas de casa, el 46.7% se dedicaba a la agricultura y el 6.6% se dedicaba a la mecánica eléctrica; así mismo, según el último control glucémico osciló entre 97 a 185 mg/dl y el tiempo que ya llevaban con la enfermedad osciló entre 1 a 15 años. (Ver cuadro N° 01)

Como criterios de exclusión, se consideró: adultos mayores que tengan alguna patología agregada a la DM, que hayan sufrido amputación de alguna extremidad de su cuerpo, que padezcan hipoacusia y disartria y quienes hayan participado en la prueba piloto, todos los datos antes mencionados fueron verificados en la historia clínica de cada adulto mayor.

Para asegurar la confidencialidad de todos los participantes y sus discursos, la identidad de cada adulto mayor fue resguardada a través del uso de códigos numéricos, usando las letras mayúsculas “AM” así la o el primer adulto(a) mayor participante tuvo el código AM1 hasta el último con el código AM15.

**Cuadro N° 01. Datos generales y códigos de identificación de los adultos mayores, 2018.**

Códigos informantes	Edad	Procedencia	Ocupación	Religión	Nivel educativo	Miembros en el hogar	Tiempo con la DM	Última glicemia Mg/dl
AM1	69	Mórrope	Ama de casa	Católica	P. incomp	1	5 a	140
AM2	69	Mórrope	Ama de casa	Católica	P. incomp	5	1 a	220
AM3	67	Mórrope	Agricultor	Católica	P. incomp	3	3 a	97
AM4	76	Mórrope	Agricultor	Católica	P. incomp	3	9 a	120
AM5	60	Mórrope	Ama de casa	Católica	P. comp	7	5 a	185
AM6	72	Mórrope	Agricultor	Católica	P. incomp	5	4 a	108
AM7	68	Mórrope	Ama de casa	Evangélica	P. incomp	7	15 a	120
AM8	60	Mórrope	Agricultor/Chofer	Católica	P. comp	8	6 a	110
AM9	81	Mórrope	Agricultor	Católica	P. incomp	2	10 a	102
AM10	60	Mórrope	Ama de casa	Católica	P. incomp	5	6 a	125

AM11	62	Mórrope	Ama de casa	Católica	P. incomp	2	8 a	115
AM12	64	Mórrope	Ama de casa	Católica	P. incomp	6	7 a	128
AM13	60	Mórrope	Agricultor	Católica	P. incomp	2	6	100
AM14	63	Mórrope	Mecánico	Católica	S. comp	5	5 a	157
AM15	60	Mórrope	Agricultor	Católica	P. incomp	5	4 a	220

**Fuente:** Sujetos de investigación, marzo - mayo 2018.

### 3.4.ESCENARIO

En la presente investigación, como escenario institucional lo constituyó el Centro de Salud Mórrope, donde se captó a los adultos mayores y el escenario propiamente dicho fueron los hogares de los adultos mayores con DM tipo II que viven en el distrito de Mórrope. El C.S. Mórrope, es de categoría I-3, sin internamiento, cuenta con 22 servidores; entre médicos, enfermeras, obstetras, odontólogos, biólogos, técnicos de enfermería, etc.; brindando atención las 24 horas del día.

Con relación a su contexto, un gran número de las viviendas ubicadas en el distrito de Mórrope y de los caseríos, están construidos de material rústico (adobe) y otras de material noble, los cuales están divididos en cuatro habitaciones por familia, conformado por un ambiente que corresponde a la cocina, sala, dormitorio y un corral en la parte posterior de la vivienda, que es usado para la crianza de animales, en su gran mayoría son pollos, gallinas y pavos. Además, algunas viviendas cuentan con servicios básicos de luz, agua y desagüe; en los caseríos encontramos viviendas con piso de tierra o cemento pulido, no cuentan con desagüe y para eliminar las excretas cuentan con letrinas.

En Mórrope una de las actividades principales es la agricultura (se siembra: mango, ciruela, higo, guabas, maíz, algarroba, etc.), y la extracción artesanal de sal y yeso. Los cuales han sido actividades principales en la economía familiar<sup>29</sup>. Un gran número de adultos mayores que participaron en este estudio, tienen como ocupación, la agricultura, en su mayoría los varones; y las mujeres se dedican al cuidado del hogar, una que otra dedica parte de su tiempo a la elaboración y decoración textil, productos que luego son vendidos para obtener un ingreso económico.

También; la religiosidad popular es parte de la cultura. Dentro de las creencias religiosas se encuentran: San Pedro y San Pablo, Cruz de Chalpón, Cruz de Pañala, entre otras. Algunos de los adultos mayores durante el proceso de su enfermedad se han encomendado a ellos,

encontrando consuelo y paz, pues les han dado fuerzas para seguir adelante y poder sobrellevar los momentos difíciles.

En lo que respecta a las costumbres, encontramos: fiestas que aproximadamente tienen una duración de 2 a 3 días, la cual está acompañada de comidas a base de aderezo y no puede faltar la chicha de jora y las conservas de frutas (ciruela e higo), potajes típicos del lugar; pues esto puede dificultar la adherencia a la dieta indicada por el equipo de salud para controlar la diabetes.

### **3.5.TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Como técnica de recolección de datos, se utilizó la observación participante y la entrevista etnográfica, como instrumento se usó la guía de observación; la cual se registró en el diario de campo y la guía de entrevista, respectivamente en la cual los sujetos de estudio respondió con veracidad y claridad las interrogantes; como instrumento de registro se usó un grabador de voz. Se aplicaron en los hogares de los AM con DM tipo II del Distrito de Mórrope, que cumplieron con ciertos criterios antes mencionados.

3.5.1. Observación participante (OP): Es la base de la investigación etnográfica, enfocada en el estudio de los diferentes componentes culturales de las personas en su medio: las relaciones con el grupo, sus creencias, sus símbolos y rituales, los objetos que utilizan, sus costumbres, sus valores, entre otros<sup>30</sup>. Leininger citado por Lima<sup>31</sup>, propone cuatro fases para el desarrollo de la OP como estrategia de recolección de datos cualitativos, las cuales se complementan y se procesan de manera continua, comprende: Observación primaria o inicial, Observación con poca participación, Participación con alguna observación y Participación reflexiva. Estas fases de la OP serán detalladas a continuación:

a. Observación primaria o inicial: Para iniciar la preparación e inmersión en el campo, las investigadoras acudieron al Centro de Salud Mórrope y se contactaron con la enfermera responsable del programa de diabetes, solicitaron el registro de los AM con DM tipo II, luego se verificó en la historia clínica los criterios de inclusión y exclusión. Una vez obtenida la información se realizó la 1era visita a cada hogar de los AM, generándose así el primer contacto con los sujetos de estudio. Se explicó los objetivos del estudio; además, se preguntó si desean participar, firmando así voluntariamente el consentimiento informado (anexo 01).

Se entabló una relación empática para lograr pasar de “desconocidas” a “personas confiables”, esto se logró cuando les tomábamos la presión arterial; buscando ganar su confianza y generar una comunicación fluida sobre aspectos culturales de Mórrope, manteniendo una escucha activa cuando narraban sus historias vividas, ya que contar acontecimientos de su vida es un aspecto que caracteriza al AM. Además, se observó el entorno y los alrededores de la vivienda que podrían verse implicados en el cuidado del adulto mayor (restaurantes, bodegas, vivienda cerca al mercado, etc.) y el entorno familiar, con quién vive, quién se encarga de atenderlo, etc.

b. Observación con poca participación: Las investigadoras empezaron a interactuar con los sujetos de estudio, observando sus costumbres relacionadas con la alimentación, observándose el incremento de verduras, disminución de la ración, a lo que ellos consideran: “*yo como lo mismo, pero en poca cantidad*”; consumen frutas ácidas y amargas para disminuir la glucosa; el ejercicio a través de caminatas, a lo que ellos consideran como: “*actividad física*”; cumplimiento del tratamiento con medicamentos, que muchas veces es complementado con la medicina tradicional como: “*aguas de tiempo a base de moringa y hoja de guanábana*”; todas estas acciones influyen en el cuidado de su salud/enfermedad, pues cada uno se cuida de acuerdo a sus costumbres y creencias relacionadas con la DM.

Como observadoras se buscó tener una visión amplia, y progresivamente interactuar con el/la adulto(a) mayor, teniendo en cuenta siempre la descripción detallada del objeto de estudio en el diario de campo. Es decir, observar el cuidado cultural “in situ” o “en el hogar”.

c. Participación con alguna observación: Las investigadoras se involucraron en las actividades que realiza diariamente el adulto mayor para cuidarse, siendo partícipes de algunas actividades del quehacer diario en sus respectivos hogares, de esta manera llegándose a involucrar con su cultura.

Las investigadoras mediante las visitas domiciliarias lograron interactuar con los AM y después de ganarse su confianza se procedió a involucrarse en las actividades que realiza para cuidarse y a la par se iba educando al adulto mayor acerca de los cuidados que debe tener para con su salud; tanto en su alimentación, qué alimentos debería comer y qué cantidad, cada qué tiempo podía darse un “gustito” y cómo tenían que realizar la higiene de sus pies; cabe hacer

mención que, se pudo observar que algunos AM cumplían con su tratamiento convencional, pero optaban por complementarlo con la medicina tradicional o remedios caseros; entre otros cuidados.

d. Participación reflexiva: El objetivo de esta última fase es ayudar al investigador; a sintetizar el total de las observaciones en secuencia lógica, a particularizar una forma de obtener un cuadro representativo de los datos y de poder relatarlas honestamente<sup>31</sup>.

Las investigadoras registraron todo lo que observaron en relación al cuidado cultural, costumbres, creencias, sentimientos, puntos de vista y actitudes respecto al tema en cuestión; también se registró las reflexiones que surgieron en las investigadoras producto de los hechos observados.

3.5.2. Entrevista etnográfica: El etnógrafo además de mirar, también tiene que preguntar y examinar, para ello se apoyó en las entrevistas. Esta técnica permitió a las investigadoras la recolección de información a profundidad, a través de la cual, los informantes expresaron y compartieron oralmente sus opiniones, creencias, costumbres, sentimientos, puntos de vista y actitudes respecto al cuidado cultural de la DM tipo II.

Para ello, las preguntas de las entrevistas fueron realizadas por las investigadoras y grabadas a través de un grabador de voz, previa autorización y disponibilidad de los adultos mayores, tuvieron una duración aproximada de 30 minutos, posteriormente fueron transcritas para ser analizadas. Para poder realizar las entrevistas, en cada hogar de los AM se buscó un ambiente cómodo y sin distractores, eligiéndose en su mayoría la sala y/o ambiente de la vivienda donde el sujeto de estudio se sintiera más cómodo para responder las preguntas.

3.5.3. Diario de campo: Instrumento para recolectar las observaciones realizadas; registro de datos propio del investigador, lugar donde se registran las observaciones (notas de campo) de forma completa, precisa y detallada<sup>26</sup>.

Según Ribeiro citado por Lima<sup>31</sup>, resalta que la utilización de estas notas en el cuaderno de campo es imprescindible en la fase de análisis de los datos recolectados, pues registran el escenario, las impresiones, las actitudes, el lenguaje no verbal y hasta los momentos de reflexión del investigador y del colaborador, entre otros.

El registro de los datos se llevó a cabo en todo el desarrollo de la investigación, con la finalidad de asegurar una información fidedigna. Se registró en el diario de campo las observaciones, descripciones de los cuidados culturales, se registraron los nombres de algunas plantas medicinales, la preparación y modo de uso; además, de los símbolos religiosos, que en su mayoría los tienen en altares acompañados de flores y fotos de familiares fallecidos, etc; también, se registraron los hechos que ocurrieron en el escenario, por ejemplo; durante la entrevista manifestaban que no tomaban chicha de jora, pero durante la estadía de las investigadoras en los hogares de los AM, observaron que algunos tomaban su botella y/o vaso de chicha de jora, llevando a las investigadoras a considerar que no todos los adultos mayores hacen lo que dicen. Registrándose así las dudas de las investigadoras y aspectos que surgieron durante su estancia en el hogar del AM.

Es necesario hacer mención, que los instrumentos como, la guía de entrevista y de observación, fueron elaborados por las investigadoras y validados por 3 juicios de expertos con más de 10 años de experiencia laboral en docencia; y 12 años en el cuidado del adulto mayor. Asimismo, después de la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, se realizó una prueba piloto con 02 AM del Distrito de Mórrope, para confirmar si comprendían las preguntas de la entrevista; después, las investigadoras optaron por formular las preguntas de manera más sencilla, para que puedan ser comprendidas por los sujetos de estudio.

### **3.6.PROCEDIMIENTOS**

El proyecto se inscribió en el catálogo de tesis de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Seguido de la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, con Resolución N° 256-2018-USAT-FMED. Luego se solicitó el permiso respectivo al director del Centro de Salud Mórrope, con el fin de obtener los datos de los sujetos de estudio y posteriormente se estableció el contacto con la enfermera responsable del programa de diabetes del Centro de Salud Mórrope, se le solicitó el registro de los AM con DM tipo II y se verificaron los datos en las historias clínicas.

Una vez identificados a los participantes se realizó la 1era visita a cada hogar de los AM que cumplieron con los criterios de inclusión y que desearon participar voluntariamente en la investigación, se procedió a informar sobre la investigación que está descrita en el consentimiento informado (anexo 01), programando fecha y hora según su disponibilidad, para posteriormente realizar las visitas domiciliarias.

Cabe mencionar, que las observaciones (anexo 02) fueron registradas en el diario de campo y la entrevista semiestructurada (anexo 03) fue grabada a través de un grabador de voz; se realizaron en los hogares, generalmente en la sala de los sujetos de estudio y/o ambiente de la vivienda donde el sujeto de estudio se sintiera más cómodo para responder las preguntas.

Las investigadoras realizaron las visitas domiciliarias, para ejecutar la observación participante e involucrarse en las actividades del AM con DM tipo II, relacionado con el cuidado de su salud, de acuerdo con sus comportamientos, costumbres y creencias. Se realizaron 04 visitas domiciliarias con un promedio de 06 horas cada una, por cada participante, previa coordinación.

Posterior a la observación participante, en la 3era visita se realizó la entrevista; en un ambiente del hogar libre de distracciones. Las entrevistas duraron aproximadamente 30 minutos, inmediatamente fueron transcritas a Word para su posterior procesamiento y análisis de datos, esta información se conservará por 2 años con la finalidad de que sirvan como fuente de verificación o auditabilidad de la presente investigación. Para dar mayor validez a los resultados, en la cuarta visita las entrevistas fueron presentadas a los sujetos de estudio para corroborar si estaban de acuerdo con los datos transcritos.

Cabe mencionar que para la recolección de datos se presentaron limitaciones como: dificultad para acceder a los hogares de los AM debido a que algunos se encontraban trabajando en la chacra; se tenía que convivir con ellos y al mismo tiempo formar parte de sus actividades diarias; es por ello que se optó como estrategia realizar la primera visita informándoles que los estábamos visitando por parte de la enfermera responsable del programa de diabetes del Centro de Salud Mórrope, previa autorización de la misma, para hacerles un seguimiento de su enfermedad y para que acudan a sus controles, optándose como segunda estrategia tomarles la presión arterial, luego se programaba fecha y hora para las próximas visitas domiciliarias.

### 3.7. ANÁLISIS DE DATOS

En esta etapa de la investigación se organizó la información obtenida de la observación, entrevistas y diario de campo, en la que se describió cómo es el cuidado cultural de los adultos mayores con DM tipo II. Según Spradley<sup>32</sup> el análisis de los datos se realizó en cuatro etapas: Análisis de dominio, análisis taxonómico, análisis componencial y análisis de temas.

a. Análisis de dominio: Los dominios son la primera y más importante unidad de análisis en la investigación etnográfica. “Los dominios” son categorías de significados culturales que incluyen subcategorías relacionadas semánticamente. La tarea de determinar dominios se realiza mediante el conocimiento de términos culturales que involucran conceptos relacionados de menor jerarquía, es decir, el dominio posee términos incluidos a través de relaciones semánticas.

La estructura de un dominio está constituida por tres elementos básicos: un término cubierto o nombre para el dominio, los términos incluidos y las relaciones semánticas.

- El término cubierto, término abarcador o nombre para el dominio: un dominio cultural es una categoría de significado cultural que incluye otras categorías más pequeñas.

- El término incluido o categoría menores: son nombres para todas las categorías dentro del dominio.

- La relación semántica: es el enlace entre dos categorías, define los términos incluidos y los sitúa en el dominio cultural.



b. El análisis taxonómico: es un conjunto de categorías organizadas sobre la base de una sola relación semántica. Las taxonomías son una aproximación de cómo los informantes han organizado su conocimiento cultural.

c. El análisis componencial: éste surge del establecimiento de dominios y taxonomías, lo que nos provee un marco para realizar la actividad. El procedimiento se funda sobre una actividad reflexiva que permite comprender el significado de un término en la medida que difiere de los demás, en palabras de Spradley es “conocer el significado de un término dependiendo de lo que no significa”.

d. El análisis de temas: En esta etapa se intenta describir la cultura observada señalando sus características generales y específicas. El objetivo es identificar los elementos cognitivos que constituyen una cultura, lo que sus integrantes creen que es y reconocen como real. El desarrollo de esta fase se reconoce como una de las más exigentes en cuanto al despliegue de habilidades personales del investigador; se carece de recomendaciones claras para ejecutarla, lo que la convierte en una actividad intuitiva.

### **3.8.CRITERIOS ÉTICOS**

En la presente investigación se tuvo en cuenta los tres principios básicos de la bioética personalista de Sgreccia<sup>33</sup>.

El principio de respeto a la vida humana: durante el desarrollo de la investigación los adultos mayores no fueron utilizados como objeto sino como fin, por ello se les asignó un código en el diario de campo y en las entrevistas, guardando su respectiva confidencialidad, además no fueron expuestos a riesgos físicos, ni psicológicos.

Principio de la libertad y la responsabilidad: los sujetos de estudio tuvieron la libre decisión de elegir si desean o no participar de la investigación; para ello brindaron su autorización mediante el consentimiento informado.

Principio de sociabilidad y subsidiariedad: se respetaron las creencias, costumbres y prácticas de cuidado cultural de los sujetos de estudio, con el fin de no imponer conocimientos u oposición ante cualquier suceso con relación a su cuidado, haciendo participar a cada uno de

ellos, logrando que sean responsables del cuidado de su salud. Al finalizar la investigación se les proporcionó un tríptico sobre la diabetes mellitus, que fue elaborado por el Ministerio de Salud<sup>34</sup> (Anexo 04).

### **3.9.CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO**

La calidad de un estudio está determinada, por el rigor metodológico con que se realizó. Para la presente investigación se consideraron los criterios propuestos por Guba y Lincoln, citado por Varela & Vives<sup>35</sup>, que proporcionaron la validez de la investigación, asegurando la calidad de esta.

**Credibilidad:** se tuvo en cuenta una revisión minuciosa de las transcripciones de las entrevistas realizadas a los sujetos del estudio, para ello las investigadoras retornaron al escenario para confirmar los hallazgos y revisar algunos datos particulares. Los informantes ayudaron a clarificar las interpretaciones del investigador o a rectificar los errores de interpretación de los hechos observados o de las entrevistas transcritas.

**Auditabilidad:** la información que se recolectó se conservará por dos años para dejar constancia de la veracidad y la verificación o auditabilidad de la investigación, luego de este periodo se procederá a eliminar la base de datos.

**Transferibilidad o Aplicabilidad:** se describió en forma detallada el lugar y las características donde el fenómeno fue estudiado; además, se narraron las características de los sujetos de estudio, con la finalidad de que otros investigadores lo apliquen en su realidad.

## **IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### **4.1.Descripción del escenario cultural: Los Hogares de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II y el establecimiento de salud.**

La presente investigación se desarrolló en el distrito de Mórrope, el cual pertenece a la provincia de Lambayeque, ubicada en el departamento del mismo nombre. El topónimo Mórrope proviene de las palabras mochicas murrup, iguana y -pe, sitio o lugar. La fusión de estos dos vocablos significa "lugar de la iguana". Mórrope está sobre la costa desértica. Se encuentra a 33 kilómetros al norte de Chiclayo. Alrededor, Mórrope tiene playas como: El Sombrero, La Ensenada, El Barco, El Cura y San Pedro. Además, alberga sitios arqueológicos como: Huaca Casa Grande y la Huaca Cucufán, de la cultura moche. Con una extensión poblacional de 46,046 habitantes; cuenta con 36 caseríos y 4 centros poblados.

Para llegar al distrito de Mórrope, nos dirigimos primero al Terminal Los Pueblos de Lambayeque, ubicado en la Av. Belaunde Leguía N° 1306 – Chiclayo, allí se abordó un automóvil de la ruta Chiclayo-Mórrope, por un tiempo de 35 minutos. No hay dificultades para acceder al lugar, debido a la presencia de transporte de lunes a domingo de 5:00 am a 7:30pm.

Ya en Mórrope, las investigadoras se dirigieron al Centro de Salud Mórrope, para solicitar el permiso respectivo al director del establecimiento de salud, con el fin de obtener los datos de los sujetos de estudio y posteriormente establecer contacto con la enfermera responsable del programa de diabetes de dicho centro, a quien se le solicitó el registro de los Adultos mayores con diabetes mellitus tipo II y se verificaron los datos en las historias clínicas.

Una vez identificados a los participantes, se realizó la primera visita en los hogares de los AM que cumplieron con los criterios de selección. Cabe mencionar que, durante las visitas que se realizaron a los hogares de los adultos mayores, se presentaron limitaciones como: dificultad para acceder a los hogares, debido a que algunos se encontraban trabajando en la chacra; se tenía que convivir con ellos y al mismo tiempo formar parte de sus actividades diarias; es por ello que se optó como estrategia realizar la primera visita informándoles que los estábamos visitando por parte de la enfermera responsable del programa de diabetes del Centro de Salud Mórrope, previa autorización de la misma, para hacerles un seguimiento de su enfermedad y para que acudan a sus controles, optándose como segunda estrategia tomarles la

presión arterial; una vez lograda la empatía, se les hablaba de la investigación y la importancia de su participación, se explicó el consentimiento informado (Ver anexo N° 01), tuvieron la libre decisión de elegir si deseaban participar o no; luego de obtener la firma en el consentimiento informado, se programaba fecha y hora para las próximas visitas domiciliarias.

Con relación a su contexto, un gran número de las viviendas de los adultos mayores que participaron en el estudio, están construidos de material rústico (adobe) y otras de material noble, los cuales están divididos en cuatro habitaciones por familia, conformado por un ambiente que corresponde a la cocina, sala, dormitorio y un corral en la parte posterior de la vivienda, que es usado para la crianza de animales en su gran mayoría son pollos, gallinas y pavos. Además, algunas viviendas cuentan con servicios básicos: de luz, agua y desagüe; en los caseríos encontramos viviendas con piso de tierra o cemento pulido, no cuentan con desagüe y para eliminar las excretas cuentan con letrinas.

En Mórrope una de las actividades principales es la agricultura (se siembra mango, ciruela, higo, guabas, maíz, algarroba, etc.), y la extracción artesanal de sal y yeso. Los cuales han sido actividades principales en la economía familiar. También; la religiosidad popular es parte de la cultura. Dentro de las creencias religiosas se encuentran: San Pedro y San Pablo, Cruz de Chalpón, Cruz de Pañala, entre otras.

En lo que respecta a las costumbres, encontramos: fiestas que aproximadamente tienen una duración de 2 a 3 días, en donde no puede faltar la comida y bebida típica del distrito, todo esto puede dificultar la adherencia a la dieta indicada por el equipo de salud para controlar la diabetes.

Por último, El C.S. Mórrope, lugar donde se captó a los adultos mayores, es de categoría I-3, sin internamiento, cuenta con 22 servidores; entre médicos, enfermeras, obstetras, odontólogo, biólogos, técnicos de enfermería, etc.; brindando atención las 24 horas del día.

La atención que recibe el adulto mayor con Diabetes Mellitus Tipo II, en el C.S. Mórrope consiste en: pasa a consultorio con el médico, el cual le pregunta cómo se ha sentido en los últimos días, si ha presentado alguna molestia, si está tomando sus medicamentos, si se está controlando en su alimentación, realiza registro de peso, talla e índice de masa corporal, solicita pruebas de laboratorio en ayunas (glicemia), en caso de que se les haya terminado sus

medicamentos les da una receta para que pasen por farmacia. La enfermera, responsable del programa de diabetes, se reúne con los adultos mayores cada jueves por la tarde, les toma la presión arterial, realiza dinámicas educativas para ejercitar la memoria y concentración; además, de sesiones educativas sobre: alimentación saludable, actividad física, o problemas que puede presentar un adulto mayor.

#### **4.2. Temas culturales:**

En esta investigación se buscó identificar, describir y comprender el cuidado cultural de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II en el distrito de Mórrope; para ello, luego de realizar el procesamiento de los datos recolectados según el análisis temático, en base al significado semántico de los relatos y observaciones realizadas en los hogares de los sujetos de estudio, se obtuvieron como resultados finales, tres temas culturales, con sus respectivos subtemas culturales, los cuales se detallan a continuación:

#### **TEMA CULTURAL A: Paradoja entre dieta balanceada y hábitos alimentarios en el adulto mayor con diabetes mellitus.**

- A.1. Estrategias para agenciarse una dieta balanceada: Disminución/incremento, raciones, edulcorantes y alimentos “ácidos”.
- A.2. Creencias, hábitos y “provocación del dulce/gustito”: Bebidas y conservas de frutas tradicionales.

#### **TEMA CULTURAL B: Uso de medicina convencional y medicina tradicional en el adulto mayor con diabetes mellitus.**

- B.1. Medicamentos para controlar la diabetes.
- B.2. Plantas medicinales para controlar la diabetes y evitar complicaciones: “amargos y desinflamantes”.
- B.3. Costumbres y uso de remedios caseros para evitar el pie diabético.

#### **TEMA CULTURAL C: Aspectos sociales del adulto mayor con diabetes mellitus: Familia, recreación y religión.**

### **A. Paradoja entre dieta balanceada y hábitos alimentarios en el adulto mayor con diabetes mellitus.**

La dieta balanceada o equilibrada, es aquella manera de alimentarse y que a la vez aporta alimentos variados en cantidades adaptadas a los requerimientos y condiciones personales. Llevar una alimentación balanceada no es ingerir mucha comida; ya que, es tan importante la cantidad como la calidad de la misma. La variación en la alimentación es lo idóneo desde el punto de vista del bienestar, permitiendo disfrutar de los distintos sabores, olores y aromas. De hecho, comer y beber forma parte de la alegría de vivir y, desde luego, la gastronomía no está reñida con las recomendaciones dietéticas ni con una alimentación saludable<sup>36</sup>.

La manera en que un individuo o grupo humano selecciona, prepara y consume determinados alimentos, constituyen los hábitos de alimentación<sup>37</sup>. Estos hábitos varían ampliamente entre los grupos culturales y tienen una significación emocional y social. Aspectos que el profesional de enfermería debe comprender para adecuar su educación y cuidado<sup>38</sup>. Por lo tanto, los profesionales de la salud deberían ser conscientes de los significados culturales de la comida y de las preferencias en los alimentos de los AM con DM, pues la alimentación va más allá de la ingesta de alimentos, representa tradiciones, valores, creencias que han sido acumuladas a lo largo de la vida y que forma parte de la subjetividad de cada ser humano.

Numerosos estudios, fundamentan la importancia de una alimentación saludable y balanceada para la prevención y tratamiento de la diabetes mellitus. En muchos casos el seguimiento adecuado de un régimen alimenticio resulta suficiente para controlar dicha patología; sin embargo, la cultura puede actuar como una barrera que impide a un buen número de pacientes adherirse al régimen<sup>39</sup>.

Por lo tanto, la alimentación es el principal factor que se debe controlar en el tratamiento de la diabetes. No consiste simplemente en suprimir de la dieta los alimentos ricos en hidratos de carbono, sino en elaborar un régimen con el que se evite la entrada masiva de glucosa a la sangre; por ende, la dieta se debe adaptar a cada persona y hacerse prácticamente según los requerimientos nutricionales<sup>40</sup>. La alimentación de la persona diabética tiene como principal objetivo el control de la enfermedad y evitar sus complicaciones. Así como, mantener los niveles de glucosa sanguínea dentro del valor normal, prevenir la hiperglucemia y evitar la hipoglucemia si es que el paciente emplea insulina o un agente oral, obtener y mantener un peso

ideal, conservar dentro de niveles normales los triglicéridos y el colesterol sanguíneo, prevenir o retardar alteraciones micro y macrovasculares<sup>41</sup>.

Para las personas diabéticas es difícil asimilar un cambio radical impuesto a un estilo de vida arraigado a su herencia cultural. Enfrentarse al desafío de construir un nuevo estado de salud, en el que se tienen que dejar atrás las malas prácticas alimenticias para acomodar nuevos hábitos saludables, no es un camino fácil aun cuando se tenga conciencia de que esa es la vía para tener una mejor calidad de vida. El patrón cultural es un aspecto condicionante para que las personas con diabetes sigan su tratamiento alimenticio. Estas prácticas, que se fundamentan en la cultura adquieren particular importancia en el cuidado de personas con Diabetes, “para quienes la dieta desempeña un papel crucial en su tratamiento y para la conservación de su salud”<sup>39</sup>.

Los adultos mayores que participaron en el estudio, viven en una zona rural donde tienen ciertas tradiciones alimentarias como: beber la chica de jora, comer las conservas de frutas, entre otros; que dificultan la adherencia a la dieta indicada para controlar la diabetes, pues refieren que “siempre tienen gustitos” y “sienten la necesidad o provocación del azúcar de los postres”; a pesar que conocen de la dieta balanceada y reconocen qué alimentos están prohibidos y permitidos, mencionan que es difícil controlarse o llevar una dieta adecuada, ya que deben cambiar hábitos que han puesto en práctica desde hace mucho tiempo. Tienen la creencia de: “los alimentos ácidos y el incremento de agua disminuyen el dulce”. Además, sus respuestas reflejan que no han modificado sus hábitos alimenticios. La mayoría comenta que lo que han hecho es disminuir las cantidades o variar la frecuencia de su consumo, incluso hay quienes aseguran “sigo comiendo lo mismo, pero en pocas cantidades, pues es un poco difícil dejar de comer lo que a uno le gusta, porque es parte de la vida de uno”.

A continuación, emergieron los siguientes subtemas:

### **A.1. Estrategias para agenciarse una dieta balanceada: Disminución/incremento, raciones, edulcorantes y alimentos “ácidos”.**

Todos los alimentos que ingerimos habitualmente constituyen nuestra dieta. La forma en la que cada persona conforma su dieta, mediante la combinación de los distintos alimentos, depende de muchos factores (psicosociales, económicos, culturales, religiosos, etc.), lo que permite que exista una gran diversidad de dietas que son variables según individuos, países, días de la semana, estación del año, edad, género, situación fisiológica, actividad física, etc. Sin embargo, y a pesar de la diversidad, todas las dietas son susceptibles de ser valoradas y recibir la posible calificación de sanas o saludables<sup>42</sup>.

Una alimentación adecuada y diseñada de forma personalizada para cada individuo que tiene diabetes, debe permitirle la disminución del consumo de grasas, que junto con el ejercicio y sus medicamentos, son clave para el manejo adecuado de la enfermedad. Los programas modernos para el tratamiento de la diabetes reducen drásticamente el consumo de: carnes, productos lácteos de alto contenido de grasa, y aceites. Por otro lado, incrementan simultáneamente los granos, legumbres y vegetales<sup>43</sup>. Por último, la dieta estará adaptada al paciente y no al revés, teniendo en cuenta la cultura, hábitos alimenticios, gustos, actividad física y estilo de vida.

La dieta equilibrada en el adulto mayor con diabetes, permite el mantenimiento o mejora del peso corporal contribuyendo al equilibrio entre la ingesta calórica y el gasto energético. Además, el perfil calórico o contribución energética de cada uno de los macronutrientes (hidratos de carbono, proteínas y lípidos) a la ingesta energética total debe encontrarse en unos límites óptimos<sup>42</sup>.

Motivo por el cual, la dieta para los diabéticos tiene como finalidad, conseguir el control de la enfermedad y alcanzar o mantener un peso adecuado. En general, se recomienda una dieta sin carbohidratos simples y sin grasas poliinsaturadas, que les proporcione entre 1500 – 2000 calorías diarias, repartidas entre cinco – seis tomas y compuestas por carbohidratos complejos (50%), proteínas (20%) y grasas saturadas (30%) con una aportación adecuada de fibra vegetal (50 – 75 g/día)<sup>44</sup>.

Los adultos mayores, son conscientes de la influencia negativa o positiva que genera la alimentación en sus cuerpos, para evitar las complicaciones y así mismo tienen conceptos negativos hacia ciertos alimentos que, por experiencia, les genera un efecto dañino en el cuerpo. Expresiones como: “Una persona diabética no debe comer harinas” o “las harinas son como veneno para una persona que padece de diabetes”, revelan el concepto que tienen de la alimentación frente a las complicaciones que pueden generar, ya que las harinas se convierten en azúcar, según lo determinado por algunos de los participantes en un estudio<sup>15</sup>.

Una estrategia recomendable es, poner en práctica el método del plato. Permite crear menús variados y sanos de una manera fácil y sin grandes complicaciones. La idea es que, en un plato de tamaño normal, de unos 23 centímetros de diámetro, se construya el menú principal, comida o cena, dividiéndolo en tres partes y los alimentos en raciones: La mitad del plato estará destinada a ensalada o verdura, ya que su contenido en hidratos de carbono es muy bajo. Una cuarta parte del plato estará ocupada por alimentos proteicos: huevos, carnes o pescado; la carne puede ser blanca o roja de preferencia magra y el pescado puede ser blanco. La cantidad recomendable en gramos es de 100g de carne a 125g de pescado. En la cuarta parte restante se colocará las harinas, como el arroz, la pasta, las papas, las legumbres, etc<sup>45</sup>.

En efecto, en nuestro estudio también algunos de los adultos mayores participantes refieren: haber disminuido el consumo de grasas, condimentos y harinas, optando por incrementar el consumo de menestras y verduras a través de ensaladas, distribuyendo sus alimentos a través del método del plato; pues consideran que distribuir su comida en raciones es favorable para controlar su diabetes; además, que el “comer ensaladas ayuda a contrarrestar y disminuir las grasas”.

Todo ello, se puede apreciar en los siguientes discursos:

*“...Me controlo en lo que como, menos grasas y carnes, también menos harinas como el arroz y prefiero usar poco condimento... solo como la mitad del plato y lo demás debe ser menestra con más verduras, pues así nuestro cuerpo se mantiene saludable...” (AM2).*

*“...Ahora como más verduras y menestras, poco arroz, menos grasas y sobre todo, poco condimento en la comida...” (AM9).*

*“...Yo como todo sancochado, bajo en condimentos... más verduras y ensalada ya sea de pepinillo o lechuga, ya no como pavo, ni chancho, porque tienen mucha grasa...” (AM5).*

*“...Desde que me dijeron que tengo diabetes, me estoy cuidando en mi alimentación, menos grasas y harinas, por eso ya no estoy comiendo pato o carnes que tengan grasa; mejor como*

*más ensaladas, poquito arroz, siempre con frijolito o menestras, ... antes me servía dos platos, ahora ya no; porque no tengo que subir de peso...” (AM11).*

*“...Yo he dejado de comer fideos, frituras y grasas; ahora como más verduras en ensaladas o sopas... por las noches solo como algo ligero, a veces una sopita de pollo...” (AM10).*

*“...Ahora como más verduras, ya sea en sopitas o ensaladitas, también como pescadito, pero poco arroz y sobre todo menos frituras...” (AM8).*

Esto se corrobora con la siguiente observación, registrada por las investigadoras en el diario de campo:

*...Era la hora del almuerzo y la adulta mayor fue a la cocina, sacó un plato llano y con ayuda de un cucharón de sopa, se sirvió una cucharada de arroz, en la otra mitad del plato colocó una porción de pescado frito y un poco de ensalada de pepinillo con cebolla... (DIARIO DE CAMPO – AM1).*

Si bien algunos de los adultos mayores que participaron en el estudio, manifiestan que, han disminuido el consumo de carbohidratos - “harinas”-, grasas y condimentos, y han optado por incrementar el consumo de verduras y menestras, haciendo referencia “me controlo en lo que como”, “ahora como menos grasas y harinas”, “ahora como más verduras”, “yo como todo sancochado”. Se sabe que, la diabetes es una de las enfermedades en la cual la alimentación constituye un pilar fundamental en el manejo de la enfermedad, siendo en algunas ocasiones probablemente la única intervención necesaria.

Cabe recalcar que, el patrón cultural influye al momento, en el que, la persona se enfrenta al cambio de alimentación, en ocasiones en tal grado que su esfuerzo se centra en “disminuir su consumo, mas no en eliminarlo”. Por lo que, se hace necesario el acompañamiento del equipo de salud durante el trayecto de su enfermedad, así como la incorporación de la familia como recurso de salud<sup>39</sup>. Este tipo de dieta, que realizan los adultos mayores que participaron en el estudio, forma parte de una dieta balanceada. Por lo que, las investigadoras consideran que, el tipo de alimentación y/o distribución de alimentos que los adultos mayores consumen, se tiene que reestructurar, porque una buena alimentación no solo consiste en incrementar el consumo de verduras, sino en saber distribuir en el plato, los alimentos según los requerimientos nutricionales que el organismo necesita, para ello deberían recibir el apoyo del equipo de salud, en especial del personal de nutrición, pues de esta manera se obtendrá un resultado beneficioso para la salud de los adultos mayores y de paso evitar las complicaciones, producto de la diabetes.

El nutricionista, no solo debe limitarse a ofrecer recomendaciones, sino debe tomarse un tiempo prudente para escuchar a su paciente, conociendo lo que percibe o cree acerca de la alimentación en su enfermedad; y brindar las recomendaciones y sugerencias necesarias para un buen manejo de su alimentación. Además, conociendo las percepciones, creencias y sentimientos durante la consulta nutricional se pueden corregir ciertas percepciones o creencias erróneas que pueda tener el diabético<sup>46</sup>.

En tal sentido, una dieta balanceada debe contener los macronutrientes según requerimiento nutricional, son aquellas sustancias que proporcionan energía al organismo para un buen funcionamiento, y otros elementos necesarios para reparar y construir estructuras orgánicas, para promover el crecimiento y para regular procesos metabólicos. Así tenemos: las proteínas, pueden ser de origen animal cuando proceden de la carne, pescado, leche y huevos, así como de los derivados cárnicos (embutidos, jamones, etc.) derivados lácteos (yogures, quesos, natillas, etc.) y contienen los aminoácidos esenciales. Al menos el 50% de las proteínas de la dieta deben ser de origen animal. Las grasas saturadas, incrementan las concentraciones de colesterol de la sangre y favorecen el desarrollo de la arteriosclerosis. Dentro del grupo de los poliinsaturados, los ácidos grasos omega -3, presentes en el pescado, marisco, etc., reducen la viscosidad de la sangre y mejoran la coagulación sanguínea, por ello se asocian con protección frente a eventos cardiovasculares, mejor control de la tensión arterial y menor incidencia de muerte súbita. Los hidratos de carbono, tenemos a los monosacáridos y oligosacáridos se absorben rápidamente en el intestino. Los disacáridos más conocidos son la sacarosa, que es el azúcar común que se obtiene de la caña de azúcar o remolacha (beterraga); la lactosa es el azúcar de la leche de los mamíferos y la maltosa que procede del almidón. Y los polisacáridos, se absorben más lentamente en el intestino, entre los principales encontramos el almidón o fécula (en vegetales como cereales, tubérculos y legumbres) y el glucógeno (en el hígado y el músculo de los animales)<sup>47</sup>.

En esta investigación, los sujetos de estudio tienen nociones de lo que es una alimentación balanceada, a pesar de saber qué alimentos no están permitidos entre los que están: las frituras, las carnes rojas, los alimentos fuente de carbohidratos (fideos, arroz, pan, yuca, etc.) y algunas frutas (uva, plátano, chirimoya, mango, etc.), tratan de llevar una alimentación variada, siempre tratando de cuidar su nivel de glucosa. Es necesario recordar que, padecer diabetes no significa eliminar el azúcar de la dieta, sino limitar su consumo; además, se debe comer de forma saludable y balanceada, es decir en calidad y cantidades adecuadas.

Para una persona sana, las frutas son un grupo de alimentos ricos en fibra, vitaminas, minerales e hidratos de carbono. La fruta, debe ser el postre de elección en la mayor parte de las comidas<sup>45</sup>. Para las personas con diabetes, hay frutas que contienen más azúcar como la uva, la sandía, el higo y la papaya; por lo que no se recomienda consumirlas porque pueden aumentar los niveles de glucemia en la sangre. Siendo la mejor opción consumir las frutas frescas, principalmente aquellas que son ricas en fibras o que pueden ser consumidas con cáscara como: la manzana, la pera, la mandarina y la naranja con bagazo, ya que la fibra ayuda a disminuir la velocidad con la que el azúcar es absorbido en el intestino, manteniendo la glucemia controlada<sup>48</sup>.

Por lo tanto, todas las frutas pueden ser consumidas por los diabéticos, siempre y cuando, éstas sean consumidas en cantidades pequeñas, para no estimular el aumento del azúcar en la sangre. Las más indicadas son las que tienen bagazo o cáscara.

Se recomienda consumir de 2 a 4 unidades por día, recordando que una fruta fresca mediana contiene alrededor de 15 a 20 gr de carbohidratos, lo que también se encuentra en el ½ vaso de jugo o en 2 cucharadas de frutas secas. También es importante recordar que, el jugo contiene más azúcar que las frutas frescas y menos fibras, lo que hace que el azúcar en la sangre aumente más rápido después de la ingestión y no produce la misma sensación de saciedad que la fruta entera. Las frutas secas como las uvas pasas, el albaricoque y la ciruela deshidratada, deben ser consumidas en pequeñas cantidades, ya que, a pesar de ser más pequeñas, tienen la misma cantidad de azúcar que la fruta fresca<sup>48</sup>.

En el estudio, algunos de los adultos mayores hacen referencia a los frutos de sabor dulce como: “los frutos prohibidos para una persona que tiene diabetes”, consideran que contienen cantidades elevadas de azúcar, acotando además que, “el mango es la fruta más dulce y que no deben comer los que tienen diabetes”; y se refieren a los frutos de sabor ácido y/o amargo como: “los frutos que están permitidos para una persona que tiene diabetes”, porque piensan que, “el sabor amargo o ácido de las frutas, hace que el azúcar en la sangre no se incremente”; en palabras de ellos: “que no suba”. Encontrándose los siguientes discursos:

*“...Debemos evitar las frutas que sean dulces porque nuestra azúcar sube, mejor son las ácidas o amargas... A veces como: una manzana, un plátano, unas cuantas ciruelas o mango, pero solo uno... Para nosotros que somos diabéticos es mejor comer todo lo amargo, porque lo amargo baja lo dulce...” (AM2).*

*“...Lo que no se debe comer son las frutas que tienen dulce, como la uva, el plátano, la chirimoya, las fresas, la piña; aunque si se puede comer, pero solo una y no todos los días...” (AM3).*

*“...Las frutas que se deben comer son: la sandía y la manzana, porque contienen agua; y las que no se deben comer, son las frutas dulces como: el mango y la uva, porque hacen que suba nuestra azúcar...” (AM5).*

*“...Yo evito comer frutas que sean dulces, porque eso hace que mi azúcar suba; las frutas que sí como son: la lima y la berenjena que ayudan a controlar la diabetes...” (AM8).*

*“...Debemos comer frutos ácidos como la maracuyá o berenjena porque hacen que el azúcar baje, y los frutos dulces solo los podemos comer tres veces por semana, pero solo una; puede ser una manzanita, un plátano, un puñadito de uvas o un mango...” (AM11).*

*“...Es mejor comer las frutas ácidas o amargas porque bajan el azúcar, a veces me como una maracuyá o berenjena como es ácida hace que mi azúcar no suba,... también como yacón en trozos o sino en jugo con la berenjena...” (AM9).*

A pesar de que algunos adultos mayores, hacen mención de que no consumen frutos de sabor dulce, pues de vez en cuando sí los consumen, haciendo referencia a ello como la provocación de un “gustito”. Es necesario recalcar que cuando se realizó este estudio, aún era temporada de verano, y algunos de los sujetos de estudio hacían referencia que, “de vez en cuando se comen un par de mangos o unas cuantas ciruelas, solo porque son frutos de temporada”. Esto se ve reflejado en la siguiente observación, registrada en el diario de campo:

*“...Adulto mayor come un plátano de seda mientras mira televisión, al preguntarle qué otras frutas come, responde: “a veces como una manzana, o un mango grande, pero ahora que es temporada de ciruelas me como solito una bolsa, será un kilo aproximadamente...” (DIARIO DE CAMPO – AM6).*

Las investigadoras infieren que, más de mitad de los adultos mayores que participaron en el estudio, tienen la creencia de que “si comen una fruta de sabor dulce, su azúcar se incrementará” y por ende prefieren comer frutas de sabor ácido y amargo; ya que, al consumirlas, “su azúcar se mantendrá estable y no aumentará”. Es cierto que, el hecho de contener azúcares en el organismo no significa que no se pueden consumir frutas o que tengamos que eliminarlas de nuestra dieta. Lo que sí se debe tener en cuenta es, qué frutas no son adecuadas para los diabéticos y de esta manera poder reducir su ingesta. Pero como generalmente son dulces, se suele pensar que una persona diabética debe evitar el consumo de frutas. Sin embargo, algunas son especialmente eficaces en la gestión del azúcar en la sangre. Por lo que las investigadoras consideran que, este tipo de cuidado que realizan los adultos

mayores se debe reestructurar; ya que no se encontraron estudios donde se pueda evidenciar que, los frutos ácidos o amargos disminuyan los niveles de glucosa en la sangre.

Para una persona sana, los alimentos dulces han sido muy importantes en su alimentación, porque estimulan el sentido del gusto causando una sensación agradable al consumir los alimentos. Pero, considerando esto en una persona diabética, lo que se producirá es un incremento de la glucosa en la sangre y para tratar de sustituir el sabor dulce de los alimentos, optan por agregar a su dieta el uso de edulcorantes como la stevia.

Para la prevención, tratamiento y/o control de la diabetes; los edulcorantes nutritivos aportan energía a la dieta e influyen sobre los niveles de insulina y glucosa. Los edulcorantes no nutritivos son endulzantes potentes, su aporte energético es mínimo y no afectan los niveles de insulina o glucosa sérica. Por ello, surge la necesidad de contar con endulzantes de bajo valor calórico que puedan sustituir al azúcar. Una alternativa muy viable es el uso de los glucósidos presentes en la hoja de Stevia (*Stevia rebaudiana* Bertoni)<sup>49</sup>. Por lo tanto, el uso de la stevia podría constituirse en una estrategia alternativa dentro del tratamiento diabético.

La stevia, además de, proporcionar dulzor a las bebidas y alimentos, trae consigo efecto antihiper glucémico, por efecto del glucósido presente en la Stevia que mejora la circulación pancreática (por efecto de la destrucción de la gluconeogénesis) y por ende aumenta la producción de insulina, reduciendo la glucosa de la sangre; el esteviósido principio activo de esta planta, induce a las células beta del páncreas a generar una secreción considerable de insulina muy importante en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo II. Además, el esteviósido también tiene un efecto hipotensor, es decir un efecto vasodilatador, diurético y cardiotónico<sup>40</sup>.

Por lo tanto, uno de los beneficios para la salud más significativos respecto a la stevia, es el efecto antihiper glucémico, el cual permite estimular la producción de insulina para que pueda descender los niveles de glicemia en sangre hasta un valor normal. Ya que, este proceso de forma natural no lo pueden hacer las personas con diabetes mellitus, por lo cual el consumo de esta planta, les permitiría un control en sus valores glicémicos, y por ende minimizarían las posibles complicaciones asociadas a esta patología.

La Stevia se puede consumir de varias maneras, cada una con un sabor y una dulzura que la distingue. En su forma más natural, las hojas de Stevia tienen un sabor dulce. El secar y

aplantar las hojas es el siguiente nivel de refinamiento. Otras formas más sofisticadas de refinamiento vienen en extractos de polvo blanco o concentrados líquidos obtenidos al hervir las hojas en agua. La dulzura y sabor varía dependiendo de la calidad de las plantas utilizadas y el nivel de refinamiento<sup>50</sup>.

Razón por la cual, podemos decir que, los edulcorantes naturales proporcionan un sabor dulce a los alimentos, pero estos son extraídos de frutas, hojas, etc., uno de ellos es la Stevia<sup>51</sup>. Pues, esta planta en particular es un aditivo alimentario bajo en calorías o podría llamarse un posible fármaco potencial adecuado para los diabéticos. En este estudio, el adulto mayor de Mórrope se ha adecuado al uso de este edulcorante; refiriendo expresiones como: “cuando uso Stevia, mi azúcar no sube”. Esto se ve reflejado en los siguientes discursos:

*“...Como me dijeron que no podía tomar bebidas dulces, mi hija para endulzar me compró stevia; porque le dijeron que esa azúcar debemos usar los que tenemos diabetes...” (AM11).*

*“...Ahora todo lo endulzo con stevia, mi hija me ha comprado un frasquito...” (AM7).*

*“...Cuando quiero tomar algo dulce lo endulzo con stevia...” (AM3).*

*“...Mi hijo me ha comprado stevia para endulzar, pero a veces no se siente como el azúcar normal, por eso yo le pongo de la otra azúcar hasta que mi boca reconozca el dulce...” (AM6).*

Corroborándose en algunas observaciones realizadas en las visitas domiciliarias:

*...En la mesa de la sala se observa un frasco blanco con tapa verde y tiene por nombre stevia, al preguntarle al adulto mayor para qué lo usa responde: “...mi hijo me compró stevia para endulzar, pero como el dulce se siente diferente a veces le agrego de la otra azúcar...”; haciendo un gesto de risa agrega, “...mi hijo me dice papá eso viene con su cucharita medidora, pero no le hago caso...” (DIARIO DE CAMPO – AM6).*

*...En la cocina se observa un frasco de stevia, adulta mayor comenta: “...ya tengo bastante tiempo endulzando con stevia, es muy bueno para los que tenemos diabetes...” (DIARIO DE CAMPO – AM11).*

Más de la mitad de adultos mayores que participaron en este estudio, usan la Stevia procesada, ya sea porque se lo recomendó algún familiar o alguna persona que también tiene diabetes; además, piensan y/o creen que es un edulcorante muy bueno para las personas diabéticas porque “no sube el azúcar”. Pues consideran que lo que más “hace daño” es el consumo de azúcares, por lo que refieren que han disminuido el consumo de bebidas endulzadas con “azúcar rubia” y han optado por las bebidas endulzadas con edulcorantes, de preferencia Stevia; agregan también, que prefieren usar la “Stevia natural” es decir en hojas, porque

consideran que es menos costosa; y que además “tiene el mismo efecto que la Stevia procesada”. Encontrando los siguientes discursos:

*“...Para endulzar tengo mi stevia, pero en hojas porque cuesta menos que la procesada, pero son iguales...” (AM9).*

*“...Para endulzar uso la stevia, pero en hojitas...” (AM4).*

*“...Para endulzar uso stevia en hojas, cuesta menos que la procesada, pero endulzan igual...” (AM10).*

Esto también se reflejado en las siguientes observaciones realizadas por las investigadoras en las visitas domiciliarias:

*...Adulta mayor agregó unas cuantas hojitas de stevia a su taza de café para endulzar, refiere: “...yo uso stevia en hojitas porque cuesta menos...” (DIARIO DE CAMPO - AM12).*

*...Adulta mayor usó stevia en hojas para endulzar, de una bolsa transparente saco unas cuantas hojitas de stevia y le agregó a su taza de anís, refiere: “...cuando colocas las hojitas en agua bien caliente rápido sale el dulce... a veces también me como unas cuantas hojitas como si fuera un caramelo...” (DIARIO DE CAMPO - AM8).*

Es necesario hacer mención que, la Stevia es una planta originaria de Sudamérica, conocida como hoja dulce, en su forma más sencilla, es consumida directamente como hojas frescas de sabor suave y licoroso. En su estado natural estas hojas se suelen utilizar en comidas (salsas) o infusiones y llegan a ser entre 15 a 30 veces más dulce que el azúcar. También se suele utilizar las hojas de Stevia secas y molidas, con el fin de potenciar su poder edulcorante<sup>52</sup>.

En el presente estudio, la gran mayoría de los adultos mayores coincidieron que para endulzar usan la Stevia en hojas, uno que otro lo consume de manera directa, manifestando “a veces también me como unas cuantas hojitas”; según un estudio<sup>52</sup> citado anteriormente, al consumir la Stevia en su estado natural (en hojas) llega a ser más dulce que el azúcar, motivo por el cual las investigadoras consideran que este tipo de cuidado que realizan los adultos mayores, se debería modificar por el uso de la stevia procesada; aquella que ha pasado por un proceso de refinamiento y que cuenta con la autorización de algún laboratorio farmacéutico para ser comercializada. Ya que, si no se les tiene alguna supervisión lo que se podría generar es un incremento de los niveles de glucosa en sangre.

## **A.2. Creencias, hábitos y “provocación del dulce/gustito”: Bebidas y conservas de frutas tradicionales.**

Las creencias son formas alternativas de interpretar el mundo y que generalmente son llamadas supersticiones. Y aunque, con frecuencia, los profesionales del cuidado de la salud descalifican estas supersticiones o creencias, ubicándolas en el plano de los mitos<sup>53</sup>. Por lo que es importante conocer las creencias de las personas, porque para entender cómo los individuos actúan en su vida, hay que ver, cuál es el significado que ellos le dan a las cosas.

Las creencias sobre el cuidado de la salud, pueden considerarse desde las ideas que las personas aceptan y expresan sobre cómo conservan o recuperan su salud o como conductas verbales que las personas expresan. Las creencias emergen y evolucionan dentro del contexto social del individuo, pero es de esperarse que cada persona elabore, acepte, conserve y utilice un repertorio propio de creencias de cuidado de la salud, que dependerá, también, de su posición social. Además, las creencias de una persona o de un grupo social no son estáticas, pueden cambiar parcial o totalmente a través del tiempo dentro de una misma cultura o entre culturas<sup>53</sup>.

Lambayeque, una región de costumbres y creencias ancestrales, se gloria de tener una gastronomía atractiva y nutricional, que atrae a propios y extraños. Esta región posee un rico legado cultural, presente en cada uno de sus distritos, como es el caso de Mórrope. Cuando alguien saborea un plato o una bebida artesanal/tradicional, no solo degusta algo de comida o bebida, sino que se hace partícipe de un legado cultural mantenido en el tiempo por sus pobladores<sup>54</sup>. Pues, esto hace que los adultos mayores que participaron en este estudio, consideren tanto a la chicha de jora y a las conservas de frutas, como un patrimonio cultural; por lo que, para ellos, no es una bebida o un dulce más, sino que es algo que les da pertenencia e identidad cultural; por ende, les es muy difícil dejar de consumir algo que lo han hecho por muchos años.

La chicha de jora es una bebida tradicional del distrito de Mórrope; además, es una bebida muy difundida en toda América Latina desde épocas prehispánicas, es decir desde antes de la llegada de los españoles. Por lo general, la chicha de jora es una bebida suave, elaborada con medios artesanales, de no muchos grados alcohólicos, variando su madurez, si es nueva tiene aproximadamente 2% de alcohol y si está fermentada llegada a tener 12%. La chicha de

jora, es prácticamente la cerveza de las comunidades indígenas, quienes se embriagan con esta, en sus principales fiestas, celebraciones o después de las comidas<sup>55</sup>.

Encontrándose los siguientes discursos:

*“...Me voy a fiestas, pero de vez en cuando tomo poco licor... la chicha de jora si tomo porque no me hace daño...” (AM5).*

*“...Si me cuidado al centímetro le voy a dar vida a la enfermedad, por eso mejor sigo con mi vida normal,... si me provoca comer algo dulce o tomar un poco de chicha de jora lo hago, porque es algo típico de nosotros, de nuestra cultura...” (AM3).*

*“...Cuando nos va bien en la chacra, nos reunimos un ratito para festejar y tomamos un poco de chicha de jora o yonque, pero como somos varios en tres rondas se termina...” (AM6).*

*“...Cuando voy a trabajar llevo mi botella de chicha de jora, al siguiente día ya no, lo cambio por jugo de lima y así me voy cuidando; y mis pepitas de moringa que no lo puedo dejar, eso con mi agua o mi chicha lo tomo...” (AM8).*

Corroborándose en la siguiente observación, registrada en el diario de campo:

*...Adulta mayor terminó de almorzar y se sirvió un vaso de chicha de jora, refiere: “...esto no me hace daño porque lo preparan del maíz y no le colocan azúcar... antes yo lo preparaba, pero como no tengo quien me ayude mejor la compro preparada...” (DIARIO DE CAMPO – AM11).*

Si bien la chicha de jora es una bebida tradicional y es consumida por la gran mayoría de los adultos mayores que participaron en el estudio, haciendo referencia que, lo consumen cuando: “van a fiestas”, “es una manera de celebrar cuando les va bien en la chacra”, “a una persona diabética no le hace daño”; según estudios la chicha de jora es una bebida suave, de no muchos grados alcohólicos, pero si está fermentada su grado alcohólico se incrementa y es prácticamente como una cerveza Por lo que las investigadoras consideran que, este tipo de cuidado que realizan los adultos mayores se debe modificar.

La composición química de la chicha de jora es la siguiente: agua 28.1%, proteínas 5.4%, grasa 2.5%, carbohidratos 62.3%, fibra 0.5% y ceniza 1.4%. Es importante mencionar que este análisis de la composición de la chicha, es sin especificar la variedad de maíz utilizado para la preparación de la jora, hecho que probablemente podría variar en el porcentaje de elementos, según la variedad de materia prima utilizada<sup>55</sup>. El resultado de ello, es que la jora tiene un gran porcentaje de agua y carbohidratos, lo que la convierte en un producto energético, que sin duda fue comprobado y explotado en la época incásica ya que como se ha mencionado

la chicha de jora era consumida no sólo en rituales sino también como estimulante para el trabajo, actividades pesadas, actividades festivas, entre otros.

Los malos hábitos alimenticios, son unos de los principales factores que condicionan el estado de salud de quienes padecen DM, provocando que tengan un control metabólico deficiente a causa de un inadecuado consumo dietético, esto se debe a su poco conocimiento acerca de la importancia de alimentarse de una manera equilibrada o a pesar de conocer sobre la dieta que deben consumir piensan que no es necesario porque la medicación que reciben es suficiente; otro de los factores es el económico, ya que en algunos casos, ellos conocen sobre su enfermedad y la dieta que deben cumplir, pero no les es posible adquirir los alimentos adecuados para su consumo porque sus ingresos económicos no son suficientes<sup>56</sup>. En el distrito de Mórrope, se ha podido observar que los principales alimentos consumidos son: comidas con alto contenido de carbohidratos, grasa, alimentos azucarados, entre otros.

Aunque los adultos mayores consideran que las dietas indicadas por el personal de salud, son “buenas” y que hacen bien su trabajo, porque les indican de la mejor manera (más nutritiva y racional) qué comer y cómo controlar los niveles de glucosa en la sangre; pero, a la vez sostienen, que es casi imposible apegarse a la prescripción<sup>43</sup>; debido a que también tienen la necesidad de seguir consumiendo las comidas típicas del lugar, ya sean sus bebidas o conservas de frutas tradicionales, pues ellos refieren que les provoca el dulce de las conservas y tienen que darse ese “gustito” de comer un poquito.

El sabor dulce, se asocia a sensaciones agradables y placenteras, las causantes de esta impresión son las endorfinas, llamadas opioides endógenos porque sus efectos son similares a los del opio, que producen bienestar. Para entender, por qué el organismo demanda productos azucarados, es necesario conocer que, los estímulos producidos por los alimentos, causan en nuestro cerebro la liberación de unas sustancias llamadas neurotransmisores, que son compuestos químicos que transmiten la información de una neurona a otra. Uno de ellos es la serotonina, que, entre otras funciones fisiológicas, regula los estados de ánimo e interviene en el control del apetito/gustito. Así, los niveles bajos de serotonina dan lugar a estados de ánimo igualmente bajos, pero también a la necesidad de comer especialmente hidratos de carbono de mayor carga glucémica: chocolate, pasteles, biscochos, galletas, todo tipo de postres, etc<sup>57</sup>.

El estrés, el calor demasiado elevado, una dieta no adecuada, la cafeína, las bebidas alcohólicas y la edad, son factores que provocan la reducción de los niveles de serotonina, lo

que explica por qué muchas personas sienten un deseo desmesurado por los alimentos más dulces y pasan todo el día probando comidas a lo que algunos hacen referencia como “la provocación de un gustito”.

Más de la mitad de adultos mayores que participaron en este estudio consumen algún dulce, ya sea las conservas de frutas, las frutas de sabor dulce o bizcochos, pero ellos para tratar de contrarrestar ese sabor dulce ponen en práctica algunas creencias como: “después de comer algo dulce, tomo un poco de agua, eso me ayuda a bajar el dulce de lo que comí y mi azúcar no sube”; también agregan que “si comen algo dulce dejando un día, no pasa nada”.

Reflejándose todo ello en los siguientes discursos y observaciones que, fueron registradas por las investigadoras durante las visitas domiciliarias:

*“...A veces me provoca comer biscochos o algo dulce,... como unas cucharitas de conserva y luego tomo un poco de agua para que baje el dulce...” (AM9).*

*“...No es fácil dejar de comer y para el doctor todo lo dulce es malo, dice cuidese, pero yo le digo doctor de vez cuando me doy unos gustos y no me pasa nada...”, “...cuando es temporada de mangos voy al mercado, compro y lo llevo a la chacra, a mi casa no porque luego mi hija se molesta, por lo que el mango es dulce... cuando estoy en la chacra me como diez mangos y después tomo medio litro de agua para bajar el dulce, así es mi receta...” (AM3).*

*“...A veces es un poco difícil cuidarme porque ya me provoca algo dulce; aunque el doctor me diga que no debo comer nada de cosas dulces, yo creo que, si solo es para probar, no pasa nada...” (AM11).*

*...En la vivienda de la adulta mayor hay una pequeña bodega, ella refiere “... a veces me provoca comer un dulce pero que no es de todos los días...”; además, agrega “...es bueno darse un gusto y comer un bizcochito dulce, porque el cuerpo me lo pide y es suficiente con uno, solo para endulzarse un momento... pero solo de vez en cuando”. (DIARIO DE CAMPO – AM2).*

*Hija comenta, le doy a mi madre lo que le provoque, a veces un platito de conserva de ciruela para que sienta un poquito de dulce en su boca; no le hace mal un poquito, porque solo está probando y no es de todos los días. (DIARIO DE CAMPO – AM7).*

Si bien los profesionales de la salud desaconsejan consumir el dulce en exceso, hacerlo de manera equilibrada es incluso necesario ya que la glucosa es un alimento fundamental para el cerebro. Por ello, surge una especial atracción por los alimentos dulces. Al ingerir azúcar, esta se forma en glucosa y se almacena en nuestro cuerpo. La glucosa es la principal fuente de energía para las células del cuerpo y llega a cada célula a través del torrente sanguíneo. La acción es casi inmediata pero el efecto desaparece rápidamente. Cuando el azúcar entra en nuestro cuerpo segregamos insulina para procesarla (quemarla) o almacenarla (en forma de

grasa). El páncreas es el responsable de crear insulina, hormona responsable de mantener los niveles normales de azúcar en sangre<sup>58</sup>.

Las investigadoras infieren que, ser diabético no es fácil; porque requiere de un cambio de vida, fuerza de voluntad y privación de alimentos, modificación de prácticas culturales que se han adquiridas a lo largo del tiempo, etc. Para una persona que no tiene esta enfermedad, el comer un dulce es un placer, pero para una persona diabética estos “gustitos” como: la chica de jora y las conservas de frutas, si se consumen de manera diaria, no son adecuadas para la salud, ya que pueden conllevar a incrementar los niveles de glucosa en sangre. Pese a que los adultos mayores consideran que, no es simplemente una bebida o un dulce más; sino, que forman parte de su patrimonio cultural y les da pertenencia e identidad, motivo por el cual les es difícil dejar de consumir algo que por muchos años lo han venido haciendo. Por ello, consideramos que este tipo de cuidado debe ser negociado por el equipo de salud y llegar con el adulto mayor a un acuerdo, con la finalidad de contribuir a mejorar su salud y evitar así las complicaciones producto de la enfermedad.

#### **B. Uso de medicina convencional y medicina tradicional en el adulto mayor con diabetes mellitus.**

La medicina convencional es la ciencia que busca prevenir, tratar y curar las enfermedades mediante el uso de fármacos, concentrándose en mayor medida en los síntomas por sobre las causas que las originan<sup>59</sup>. Y la medicina tradicional es todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basado en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud; así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales<sup>23</sup>. En este estudio, el adulto mayor complementa su tratamiento convencional o farmacológico con la medicina tradicional, con el uso de la moringa, la hoja de guanábana, entre otras; y en lo que corresponde a medicina convencional utilizan hipoglucemiantes orales como: la Metformina y Glibenclamida, los cuales son indicadas para regular los niveles de glucosa en sangre.

Por lo general, la población utiliza varios tratamientos para lograr el alivio o cura de enfermedades y dolencias. Por un lado, tenemos al tratamiento convencional aplicado por profesionales de la salud, el cual está basado en conocimientos y comprobaciones científicas;

y por otro lado, encontramos el tratamiento con plantas medicinales, la cual fue la primera medicina conocida por el ser humano y que ha logrado mantenerse hasta hoy en día, por considerarse una medicina natural con reducidos efectos adversos y daños para el organismo, ésta es ejercida por personas que poseen conocimientos, saberes ancestrales, prácticas, creencias y experiencias que han sido transmitidos de generación en generación<sup>60</sup>.

La población más vulnerable ante estos saberes, son los adultos mayores, ellos son los que preservan las creencias y costumbres; además, quienes por elección deciden usar la medicina tradicional, ya que siempre van a optar por lo más por lo natural, que por lo procesado.

A continuación, emergieron los siguientes subtemas:

### **B.1. Medicamentos para controlar la diabetes.**

La búsqueda de alivio o sanación de diferentes enfermedades ha llevado al hombre a buscar una variedad de tratamientos donde destacan la medicina convencional, que es un sistema por el cual los médicos y otros profesionales de la atención de la salud (por ejemplo, enfermeros, farmacéuticos y terapeutas) tratan los síntomas y las enfermedades por medio de los medicamentos<sup>61</sup>.

Las diferentes terapias disponibles para la diabetes tipo II (DMT2) incluyen los medicamentos orales y la insulina. Una de las medicinas convencionales más utilizadas para la DMT2, es la Metformina y Glibenclamida<sup>25</sup>.

La Metformina, originalmente se derivó de *Galega officinalis* (lila francesa o ruda de cabra), alguna vez considerada una medicina tradicional complementaria (MTC) utilizada para tratar la diabetes. Hipoglucemiante, que actúa por 3 mecanismos: primero reduce la producción hepática de glucosa por inhibición de gluconeogénesis y glucogenólisis, segundo en el músculo incrementar la sensibilidad a insulina y mejora de captación de glucosa periférica y su utilización, tercero retrasa la absorción intestinal de glucosa, por ende, no estimula la secreción de insulina, por lo que no provoca hipoglucemia<sup>62</sup>. Y la Glibenclamida, es un medicamento que estimula la secreción de insulina por células  $\beta$  del páncreas, reduce la producción hepática de glucosa y aumenta la capacidad de unión y de respuesta de la insulina en tejidos periféricos<sup>63</sup>.

En Mórrope, los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, reciben como tratamiento convencional, Metformina, Glibenclamida; los cuales se lo administran con agua de moringa o de hoja de guanábana. Surgiendo de esta manera los siguientes discursos:

*“...Tomo media pastilla de metformina todos los días después del almuerzo, a veces con agua o sino con agua de moringa...” (AM3).*

*“...Después del desayuno tomo glibenclamida, con mi agua de moringa...” (AM2).*

*“...Por más que a veces no me cuide, siempre tomo mi metformina en la mañana con mi moringa...” (AM6).*

*“...Tomo mi metformina por la tarde y glibenclamida por las mañanas...” (AM1).*

*“...Tomo la glibenclamida en la mañana y en la noche la metformina, a veces los tomo con agua de la hoja de guanábana o de moringa...” (AM4).*

*“...Tengo indicado metformina de 850 mg, una pastilla en las mañanas y a veces lo tomo con agua de moringa...” (AM5).*

Corroborándose con la siguiente nota de campo:

*...Adulta mayor va a su cuarto y trae un blíster de glibenclamida, en un vaso coloca agua de moringa, saca una pastilla del blíster y la ingiere...” (DIARIO DE CAMPO – AM1).*

Los discursos demuestran que los adultos mayores toman su medicamento prescrito por el médico, ellos piensan que, ingerirlas acompañada de plantas medicinales así no tengan una vida saludable, controlarán su azúcar. Leininger en su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales<sup>13</sup>, establece que, si el cuidado no perjudica la salud de la persona, ese cuidado se puede preservar; en este caso la hoja de moringa tiene propiedad hipoglucemiante, motivo por el cual las investigadoras consideran que se debe preservar este tipo de cuidado; en cambio si la hoja de guanábana es ingerida en dosis altas puede causar daño renal y hepático, por tal motivo se recomienda reemplazar este cuidado, por el uso de la moringa, que no tiene ningún grado de toxicidad.

Cabe resaltar que, el adulto mayor es educado solo en la medicina convencional, mas no recibe información, sobre el uso de la medicina tradicional e incluso el personal de salud no tiene conocimiento sobre qué plantas o frutos ellos utilizan para complementar su tratamiento farmacológico.

## **B.2. Plantas medicinales para controlar la diabetes y evitar complicaciones.**

A nivel mundial las plantas medicinales juegan un papel sumamente importante en la prevención, cuidado y cura de enfermedades<sup>60</sup>. El uso de plantas como herramienta para restablecer la salud y el bienestar no es nada nuevo, al contrario, todas las culturas a lo largo y ancho del mundo y en todos los tiempos, lo han usado como base de su propia medicina y han dispuesto de una flora medicinal particular a partir de la cual fabrican sus remedios<sup>40</sup>.

La diversidad de plantas disponibles varía según las regiones, dependiendo del ecosistema de cada zona, pero todas tienen en común, el combatir problemas idénticos; así mismo en el Distrito de Mórrope, el adulto mayor con DMT2 usa plantas medicinales como: la hoja de guanábana, la hoja de la moringa o la semilla de la moringa, la pasuchaca, entre otras, para aliviar los síntomas de su enfermedad.

La moringa, es un género de arbustos y árboles con múltiples usos; sus hojas, sus raíces y vainas no maduras, se consumen como hortaliza, todas las partes de esta, son comestibles. Las hojas se utilizan frescas o secas y molidas en polvo. Las semillas también se pueden comer, verdes, tostadas, en polvo y en infusión para té. Tiene diferentes cualidades; por ejemplo, sus hojas tienen proteínas, vitaminas A, B, C, minerales; los productos de moringa tienen propiedades antibióticas, contra el trypanosoma y la hipotensión, antiespasmódicas, antiulcerosas, antiinflamatorias, hipocolesterolémicas e hipoglucémicas<sup>64</sup>. Por consiguiente, la moringa, al tener un efecto hipoglucemiante puede ser utilizado por personas que tienen diabetes mellitus, les ayudará a controlar la glucosa en la sangre.

En este estudio, algunos adultos mayores para controlar su glucosa, acostumbran a tomar moringa, ya sea en hojas, semilla o procesada en forma de cápsulas; ellos refieren que al consumirla su azúcar no se incrementa; además, refieren que en algunas ocasiones cuando han olvidado de tomar su medicamento para la diabetes, lo han remplazado por unas cuantas semillas de moringa.

Esto se puede evidenciar en los siguientes discursos:

*“... Tomo la hoja de la moringa como agua de tiempo... una vez que hierve el agua, le coloco las hojitas de moringa y lo tomo durante el día...” (AM5).*

*“...A mí me recomendaron que tomara moringa porque es bueno para las personas diabéticas, hace que nuestra azúcar no suba, por eso yo me preparo una jarrita diaria y lo tomo como agua de tiempo...” (AM11).*

*“...Yo consumo la moringa, pero yo lo consumo en pepitas es decir en semillas...” (AM8).*

*“...Yo mejor compre la semilla de la moringa y la tomaba diario como si fuera una pastillita...” (AM9).*

*“...Para la diabetes yo tomo moringa en cápsulas...” (AM2).*

*“... La hoja de la moringa también la hiervo y tomo como agua de tiempo...” (AM12).*

La mayoría de estos adultos mayores hierben las hojas de moringa y las toman como agua de tiempo, algunos lo toman junto con su medicamento, después de sus alimentos o durante todo el día, ya que mantienen la creencia de que es efectiva para quienes padecen de diabetes; sumándose a ello que se los recomendó algún familiar o algún conocido que tiene diabetes, haciendo referencia que les hizo efecto.

Se puede corroborar con la observación registrada en el diario de campo:

*...Sobre la mesa de la cocina se puede apreciar una bolsa abierta llena de hojitas verdes y pegada a la bolsa hay un sticker que dice moringa, al preguntarle a la nuera del adulto mayor por qué lo usa responde “...algunos días le preparo a mi suegro moringa, una señora que también tiene diabetes me lo recomendó y me dijo que lo va tomando más de un año y le ha ayudado a controlar su diabetes, su azúcar no suba mucho;... mi suegro cuando se va a trabajar le mando una botella de medio litro y sí lo toma, a veces me pide que le mande más ...” (DIARIO DE CAMPO – AM6).*

Es el estudio, la mitad de los adultos mayores participantes, utilizan el agua de la hoja de moringa. Después de la búsqueda bibliográfica, las investigadoras sugieren que este cuidado cultural puede preservarse, porque no ocasiona daños en su salud y a la vez sirve como un diurético.

También es necesario mencionar que, algunos adultos mayores ingieren el agua de hoja de guanábana. La guanábana es un árbol bajo de 6 a 8 mts., de altura, de follaje compacto y hojas canáceas y brillantes. Crece a una altura menor de los 1,000 mts., es poco resistente al frío y al viento. Las hojas de la guanábana, contiene propiedades antitumorales, es anticancerígeno, también es usada como antiespasmódica, asma, hipertensión, controla los niveles de glucosa en personas con diabetes, ayuda en los desórdenes del hígado, diarrea y contra parásitos<sup>65</sup>.

En este estudio, algunos adultos mayores suelen combinar la medicina convencional con la medicina tradicional, refieren que la moringa al igual que la hoja de guanábana les ayuda a controlar su glucosa; además, manifiestan que tomando los dos al mismo tiempo el efecto será mejor y controlará su azúcar.

Encontrándose los siguientes discursos:

*“... señorita yo tomo la hoja de guanábana porque me hace bien, mi hermana me dijo que tomara y si me siento bien, mi azúcar no sube, ni me duele la cabeza”. (AM10)*

*“... tomo las hojas de guanábana, los hiervo en agua y luego lo voy tomando durante el día...”. (AM5)*

*“... La hoja de guanábana me lo recomendó un familiar que también tiene diabetes... desde que lo empecé a tomar me siento bien, mi azúcar ya no sube...”. (AM5)*

En las siguientes notas de campo, se puede apreciar que el adulto mayor de Mórrope hace uso de la hoja de guanábana.

*...En la cocina se observó una jarra grande de aproximadamente dos litros de capacidad, llena de agua y contiene algunas hierbas, al preguntarle a la hija de la adulta mayor, nos comenta “...yo le preparo a mi mamá agüita de hoja de guanábana porque le mantiene su azúcar y no sube, y mi mamá me dice que se siente bien;... esa hojita me lo recomendó una amiga que tiene un familiar con diabetes y también lo usa...” (DIARIO DE CAMPO - AM7).*

*...En la cocina se observaron varias plantas enrolladas en papel de azúcar, la adulta mayor empieza a sacarlas, a mencionar sus nombres y para qué lo usa... “la hoja de guanábana lo preparo como agua de tiempo y eso más lo toma mi esposo porque es bueno para los diabéticos, porque controla el azúcar, además dicen que tiene más propiedades, pero principalmente se lo doy por su diabetes...” (DIARIO DE CAMPO – AM9).*

Arroyo<sup>66</sup>, en su estudio concluyó que las personas con DMT2 compensadas con terapia de Glibenclamida y con tratamiento coadyuvante de la hoja de la guanábana, mostraron mayor reducción del nivel de glicemia, que en aquellos que solo recibieron glibenclamida. No obstante, en otra investigación donde se medía el grado de toxicidad de esta planta, concluyó que si se consume la planta de la guanábana en cantidades elevadas puede ocasionar daño hepático, necrosis hepática e inflamación de los tejidos del riñón<sup>67</sup>.

Teniendo en cuenta que, Leininger<sup>13</sup>, en su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales hace mención que, si el cuidado perjudica la salud de la persona se debe negociar por otro que sea beneficioso para su salud. Razón por lo que las investigadoras consideran que se le debe brindar una consejería al adulto mayor sobre los efectos adversos que ocasiona la hoja de guanábana cuando se consume en cantidades elevadas; de esta manera con

la ayuda del AM se logrará negociar este cuidado, reorientando la dosis y la forma de cómo lo va a ingerir.

El adulto mayor dentro de su cuidado cultural también hace uso de las hojas del Achiote. Es un árbol bajo cuyo fruto es una cápsula dehiscente de color rojo o verde, que se abre en 2 valvas que contienen aproximadamente de 30 a 40 semillas. Tiene hojas alternadas, pecioladas, elípticas, coniformes en la base y lampiñas en ambas caras. Las Hojas del Achiote, por sus propiedades desinflamatorias, son usadas para aliviar el sistema urogenital y evitar el crecimiento prostático. Además, baja el colesterol, la hipertensión arterial, elimina el ácido úrico y la cistitis. Ayuda en el tratamiento de la insuficiencia renal, prolapso, incontinencia urinaria y obesidad. Es antibacteriana, antipirético, antioxidante, antidiabético, diurético, digestivo; en problemas dermatológicos se usa como cicatrizante<sup>68</sup>.

En este estudio, también se encontró un mínimo de adultos mayores que usan las hojas del Achiote para controlar su glucosa.

Evidenciándose en el siguiente discurso:

*“... a veces también tomo las hojas del achiote porque mantiene mi azúcar estable y no sube...” (AM3)*

La hoja de achiote debe evitarse en pacientes con diabetes ya que, estudios realizados del extracto de las semillas y de hojas, reportan que elevan y decrecen el azúcar en la sangre y los niveles de insulina<sup>69</sup>; por ello, el cuidado cultural debe ser conocido por el personal de salud, para saber si este cuidado se puede preservar, negociar o reestructurar, ya que es una responsabilidad la salud del adulto mayor. En este caso, este cuidado se deberá negociar con el uso de otra planta medicinal, explicar al adulto mayor qué efectos adversos se producen si la toma en altas dosis y el daño que puede ocasionar en su organismo.

Por otro lado, tenemos a la Pasuchaca, especie vegetal autóctona del Perú, pertenece a la familia Geraniaceae, es una planta silvestre que crece en forma natural; es usada popularmente en nuestro país, bajo la forma de decocción de la planta entera, para el tratamiento de la diabetes. La pasuchaca es un efectivo hipoglucemiante, útil para combatir la diabetes, sin actividad insulínica, así como la derivada del stress. No reemplaza la insulina. También puede ser usada como antiinflamatorio tópico<sup>70</sup>.

Algunos adultos mayores toman la pasuchaca como agua de tiempo evidenciándose en los siguientes discursos:

*“... de vez en cuando tomo la pasuchaca para mi diabetes...” (AM5).*

*“... también tomo la pasuchaca, lo intercalo con diferentes hierbas...porque tomar todos los días lo mismo como que cansa...”. (AM11).*

En un estudio realizado por Herrera<sup>71</sup>, sobre los efectos hipoglucemiantes del extracto etanólico de *Geranium ruizii* Hieron (pasuchaca) en la hiperglucemia inducida por aloxano en ratas, se evidenció que, el extracto etanólico de *Geranium ruizii* a la dosis de 50 y 150 mg/kg, tuvo efecto hipoglucemiante.

Ante esto, podemos decir que, este cuidado cultural se puede preservar ya que no ocasiona daño en el cuerpo del adulto mayor por no tener efectos adversos y es beneficioso para su enfermedad; por ende, el equipo de salud que labora en el C.S. Mórrope debe tener el conocimiento previo del cuidado cultural que tiene su comunidad para educarla y prevenir complicaciones.

También algunos adultos mayores para controlar su glucosa, preparan jugos a base de yacón y berenjena, en otras ocasiones comen el yacón en trozos; también la sábila picada, pues creen que, al tener un sabor amargo, hará que su glucosa disminuya y refieren que “sí hace efecto”.

El yacón o aricoma fresco, por su activa potencia hipoglicemia para reducir el nivel de azúcar en la sangre, es utilizado para la diabetes, riñones, inflamación de próstata y colesterol<sup>40</sup>. El yacón, es uno de los frutos más usados para las personas con diabetes, este fruto podría representar una excelente alternativa en el diseño de dietas hipocalóricas por su reducido contenido calórico y no tener efectos adversos por su consumo<sup>72</sup>.

Algunos adultos mayores ingieren este fruto, y se puede evidenciar en el siguiente discurso:

*“...Como el Yacón en trozos, me ayuda para controlar mi azúcar al igual que la moringa, que lo tomo como agua de tiempo casi un litro diario...” (AM1).*

El adulto mayor siempre suele usar diferentes métodos o tips para cuidar su salud, por ende, este cuidado se debe preservar; ya que el yacón no tiene ningún efecto de toxicidad y

contribuye a su alimentación y a una dieta balanceada, y sobre todo es beneficioso para las personas diabéticas.

También hacen uso de la berenjena para el cuidado de la DMT2, este alimento es muy ligero que facilita la digestión por ser muy bajo en calorías, proteínas, carbohidratos y contenido en sodio. Su consumo aporta minerales, tales como hierro, zinc, calcio y potasio y posee una composición vitamínica baja en vitaminas C, A, B1 y B2; además es muy rico en fibra vegetal y pigmentos. Dado su alto contenido en agua (superior al 90%) resulta muy adecuada en las dietas de adelgazamiento<sup>73</sup>. Este fruto contiene estatinas que se emplean para el tratamiento de las dislipemias (problemas con las grasas) como el hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, también ayuda a reducir el colesterol y a prevenir la arteriosclerosis y reduce los niveles de glicemia, lo cual es beneficioso para los diabéticos y no tiene efecto de toxicidad<sup>74</sup>.

Algunos adultos mayores utilizan este fruto como parte de su alimentación como jugo para regular el azúcar en sangre, y se puede evidencia en el siguiente discurso:

*“...Mi esposa me prepara berenjena con Yacón, le dijeron que eso me ayudaría a controlar mi azúcar; y sí hace efecto porque mi azúcar está normal, ya no ha subido...” (AM8).*

Podemos inferir, que la berenjena y el yacón son dos frutos que ayudan a mantener los niveles de glucosa en sangre estables, por tener la propiedad de reducir los niveles de glicemia y son favorables para una dieta balanceada; ya que son bajos en calorías, tienen gran cantidad de agua, entre otras propiedades como disminuir el colesterol.

El adulto mayor también utiliza la *Aloe vera l.*, conocida en otras palabras como sábila. Tiene propiedades curativas, entre las cuales podemos nombrar su capacidad como regenerador celular, activando y acelerando la formación de nuevas células; su poder desintoxicante, facilitando la eliminación de toxinas del ámbito celular, y estimulando a su vez la función hepática y renal; es rehidratante y cicatrizante, teniendo la capacidad de penetrar profundamente en los tejidos, restituyendo líquidos perdidos; capacidad analgésica, bloqueando de forma reversible las terminales nerviosas; función antiinflamatoria, con una acción similar a la de la cortisona, pero sin efecto nocivo colateral, poder antiséptico, inhibiendo la proliferación de hongos y bacteria, antibiótico, fungicida y antivírico y por último es inmunomodulador, mejorando los niveles de anticuerpos en el organismo con su ingesta y tiene propiedades antiglucecientes<sup>75</sup>.

Por otro lado, también utilizan la piña, siendo esta rica en fibra, previene o mejora el estreñimiento, contribuye a reducir las tasas de colesterol en sangre y al buen control de la glucemia en la persona que tiene diabetes<sup>76</sup>, también ha sido recomendado para el tratamiento de la artritis reumatoide, la ciática, y el control de la obesidad. La piña contiene vitaminas C, B1, B6, B9 (ácido fólico) y un poco de vitamina E, minerales como el potasio, magnesio, yodo, cobre, ácido cítrico, ácido málico, ácido oxálico, enzima bromelina. Entre las propiedades medicinales tiene la enzima proteolítica llamada bromelina, que ayuda a metabolizar los alimentos, es diurético, ligeramente antiséptico, desintoxicante, antiácido y vermífugo<sup>74</sup>.

En los siguientes discursos podemos apreciar que el adulto mayor de Mórrope, también consume la sábila y la piña para controlar su diabetes:

*“... dejando un día me preparo sábila con piña o a veces solo la sábila con gotitas de limón para que controle mi azúcar...” (AM8)*

*“...para mi diabetes como la sábila en trozos, además como es un poco amargo hace que no suba el azúcar...” (AM5).*

Podemos inferir que este cuidado que realizan los adultos mayores no genera daño en su salud, por ende, se puede preservar; estos dos alimentos tienen propiedades beneficiosas para tratar la diabetes, por ejemplo, ambos tienen propiedades antigluce miantes, ayudando a tener una alimentación saludable porque son frutas. Además, algunos AM acostumbran a tener su planta de sábila ya sea en su corral o fuera de su casa.

Corroborándose también con algunas observaciones registradas en el diario de campo:

*...Adulto mayor en el corral tiene una planta de sábila, esposa comenta: “... a mi esposo le doy sábila picadita en las mañanas, me dijeron que como es amarga eso iba a hacer que su azúcar baje...”; adulto mayor con un gesto sonriente agrega “sí hace efecto”. (DIARIO DE CAMPO – AM9).*

*...En el corral hay un macetero con una planta de sábila, al preguntar al adulto mayor por qué lo tiene, la hija responde: “...lo tenemos aquí porque yo le doy a mi papá sábila dos veces por semana, ya sea licuado con piña o picada en cuadraditos con gotitas de limón, como la sábila es amargo hace que regule su azúcar y no suba...” (DIARIO DE CAMPO - AM3).*

Muchas veces el uso de la medicina tradicional (hierbas) no es indicado por el personal de salud; pero debido a su eficacia, algunos adultos mayores manifiestan que desde el día que lo empezaron a poner en práctica han obtenido buenos resultados, pues su glucosa no ha incrementado. En consecuencia, los profesionales de la salud, deberían considerar, dentro de

sus indicaciones para el tratamiento de esta y otras enfermedades, la medicina tradicional, ya que debe ser incorporada en la formación profesional, así como como los países vecinos con similares características que el nuestro.

Evidenciándose en los siguientes discursos:

*“...El doctor no dice que tome plantas, pero como si hacen efecto yo las sigo tomando...” (AM3).*

*“...Cuando voy a la posta no me dicen que tome algunas hierbitas, pero como me lo han recomendado personas que también tienen diabetes yo he decidido también tomarlas, como me han hecho bien yo las sigo tomando...” (AM13).*

El uso terapéutico de las plantas, ha experimentado grandes variaciones a lo largo de la historia, pero su eficacia como agente terapéutico está demostrado<sup>40</sup>, como en el siguiente discurso que, el adulto mayor con diabetes mellitus tipo II refiere:

*“...No estoy de acuerdo cuando los doctores dicen que debemos cuidarnos tal como ellos nos indican, ya son diez años que tengo diabetes y siempre he tomado mis hierbas y sigo con buena salud...Pastillas para la diabetes no estoy tomando, lo que sí estoy usando como pastillas son las semillas de moringa... en las mañanas me tomo una o dos semillas...” (AM9).*

Por otro lado, para evitar posibles complicaciones en sus riñones, algunos han optado por tomar algunas hierbas como: la cola de caballo, menta o cedrón; pues consideran “como una manera de desinflamar los riñones”.

La cola de caballo, tiene propiedades diuréticas y depurativas en el organismo, astringente, regenerador, tiene propiedades estéticas (adelgazante, cuidado de pelo y uñas, cuidado de la piel), usos terapéuticos (cistitis, artritis y artrosis, bronquitis, calambre de estómago, cálculos en la vejiga entre otras); en su composición también contienen sustancias tóxicas como silicatos (si se usa prolongadamente ocasiona problemas digestivos), alcaloides (ocasionan cefalea, problemas nerviosos, pérdida de apetito, y partos prematuros), enzimas (principalmente la Tiamina por su uso prolongado puede causar la disminución de vitamina B1 que es indispensable en el metabolismo de los hidratos de carbono y aminoácidos)<sup>77</sup>.

De igual manera, el cedrón tiene propiedades antiespasmódicas, diuréticas, antipiréticas, sedantes, carminativas, digestivas, expectorantes, contra el dolor de cabeza, cardíaca, antihistamínica, emenagoga y no se han encontrado efectos adversos al consumir esta planta. Sus flores y sus hojas se usan en infusiones que son antiespasmódicas, antisépticas y sedantes. Además, tiene propiedades para controlar el vértigo, las náuseas y el insomnio<sup>78</sup>.

Encontrándose los siguientes discursos:

*“...De vez en cuando tomo cola de caballo para desinflamar los riñones...” (AM8).*

*“...Tomo bastante agua, a veces cola de caballo o cedrón porque ayudan a desinflamar los riñones...” (AM9).*

Entonces, las investigadoras infieren que, si el adulto mayor solo lo toma de vez en cuando la cola de caballo o cedrón, como lo evidenciamos en los discursos, no hay ningún problema, ya que tiene propiedades antiinflamatorias, diuréticas, entre otros; pero si se hiciera un uso excesivo (de manera diaria), es preferible negociar este cuidado explicándole al AM los efectos los efectos adversos de su uso.

### **B.3. Costumbres y uso de remedios caseros para evitar el pie diabético.**

El adulto mayor tiene diferentes costumbres y tradiciones para su cuidado, dependiendo de su entorno, Balcázar M en su artículo “capacidad y actividades en el autocuidado del paciente con pie diabético”, les aplicó un cuestionario sobre capacidades y actividades de autocuidado del paciente con pie diabético en el que se tomó en cuenta la higiene, y se obtuvo un mayor porcentaje en el nivel inadecuado<sup>79</sup>; en el Distrito de Mórrope los adultos mayores con diabetes tienen poco conocimiento sobre la buena higiene, y el cuidado de sus pies, por lo que es necesario el desarrollo de hábitos de higiene, dado que este es proclive a desarrollar neuropatía de las fibras nerviosas sensitivas y motoras, produciendo diferentes manifestaciones en los miembros inferiores como: disminución de la sensibilidad profunda y superficial; piel seca y agrietada que produce fisuras que son el inicio de una lesión o la puerta de entrada a la infección. Por tal razón, la higiene en el paciente diabético es primordial para evitar lesiones que podrían traer consigo complicaciones.

Por ello el MINSA<sup>80</sup>, implemento una guía técnica denominada guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control del pie diabético, en el anexo n°2 nos habla sobre “recomendaciones básicas del cuidado de los pies”, donde se tocan los siguientes puntos: inspeccionar los pies diariamente, lavarse e hidratarse los pies diariamente, cortarse las uñas con regularidad, nunca caminar descalzo, no dificultar la circulación sanguínea, realizar una evaluación médica de los pies por lo menos una vez al año.

Algunos adultos mayores del distrito de Mórrope tienen vagamente el conocimiento del cuidado de sus pies, por ser diabéticos, pero no saben detalladamente cómo debe hacerse el cuidado/higiene de los pies ni la importancia de esta; por ende, algunos de ellos solo cumplen con algunas de las recomendaciones básicas del cuidado de los pies como lo establece el MINSA. Lo cual lo podemos evidenciar en los siguientes discursos:

*“...yo señorita, no uso cosas apretada, y me hago higiene todos los días... primero meto mis pies en una tina y los lavo con agua y jabón esos de pepa, me seco con un polo que ya no uso”. AM1*

*“...uso zapatos que no me ajusten... la enfermera me dijo que utilice medias de algodón... cuando me hago la higiene me seco bien los pies” AM2*

*“...yo cuando me seco los pies lo seco bien, tengo otra toalla para mis pies, mi esposa me pone crema y ella me dice que este suave y también me corta mis uñas”. AM8*

*“...bueno señorita usar zapatos cómodos... por las noches me los lavo, los seco bien y les pongo cremita que se llama benzoderma... y me corto las uñas redondas y pequeñas y trato de escarbarle bien para sacarle todo y queden limpias”. AM3*

Las investigadoras infieren que el AM, no está totalmente informado sobre las recomendaciones básicas del cuidado que deben darles a sus pies, algunos de ellos solo ponen en práctica tres a cuatro cuidados como: lavarse e hidratarse los pies diariamente, cortarse las uñas, usar zapatos adecuados que no dificulten la circulación sanguínea; algunos adultos mayores lo hacen por sentirse bien, pero no saben por qué deben cuidarse los pies; el personal de salud debe informarles sobre la importancia de cuidarse los pies, ya que, si no se los cuidan adecuadamente podrían llegar a tener pie diabético. Entonces este cuidado debe reestructurarse y cumplirse las “recomendaciones básicas del cuidado de los pies” que ha establecido el MINSA para evitar tal complicación.

Un mínimo de adultos mayores para curar/sanar alguna herida, utilizan sus saberes culturales para tratarlo, haciendo uso de la violeta de genciana, el cual se puede evidenciar en el siguiente discurso:

*“...cuando me hago alguna herida, le coloco violeta de genciana y así cicatriza” AM6*

La violeta de genciana (clorhidrato de hexametil pararosanilina), es un producto de un proceso oxidativo de la mezcla de anilina con p-toluidina, y habitualmente el agente oxidativo es el ácido arsénico. Tiene acción antibacteriana, antiséptico de infecciones cutáneas superficiales, control de infecciones micóticas, prevención de la infección en pacientes

quemados, antihelmíntico, aditivo de sangre de banco para evitar la transmisión de la enfermedad de Chagas, tinciones biológicas (Gram, ácidos nucleicos)<sup>81</sup>.

También otros adultos mayores utilizan la terramicina para curar sus heridas, la terramicina o (oxitetraciclina) es un antibiótico de amplio espectro, su acción es bacteriostática, ya que actúa inhibiendo la síntesis proteica<sup>82</sup>.

Evidenciándose en los siguientes discursos:

*“... bueno yo señorita hago una masita entre el vaporub y el polvito de la terramicina, suficiente dos veces y al día siguiente ya se curó mi herida”. AM2*

*“...cuando me sale una herida primero me lavo con agua jabón de ropa para que no se infecte y después le coloco el polvito de la terramicina para cicatrizar”. AM3*

*“...cuando me han salido heridas, rápido han cicatrizado, siempre lo lavaba con agua tibia y jabón o sino con agua oxigenada, después le colocaba la terramicina y me ha secado rápido”. AM8*

*“...cuando me salen heridas, me lavo con agua y jabón verde de esos de pepa, con agua oxigenada y le pongo terramicina y seca rápido”. AM7*

Algunos de los adultos mayores optan también por el uso del achiote para disminuir el sangrado. El achiote dentro de sus propiedades medicinales encontramos: tiene efecto antibacteriano (curación de heridas y quemaduras), antiinflamatorio, antiviral, antioxidante, antiperoxidante<sup>83</sup>.

Lo podemos evidenciar en los siguientes discursos:

*“... me hecho achiote para que pare la sangre y luego solito se seca”. AM5*

*“...no me corto mucho la verdad, pero cuando me salen heridas o me corto me pongo sal para que deje de sangrar y me lavo con agua y jabón nada más”. AM10*

*“...yo siempre tengo cuidado cuando me corto, rápidamente le pongo sal hasta que pare el sangrado”. AM11*

*“...me lavo con agüita hervida tibia y jaboncito nada más y ahí dejo hasta que se cure”. AM1*

*“... para el hongo me pongo clotrival en las uñas”. AM3*

Los adultos mayores tienen un bagaje cultural muy amplio, es por ello que, utilizan diversos remedios caseros para curar heridas y evitar el pie diabético, el adulto mayor de Mórrope que busca como todo ser humano su bienestar en toda su extensión para curar/sanar, aliviar algún dolor o molestia, poniendo en práctica todo lo que aprendió a lo largo de su vida, haciendo uso de diversos remedios caseros, como: el achiote, la violeta de geniana y terramicina

para curar heridas y en cuanto al cuidado de sus pies, refieren usar medias de algodón, zapatos no apretados, lavarse con jabón y secarse bien los pies. Ante esto, las investigadoras infieren, que el personal de salud que labora en el C.S. Mórrope no da la suficiente importancia a los cuidados culturales, porque no tienen conocimientos sobre cómo es que el AM se va cuidando en su hogar.

Por su lado, el adulto mayor con diabetes mellitus hace lo posible por evitar las complicaciones producto de la enfermedad y buscado de alguna u otra manera su bienestar; pero, mientras el personal de salud no tenga conocimiento de estos cuidados, no podrá brindar una educación adecuada a los AM, y seguirá aumentando los casos de diabéticos con complicaciones.

### **C. Aspectos sociales del adulto mayor con diabetes mellitus: Familia, recreación y religión.**

La consideración biopsicosocial del hombre y la influencia que el paso del tiempo tiene sobre él, lleva a plantear y analizar los cambios que se producen a lo largo del proceso de envejecimiento desde tres perspectivas: aspectos biológicos, psíquicos y sociales; estos en su conjunto caracterizarán el perfil del adulto mayor e influirán en la satisfacción de sus necesidades<sup>44</sup>.

En el aspecto social, la consideración social de tareas específicas asociadas a cada fase de la vida tiende a clasificar a las personas según su grado de “productividad” en la sociedad. Al adulto mayor no se le adjudica ninguna tarea específica y, por tanto, tiende a ser considerado como “elemento improductivo” del grupo al que pertenece. El individuo puede sentirse solo, sin actividad laboral, poco integrado en la vida social y familiar e incluso inútil<sup>84</sup>. Ante esto, el adulto mayor puede desarrollar distintos mecanismos de respuesta ante la situación de vejez, como son: de separación o alejamiento del mundo que le rodea, puede volverse introvertido, poco comunicativo, entre otros.

El envejecimiento no es sinónimo de una vida sedentaria y rutinaria, al contrario, envejecer puede ser una etapa llena de vitalidad si así se lo proponen. Durante la etapa productiva del adulto prima el culto al trabajo, mientras que en la ancianidad pudiera ser el culto al ocio y/o recreación. La recreación, para mejorar la calidad de vida en las personas de la tercera edad se justifica, porque ofrece al anciano un buen uso del tiempo libre que antes ocupaba en el trabajo, aprende a recrearse y a sentirse verdaderamente comfortable, tanto física, como espiritualmente<sup>85</sup>.

Para las investigadoras, mantener una calidad de vida adecuada para las personas que llegan a la vejez y sobre todo si padece de una enfermedad crónica, como la diabetes mellitus, es una de las principales preocupaciones que enfrenta el adulto mayor y su familia.

Las familias constituyen el principal referente de los individuos y de la sociedad. La Organización Mundial de la Salud, citado por Arias<sup>86</sup>, define familia como: los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.

Por ende, la familia es un sistema que bajo la circunstancia de una enfermedad crónica sufre cambios drásticos tanto en su interior como en su entorno. La adaptación de la familia a la enfermedad depende en gran medida de las características propias de ésta, la etapa en que se encuentre, el momento de la vida del paciente, el lugar que éste ocupe en la familia, el tipo de enfermedad y sus tratamientos. La diabetes mellitus, es una enfermedad crónica que presenta periodos de vida normal a pesar de los cambios en el estilo de vida que se requieren para tener un buen control; en ocasiones presenta periodos que requieren intensos cuidados médicos y familiares, pues la vida del paciente pudiera estar en riesgo. Además, frecuentemente está presente el miedo hacia las posibles complicaciones de la enfermedad, tanto en el paciente como en sus familiares<sup>87</sup>.

Por lo tanto, la familia cumple un papel importante en el apoyo instrumental de las personas mayores, el cónyuge y los hijos son los principales proveedores de ayuda económica y cuidados; y es el cónyuge con quien las personas mayores cuentan incondicionalmente, ya que con los hijos pueden hacerlo solo en un plazo breve o frente a situaciones específicas<sup>88</sup>.

Los familiares cercanos deben estar implicados en los cuidados, en el caso de que la familia sea el grupo de apoyo más fuerte del paciente. En este estudio, en lo que respecta a las redes de apoyo que tienen los adultos mayores, algunos(as) cuentan con esposa(o), todos tienen hijos, familiares próximos, ya sea hermanos, sobrinos y primos; y en cuanto a la red extrafamiliar, la mayoría cuenta con amigos. La familia sí está implicada en el cuidado del adulto mayor, algunos refieren que reciben apoyo de sus esposas, otros reciben apoyo de sus hijas(os), ya que siempre están pendientes de su alimentación, les recuerdan que deben tomar sus medicamentos, asistir a sus controles médicos, entre otros.

Evidenciándose en los siguientes discursos:

*“...Mi esposa está pendiente de lo que tengo que comer, me prepara mis agüitas, me dice que no me preocupe, gracias a Dios ella sigue conmigo...” (AM8).*

*“...Mi esposa es la que me cuida, está pendiente de lo que debo y no debo comer, qué cantidad y todas esas cosas... Mis hijos me llaman y me preguntan cómo estoy, me dicen que vaya a mis controles, me apoyan económicamente... Saber que hay personas que se preocupan por mí, es suficiente para no dejarme vencer...” (AM9).*

*“...Mi hija a veces se encarga de mi comida, me sirve poco arroz, el agua poco dulce, menos condimentos... mis otros hijos están en lima, me llaman para preguntarme cómo estoy, me mandan algo de dinero que son para mis gastos personales...” (AM2).*

*“...Mensualmente todos mis hijos me mandan dinero para mis medicinas o cualquier otro gasto que tenga...” (AM7).*

*“...Mi familia siempre me ha apoyado, incluso desde antes de que tenga diabetes; siempre están pendientes de mí, también me vienen a visitar...” (AM10).*

*“...Mis hijos me apoyan económicamente, también los fines de semana lo compartimos en familia y cuando no pueden me visitan otro día...” (AM1).*

*“...Mis hijos sí me apoyan, porque me dan dinero para mi tratamiento...” (AM5).*

Así como hay adultos mayores que viven con sus hijos, hay otros que los tienen lejos. Pero de alguna u otra manera también reciben su apoyo, ellos refieren recibir apoyo económicamente; además, siempre se comunican vía telefónica, están pendientes de su salud, les piden que no se preocupen, que se cuiden, que vayan a sus controles médicos; para los adultos mayores el hecho de saber que sus hijos se preocupan por ellos, les es suficiente para “no dejarse vencer por la enfermedad”.

Otros adultos mayores no reciben apoyo económico por parte de sus hijos, consideran que aún tienen las condiciones necesarias para seguir trabajando y obtener dinero para sus necesidades; además, agregan que sus hijos ya tienen sus familias y como toda familia también tienen gastos. Para ellos, es suficiente recibir la visita de sus hijos con sus nietos, el poder compartir con ellos les genera felicidad, pues también al estar todos juntos como familia hace que se distraigan y se olviden de los días que estuvieron solos. Esto se ve reflejado en los siguientes discursos:

*“...Mis hijos económicamente no me apoyan porque yo aún trabajo, pero si me vienen a visitar...” (AM3).*

*“...Mi esposa es la que me apoya, mis hijos ya tienen sus familias y además tienen gastos, ya no están al pendiente de nosotros...” (AM4).*

*“...Mis hijos vienen a visitarnos los fines de semana, preparan la comida y lo pasamos en familia, que ellos vengan a visitarnos con mis nietos me llena de felicidad... durante la semana con mi esposo también los vamos a visitar a Chiclayo, nos llevan a pasear y nos distraemos un rato, porque aquí estamos los dos solitos...” (AM11).*

*“...Los domingos mi hijo tiene día libre, tratamos de pasarlo en familia, compartiendo un almuerzo entre todos ya que durante los demás días de la semana todos nos vemos solo por las tardes o noches...” (AM6).*

El Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, remarcó que los hijos están obligados por ley a ayudar a sus padres, a cubrir sus necesidades básicas, cuando ellos no puedan valerse por sí mismos, ya sea por limitaciones físicas, de salud o problemas económicos. El sustento para establecer la obligación alimentaria a favor de los padres se basa en el artículo

Nº 474 del Código Civil, que establece que el padre de familia que se encuentre en estado de necesidad económica y con imposibilidad de mantenerse por sí mismo podrá reclamar a los hijos mayores de edad una pensión de alimentos<sup>89</sup>.

Estar conscientes de que los padres están en una etapa diferente, no es tan sencillo; pasar de verlos vigorosos y fuertes, a ser testigos de observar como ahora sus movimientos son más lentos o como la enfermedad los va consumiendo, no es fácil. Un hijo puede ser la clave para que los padres se sientan más felices y realizados. Al estar ahí y brindándoles tiempo les decimos “gracias” a esas personas que dieron mucho de su vida por nosotros. Es bueno recordar que ellos dedicaron muchos años a darnos su amor; además, la vida pasa rápidamente y al final de ésta, los roles siempre terminan dando vuelta y es una manera de ser recíproco con ellos.

Para las investigadoras, el apoyo familiar es la base de las diferentes redes de apoyo social. La familia, constituye el principal referente para la sociedad; además, es el grupo de apoyo más importante con el que pueden contar los adultos mayores. Un ambiente familiar donde hay afecto, cariño y atención, es favorable para la salud; por el contrario, el contexto familiar donde hay desapego, olvido y desinterés, conduce a sentimientos de abandono y surge la depresión, que es un campo propicio para que aparezcan o se compliquen las enfermedades, como es el caso de la diabetes mellitus.

Socialmente, la relación con familiares y amigos puede verse afectada frecuentemente por las imposiciones de la enfermedad. Restricciones dietéticas, problemas económicos; entre otros, ya que, con la diabetes mellitus se incrementan los gastos por la dieta y los medicamentos y pueden llevar a conflictos, contribuyendo a disminuir el bienestar del paciente.

El estado de ánimo, es una de las causas que generan el aumento de las cifras de glicemia en la sangre, las cuales al ser repetitivas van a generar alguna de las complicaciones<sup>15</sup>. Varios de los participantes manifiestan “no debo angustiarme, porque eso me sube el azúcar”; además, señalan que el estar preocupados por alguna situación familiar o al tener un conflicto que les genere malgenio, se desestabiliza las cifras de glicemia en su cuerpo y para tratar de compensar eso, tratan de distraerse haciendo otras cosas, como: leer un periódico o salir a caminar. Se encontraron los siguientes discursos:

*“...Cuando ya estoy un poco colérico o preocupado, ya sé que mi azúcar va a subir o me va a doler la cabeza y para eso mejor me distraigo haciendo otras cosas, relajándome un rato, me voy a caminar o si no me pongo a leer algunos versículos de mi biblia...” (AM8).*

*“...Para que mi azúcar no suba trato de no preocuparme, mejor me pongo a pensar en otras cosas o me voy a dar una vuelta por el parque a tomar un poco de aire y así me pasa...” (AM9).*

Esto también se pudo evidenciar en las notas registradas en el diario de campo:

*...Adulta mayor saca un periódico, busca la parte donde está el crucigrama, del cajón de su mesa saca un lapicero azul y se pone a llenar el crucigrama, algunas palabras no logra encontrar y empezamos a ayudarla... (DIARIO DE CAMPO AM12).*

*...Después del almuerzo, adulta mayor lleva una silla hacia la puerta, al preguntarle por qué lo hacía responde: “...acostumbro a sentarme afuera de mi casa para tomar un poco de aire y distraerme un rato o me pongo a conversar con las vecinas...” (DIARIO DE CAMPO – AM1).*

Los adultos mayores refieren que el estar preocupados o coléricos, es un indicador de que su glucosa incrementará y por ello optan en distraerse, ya sea saliendo a caminar y tomar un poco de aire, llenando crucigramas, etc. Como se sabe, la recreación está presente en todas las etapas de la vida del ser humano, lo condiciona en su desarrollo y lo caracteriza; pero está bien claro que la recreación es necesaria en toda persona, independiente de su género y edad. Si el adulto mayor considera que este tipo de cuidado le genera un bien para su salud, las investigadoras sugieren que este tipo de cuidado se debería preservar.

Una de las formas de empleo del tiempo libre, es la recreación, entre ambas existe una estrecha interrelación. El empleo adecuado de la recreación en el tiempo libre, favorece la salud física y mental. Pues, en todo el proceso de transformación social del hombre surge la necesidad de un tiempo para realizar actividades recreativas, fuera de la producción de bienes materiales destinados al disfrute, tanto individual, como colectivo, lo que se denomina tiempo libre<sup>90</sup>.

La recreación en la tercera edad, se le considera un recurso potenciador. En esta edad, la actividad física - intelectual, favorecen el bienestar y la calidad de vida de los individuos, haciéndolos sentir motivados y orgullosos. La recreación es un proceso de acción participativa y dinámica que facilita entender la vida como una vivencia de disfrute, creaciones y libertad, en el pleno desarrollo de las potencialidades del ser humano para su realización y mejoramiento de la calidad de vida individual social, mediante la práctica de actividades físicas, intelectuales o de esparcimiento<sup>44</sup>.

La diabetes mellitus es considerada una enfermedad prevenible y asociada al estilo de vida poco saludable, donde la actividad física, una estrategia no farmacológica; se pauta como una de las medidas preventivas más efectivas, aunadas al correcto régimen dietético de las personas, incluyendo al adulto mayor como población susceptible a estos cambios<sup>84</sup>.

La actividad física, está definida como el movimiento corporal producido por la contracción de los músculos esqueléticos, que requiere un gasto de energía en exceso. El ejercicio es considerado un subconjunto de actividad física: el movimiento planeado, estructurado, repetitivo y corporal realizado para mejorar o mantener a uno o más componentes de una buena salud. El ejercicio aerobio consta de movimientos rítmicos, repetidos y continuos de grupos musculares grandes, al menos 10 min; ejemplo, caminar, trotar, nadar, entre otros deportes. El ejercicio de resistencia consta de actividades que usan la fuerza muscular para mover un peso en contra de una carga resistente; ejemplo, los ejercicios en los cuales se utilizan máquinas de peso. El ejercicio físico debe ser aerobio en las personas con DM, este incrementa la sensibilidad a la insulina y el consumo de glucosa muscular y hepática, influye favorablemente sobre el control metabólico<sup>91</sup>.

En este estudio, la realización de actividad física es una de las acciones referidas por los adultos mayores, consideran que es de gran importancia para evitar las complicaciones de la enfermedad; para algunos de los participantes el ejercicio, como caminar es importante; pues estar activo, no solo genera cambios a nivel físico, sino que también genera una distracción que ayuda a sobrellevar la enfermedad. Otros, optan por ir y regresar del mercado caminado; para ellos es una manera de hacer ejercicios y/o actividad física.

Lo que se evidencia en los siguientes discursos:

*“...Si estoy en la chara aprovecho en caminar unos 10 minutos mientras voy viendo que los peones estén trabajando... el estar caminando ya es una forma de ejercitarse” (AM3).*

*“...Voy al mercado caminando y también regreso caminando, así ya estoy haciendo ejercicios... más o menos son 25 minutos de caminata” (AM10).*

*“...Sí hago ejercicios, salgo a caminar y dar unas vueltas en el parque con mi esposa y si no puede, le digo a mi sobrino que me acompañe...” (AM4).*

*“...La única manera de hacer ejercicios es cuando voy al mercado, porque aprovecho en caminar...” (AM2).*

Evidenciándose también en la siguiente nota de campo:

*...Eran las 9:30am y nos dirigimos con la adulta mayor al mercado, fuimos caminando mientras conversábamos lo que iba a preparar en el almuerzo; el regreso del mercado también lo hicimos caminando, fueron un total de 9 cuadras. (DIARIO DE CAMPO – AMI).*

Por lo tanto, realizar ejercicios también se considera como una actividad recreativa, que se puede poner en práctica en el tiempo libre. El ejercicio, como el caminar es uno de los pilares fundamentales para tener un control de la diabetes mellitus; además, ayuda a mejorar la calidad de vida, porque la actividad física realizada de manera regular, disminuye la glicemia y potencia el efecto que causa la insulina en el organismo. De esta manera se disminuye también el riesgo de padecer trastornos cardiovasculares y beneficia la autoestima en las personas<sup>56</sup>. Las investigadoras, consideran que este tipo de cuidado que realizan los AM se debería preservar, porque les genera un bien para su salud.

Además, es importante que la persona que padece diabetes mellitus, realice actividad física, porque: Mejora la eficiencia de la insulina, disminuye la glicemia, ya que, mientras se hace ejercicio, los músculos consumen más glucosa, combate el exceso de peso y la obesidad, reduce el riesgo de muerte por enfermedad cardíaca, reduce el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular, contribuye a prevenir y reducir la hipertensión arterial, así como la osteoporosis, mejora trastornos digestivos como estreñimiento, mejora la resistencia de personas con enfermedades crónicas o discapacidades, contribuye con la reducción de dolores de rodilla, contribuye al bienestar psicológico, reduce el estrés, la ansiedad y los sentimientos de depresión o soledad<sup>44</sup>.

En el Distrito de Mórrope, la religiosidad popular es parte de la cultura. El nivel de participación religiosa es mayor entre las personas de la tercera edad, que entre cualquier otro grupo de edad. Para este grupo de personas, la comunidad religiosa es la mayor fuente de apoyo social aparte de la familia, y la implicación en organizaciones religiosas es el tipo de actividad de voluntariado social más frecuente, y más habitual que todas las demás formas de voluntariado social juntas.

La actividad religiosa o religiosidad se ha definido como el grado de participación y adhesión a la enseñanza y la actividad organizada de una religión particular. La creencia religiosa, por otro lado, es el sistema de creencias fundamentales que podría influir en nuestras ideas, valores en la vida y formas de vida. Muchos pacientes reconocen la

importancia de la religión en sus propias vidas y querrían que los médicos tomen en cuenta los factores religiosos en su manejo de la atención médica<sup>92</sup>.

La religión es la creencia en un poder o poderes, divino o sobrehumano que existe para ser obedecido y adorado como el creador y que da un orden al universo. Los valores éticos y la religión, así como un sistema de creencias y prácticas rituales, ayudan en gran medida a clarificar la etnicidad, ya que proporcionan un marco de referencia y una perspectiva dentro de la que se puede organizar la información. Las creencias y prácticas religiosas relacionadas con la salud y la enfermedad son incontables<sup>38</sup>.

Durante el proceso de investigación, se evidenció que los adultos mayores manifiestan sus creencias como un acto de fe y esperanza, creen que rezando y portando objetos religiosos estarán protegidos y con buena salud.

Esto se evidencia en los siguientes discursos:

*“...Durante mi enfermedad, yo le rece a mi virgencita y a Dios para que me ayuden durante todo ese proceso, porque fue muy difícil para mí...” (AM10).*

*...Adulto mayor de religión católica, refiere: “...En Dios encontré consuelo y paz, gracias a él aún me encuentro con vida, porque él así lo ha decidido, me ha dado fuerzas para seguir adelante y sobrellevar momentos difíciles...” (AM9).*

*“...Yo creo mucho en Dios, también le rezo mucho a la Virgen de la Inmaculada y el Señor de los Milagros para que le de salud y felicidad a mi familia...” (AM5).*

*“...Yo siempre me pongo al pie de mi cama y converso con Dios y le pido que siempre este conmigo, que me de salud, y cada vez que tomo mi medicamento me persigno para que sea en nombre de él y me haga bien...” (AM12).*

*“...Como falleció mi esposo, decidí unirme a la iglesia evangélica y me ayudó mucho para poder salir adelante, siempre tengo a mi Jehová presente y le agradezco mucho porque fue mi soporte...” (AM7).*

De los adultos mayores participantes en este estudio, algunos refieren que rezaron tanto a la Virgen, como a Dios, para que los ayudaran en el proceso de su enfermedad; además, al encomendarse a ellos, encontraron consuelo y paz, pues les han dado fuerzas para seguir adelante y poder sobrellevar momentos difíciles. Todas estas estrategias de afrontamiento como: la oración, creencia en Dios, leyendo la biblia, cambiando sus conductas no saludables, etc., han sido de gran ayuda para ellos.

La religión es un recurso que se usa con frecuencia en el envejecimiento. Los AM suelen usar la religiosidad en varios momentos durante el día, y cuando se sienten enfermos, es el

primer recurso disponible antes que los medicamentos, consultarlo con otras personas, o profesionales de salud. Al saber que la religión es tan importante para los AM, y que produce muchos beneficios en ellos, no es posible que los médicos y profesionales estén ajenos a esa inmensa realidad. Por ello, explorar y entender la religiosidad de los AM es una tarea esencial en la práctica geriátrica. Lo mínimo que se puede hacer es preguntarles a los pacientes sobre sus creencias religiosas y aconsejarles que las apliquen en su vida diaria, porque la oración les puede ayudar mucho<sup>93</sup>.

Las investigadoras, en los hogares de los adultos mayores lograron observar símbolos religiosos, como: la cruz de Motupe, el Señor Cautivo de Ayabaca, la Sagrada familia, entre otros; los cuales están colocados en altares acompañados de flores, velas y fotos de familiares que han fallecido; en caso de no asistir a misa, rezan ante su altar, piden por su salud y la de su familia. También creen que, al portar objetos religiosos como estampitas de Jesús estarán protegidos.

Obteniéndose los siguientes discursos:

*...En la sala se observa una imagen grande del Señor Cautivo de Ayabaca; adulta mayor comenta que es muy creyente en él, además le pide por su salud y que cuide a su familia... (DIARIO DE CAMPO – AM2).*

*“...Yo soy católico, no voy muy seguido a misa, pero en mi billetera tengo una estampita de Jesús, con eso siempre me siento protegido de todos los males y accidentes cuando manejo, porque yo soy chofer...” (AM8).*

Esto se pudo evidenciar en la siguiente nota, registrada en el diario de campo:

*...En la sala se observa un altar con algunos símbolos religiosos, entre ellos la cruz de Motupe, el Señor Cautivo de Ayabaca, los cuales están acompañados de un recipiente con flores; a todo esto el adulto mayor comenta “...yo no asistiré a misa todos los domingos, pero todas las mañanas rezo un Padre nuestro y dos Ave marías frente a mi altar, uno siempre tiene que pedir y rezar por la familia que se encuentra lejos, que nos vaya bien en el trabajo, por nuestra salud y que nos dé más días de vida...” (DIARIO DE CAMPO – AM6).*

Para las investigadoras, la religión y la espiritualidad son instrumentales muy importantes, para hacer frente a la salud; sin embargo, hay poca literatura que nos hable de ello. Pues, es difícil determinar si la religión o la cultura, determinan el comportamiento de salud o el control glucémico de una persona, o más bien si es la interacción entre los dos, lo que da forma al comportamiento de salud de uno. Algunos de los adultos mayores que participaron en este estudio, han demostrado un efecto positivo de la participación religiosa en su salud física y mental, refiriendo que con ello han podido sobrellevar su enfermedad y

poder cumplir con las indicaciones brindadas por el personal de salud. Es necesario hacer mención que, la evidencia del efecto positivo de la religiosidad en la salud, está ganando ritmo en todo el mundo. Por lo que las investigadoras consideran que se debe preservar este tipo de cuidado que realiza el adulto mayor.

## V. CONSIDERACIONES FINALES

Los adultos mayores preservan los cuidados culturales para cuidar/sanar de la salud/enfermedad, siendo en ocasiones adecuadas o inadecuadas para su salud; estos cuidados que se practican en el hogar se antepone a los cuidados que reciben por parte del equipo de salud; posiblemente esto se deba a la falta de información de dichas prácticas, lo cual hace difícil la reestructuración o negociación con los adultos mayores, respecto al uso de la medicina tradicional o remedios caseros, que puedan causar daño a su salud, por ellos, la presente investigación identifica, describe y comprende el cuidado cultural de los adultos mayores con Diabetes mellitus tipo II del distrito de Mórrope.

Los adultos mayores, asumen diversas estrategias para cumplir con la dieta balanceada indicada por el personal de salud, como: disminuir el consumo de carbohidratos - “harinas”- y grasas e incrementan las verduras, los cuales distribuyen en raciones. Asimismo, incorporan a su dieta edulcorantes como la stevia, ya sea de manera natural o procesada. Creen que consumir alimentos o frutas “ácidas y amargas” y tomar bastante agua, disminuye su glucosa. Pero reconocen que no pueden dejar de lado, satisfacer la “provocación del dulce o gustito” sobre todo los postres propios de su distrito, como los jugos, conservas a base de frutas y la chica de jora, aunque estos contengan exceso de carbohidratos.

Emplean la medicina convencional indicada por el personal de salud, como: la metformina y la glibenclamida; pero, prevalece el uso de la medicina tradicional: la moringa, stevia, hojas de guanábana y del achiote, sábila, pasuchaca, piña, berenjena y yacón. Pero, casi todos los adultos mayores que participaron en este estudio, consumen moringa, ya sea en hojas, la semilla o procesada en forma de cápsulas, incluso cuando han olvidado de tomar su medicamento para la diabetes, lo han remplazado por las semillas de moringa. Por otro lado, para evitar posibles complicaciones en sus riñones, algunos han optado por tomar algunas hierbas como: la cola de caballo o cedrón; pues consideran “como una manera de desinflamar los riñones”.

La familia, la religión y la recreación, son componentes sociales de apoyo que ayudan a sobrellevar la enfermedad. En este estudio, la actividad física, es una de las acciones referidas por los adultos mayores, consideran que es de gran importancia para evitar las complicaciones de la diabetes; para algunos de ellos, el ejercicio, como caminar es importante; pues estar activo

no solo genera cambios a nivel físico, sino que también genera una distracción, que ayuda a sobrellevar la enfermedad. Otros, optan por ir y regresar del mercado caminado; para ellos es una manera de hacer ejercicios y/o actividad física. Además, los adultos mayores manifestaron que el estar preocupados o coléricos, es un indicador de que su glucosa incrementará y por ello optan en distraerse, ya sea saliendo a caminar y tomar un poco de aire o llenando crucigramas, etc.

La familia está implicada en el cuidado del adulto mayor, algunos refieren que reciben apoyo de sus esposas, otros reciben apoyo de sus hijas(os); ya que siempre están pendientes de su alimentación, les recuerdan que deben tomar sus medicamentos, asistir a sus controles médicos, entre otros. Aunque, la relación con familiares y amigos puede verse afectada frecuentemente por las imposiciones de la enfermedad, restricciones dietéticas, problemas económicos; entre otros, ya que con la diabetes mellitus se incrementan los gastos por la dieta y los medicamentos; pueden llevar a conflictos, contribuyendo a disminuir el bienestar del adulto mayor. Además, durante el proceso de investigación se rescata que los adultos mayores manifiestan sus creencias como un acto de fe y esperanza, creen que rezando y portando objetos religiosos estarán protegidos y con buena salud.

Finalmente, algunos de los adultos mayores no cumplen con las indicaciones del personal de salud y colocan en primer lugar sus prácticas culturales para cuidarse; prevaleciendo sus costumbres alimentarias, el uso de la medicina tradicional y remedios caseros sin ninguna supervisión, ni control; esto podría poner en riesgo su salud, producir complicaciones; ya sea porque se incrementen los efectos del medicamento debido al mal uso por excesiva dosis o por desconocimiento de los vendedores o de personas que recomiendan su uso; es por todo esto, que el personal de salud, tiene que negociar y reestructurar estas creencias y costumbres.

## **VI. RECOMENDACIONES**

### **A. A LAS INSTITUCIONES DE SALUD**

Poner en marcha la ejecución de programas de salud del adulto mayor con Diabetes Mellitus, involucrando a este accionar a docentes y estudiantes de diversas escuelas profesionales de la salud (enfermería, medicina, odontología, psicología, nutrición) con la finalidad de mejorar la calidad de vida de este grupo etario.

Capacitar periódicamente al equipo interdisciplinario de salud que está encargado de este grupo etario sobre medicina tradicional e interculturalidad, con la finalidad de asumir eficazmente su rol como facilitador de la promoción de salud, enfocándose en sus creencias y costumbres del adulto mayor con la finalidad de preservar o reestructuras cuidados culturales con el fin de beneficiar su calidad de vida.

Difundir la importancia de los Programas del Adulto mayor y los beneficios de un envejecimiento saludable con ayuda del personal de salud y los medios de comunicación.

### **B. A LAS INSTITUCIONES FORMADORAS**

Programar prácticas comunitarias en caseríos o centros poblados lejanos, para descubrir su realidad y así poder adquirir desde pregrado competencias en educación cultural o intercultural para dar a conocer la importancia de cuidar a la persona desde una perspectiva cultural, respaldada con la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales de Madeleine Leininger.

Considerar la medicina tradicional en los planes de estudio de las instituciones formadoras de los futuros profesionales y especialmente del profesional de enfermería de esta manera se logrará mejorar las competencias de los estudiantes frente a los desafíos culturales de los pacientes.

### C. A LOS PROFESIONALES ENFERMEROS

Que los profesionales de enfermería continúen con la capacitación ya sea con estudios de especialidad o maestría, promoviendo el desarrollo de sus competencias para comprender mejor los cuidados culturales de los diferentes grupos sociales que aplican estos cuidados de manera exclusiva para su bienestar en su vida cotidiana.

Concientizar y educar al profesional de enfermería sobre la importancia cultural de la teoría de Madeleine Leininger para fundamentar la práctica de enfermería

### D. A LOS INVESTIGADORES

Que se sigan promoviendo las investigaciones con Enfoque Etnográfico debido a la diversidad cultural, ya que esto puede aportar conocimientos empíricos para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; profundizando en estas investigaciones no solo se puede optar por un cuidado natural para la diabetes mellitus sino un futuro tratamiento preventivo en Mórrope y alrededores.

Realizar trabajos de investigación cuasi experimentales sobre los efectos del uso de las hojas de guanábana y del achiote en pacientes diabéticos.

Realizar trabajos de investigación cuasi experimentales sobre los del uso de terramicina, achiote y violeta de genciana como cicatrizante de heridas en pacientes diabéticos.

### E. A LOS ADULTOS MAYORES

Asistir a sus controles en el centro de salud y mantenerse informado sobre los beneficios o desventajas del uso de la medicina tradicional.

Incorporar o mantener los estilos de vida saludable como las estrategias que utilizan para cumplir con la dieta, y conversar con el personal de salud sobre el uso de la medicina convencional y la medicina tradicional que utilizan para que lleguen a un acuerdo y eviten complicaciones.

## VII. LISTA DE REFERENCIAS

1. Tarrés C. El cuidado del 'otro'. Diversidad cultural y enfermería transcultural. *Gazeta de Antropología* [internet]. 2011 May [Consultado 2017 Ago 29]; 17(15): 6p. Disponible en: <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=3267>
2. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Diabetes: Resumen de orientación [Internet]. Estados Unidos de América; 2016 [consultado 2017 Ago 29]. Disponible en: <http://www.who.int/diabetes/global-report/es/>
3. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud [internet]. Estados Unidos de América; 2015 [consultado 2017 Sep 06]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
4. Vargas M, Gómez B, García M, Ruelas M, Melguizo E, Ruiz A. Significado de salud: la vivencia del adulto mayor. *Aquichan* [Internet]. 2017 [consultado 2017 Ago 29]; 17(2): 171-182p. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/6730/4555>
5. Salamanca J. Adultos mayores: reconocer sus saberes para cuidarlos mejor. *Pesquisa* [internet]. Bogotá; 2015 [consultado 2017 Sep 11]. Disponible en: [http://www.javeriana.edu.co/pesquisa/wp-content/uploads/Pesquisa31\\_04.pdf](http://www.javeriana.edu.co/pesquisa/wp-content/uploads/Pesquisa31_04.pdf)
6. Chege I, Apolot F, Guantai A, Karanja S, Derese S. Management of Type 2 Diabetes Mellitus by Traditional Medicine Practitioners in Kenya-Key Informant Interviews. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2015 [consultado 2017 Ago 29]. Disponible en: <http://doi.org/10.11604/pamj.2015.22.90.6485>
7. Ssenyange CW, Namulindwa A, Oyik B, Ssebuliba J. Plants used to manage type II diabetes mellitus in selected districts of central Uganda. *Afr Health Sci* [Internet]. 2015 [consultado 2017 Ago 29]; 15(2):496-502p. Disponible en: <http://doi.org/10.4314/ahs.v15i2.24>
8. Vázquez F. La cultura y el manejo de la diabetes. Efectos del género e interacciones entre pacientes y proveedores. En: Villaseñor S. *Psiquiatría, naturaleza y cultura De lo singular a lo universal*. GLADET [internet]. México; 2009 [consultado 2017 Sep 08]. Disponible en: <http://www.apalweb.org/docs/gladet.pdf>
9. Lunyera J, Wang D, Maro V, Karia F, Boyd D, Omolo J, et al. Traditional medicine practices among community members with diabetes mellitus in Northern Tanzania: an ethnomedical survey. *BMC Complement Altern Med* [internet]. 2016 [consultado 2017 Sep 08]; 16:282. Di Disponible en: <http://doi.org/10.1186/s12906-016-1262-2>
10. Oblitas G, Hernández G, Chiclla A, Antich M, Ccorihuamán L, Romaní F. Empleo de plantas medicinales en usuarios de dos hospitales referenciales del Cusco, Perú. *Rev perú med exp salud pública* [Internet]. 2013 [consultado 2017 Sep 10]; 30(1): 64-8p. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342013000100013&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000100013&lng=es)
11. Valdivia F, Hidalgo M. Uso de la medicina tradicional en diabetes mellitus no insulino-dependiente. *An Fac Med* [internet]. Lima; 2014 [consultado 2017 Sep 01]; 57(1): 180-3p. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v57i3.4868>

12. Briñez K, Muñoz de Rodríguez L. Experiencias de cuidado cultural en personas con diabetes y el contexto familiar, con enfoque Leininger. Cultura de los cuidados [internet]. 2016 [consultado 2017 Oct 01]; 20(45): 81-90p. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.45.09>
13. Leininger M. Teoría de la diversidad y universalidad. En: Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 8ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015. 728p
14. Téllez de Espinoza I, Guerra C. Prácticas culturales de cuidado de los diabéticos trujillanos. [Tesis doctoral en internet]. Valera, Trujillo – Venezuela: Universidad de Carabobo; 2016 [consultado 2017 Sep 15]. 215p. Disponible en: <http://riuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/4122>
15. Alvarado Y. Creencias, Percepciones y actitudes de adultos mayores con diagnóstico de Diabetes mellitus frente a las complicaciones de la enfermedad, Bogotá 2015. [Tesis de licenciatura en internet]. Bogotá-Colombia: Pontifica Universidad Javeriana; 2015 [consultado 2017 Sep 15]. 89p. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/19521>
16. Medina M, Ramos M. Terapias alternativas de las familias en el tratamiento de enfermedades crónicas en los adultos mayores del distrito de Pátapo [tesis de licenciatura en internet]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2014 [consultado 2017 Ago 29]. 80p. Disponible en: [http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/408/1/TL\\_MedinaSimpertiguesMarisol\\_RamosCachayMaria.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/408/1/TL_MedinaSimpertiguesMarisol_RamosCachayMaria.pdf)
17. Leininger M, McFarland M. Transcultural Nursing: concepts, theories, research and practice. En: Melguizo E. Creencias y prácticas de cuidado de la salud de ancianos en situación de discapacidad y pobreza en la comunidad 9 de Cartagena [tesis de doctorado en internet]. Bogota-Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2010 [consultado 2017 Ago 29]. 254p. Disponible en: [www.bdigital.unal.edu.co/8603/1/539118.2010.pdf](http://www.bdigital.unal.edu.co/8603/1/539118.2010.pdf)
18. Melguizo E. Creencias y prácticas de cuidado de la salud de ancianos en situación de discapacidad y pobreza en la comunidad 9 de Cartagena [tesis de doctorado en internet]. Bogota-Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2010 [consultado 2017 Ago 29]. 254p. Disponible en: [www.bdigital.unal.edu.co/8603/1/539118.2010.pdf](http://www.bdigital.unal.edu.co/8603/1/539118.2010.pdf)
19. Gutierrez L. Creencias de las madres de niños entre 2 y 5 años acerca del tratamiento de las infecciones respiratorias agudas en el Puesto de Salud San Antonio – Ate, 2009 [tesis de licenciatura en internet]. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010 [consultado 2017 Ago 29]. 254p. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/255/Gutierrez\\_vl.pdf?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/255/Gutierrez_vl.pdf?sequence=1)
20. Leno G. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. Gazeta de Antropología [Internet]. 2006 [consultado 2017 Oct 03] 22(32):8p. Disponible en: [http://www.ugr.es/~pwlac/G22\\_32Daniel\\_Leno\\_Gonzalez.pdf](http://www.ugr.es/~pwlac/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.pdf)
21. Smeltzer S, Bare B, Hinkle J, Cheever K. Enfermería médicoquirúrgica Brunner y Suddarth. 12ª ed. Buenos Aires: Lippincott Williams & Wilkins; 2013. 2416p.
22. Guerra S. De la Sierra a la Costa: Cuidado cultural de las familias inmigrantes, 2011 [tesis de licenciatura en internet]. Chiclayo-Perú: Universidad Católica Santo Toribio de

- Mogrovejo; 2013 [consultado 2017 Oct 03]. 153p. Disponible en: [http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/574/1/TM\\_Guerra\\_Davila\\_SilviaYoana.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/574/1/TM_Guerra_Davila_SilviaYoana.pdf)
23. Organización Mundial de la salud. Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional (2014-2023) [internet]. Hong Kong; 2013 [consultado 2017 Sep 29]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/m/abstract/Js21201es/>
  24. Ministerio de Salud (MINSA). Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores [internet]. Perú: Lima; 2006 [consultado 2017 Oct 04]. Disponible en: [https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/Normas%20T%C3%A9cnicas\\_segunda%20parte.pdf](https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/Normas%20T%C3%A9cnicas_segunda%20parte.pdf)
  25. Manya K, Champion B, Dunning T. The use of complementary and alternative medicine among people living with diabetes in Sydney. BMC Complement Altern Med [internet]. 2012 [consultado 2017 Sep 29]; 12:2. Disponible en: <http://doi.org/10.1186/1472-6882-12-2>
  26. Lenise M, de Souza M, Monticelli M, Cometto M, Gómez P. Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. Washington, DC: OPS; 2013. 240 p.
  27. Grove S, Gray J, Burns N. Investigación en enfermería. 6ª ed. España: Elsevier; 2016. 531p.
  28. Martínez C. El muestreo en investigación cualitativa: Principios básicos y algunas controversias. Redalyc [internet]. 2012 [consultado 2017 Oct 15]; 17(3):613-619p. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63023334008>
  29. Lambayeque.net: El Portal de los Lambayecanos. Mórrope [internet]. 2011 [consultado 2017 Oct 20]. Disponible en: <http://www.lambayeque.net/lambayeque/morrope/>
  30. Amezcua M. El trabajo de campo etnográfico en salud: una aproximación a la observación participante. Index Enferm [internet]. 2000 [consultado 2017 Oct 15]; 9(30):30-35p. Disponible en: <http://www.index-f.com/cuali/observacion.pdf>
  31. Lima K, De Almeida A, Dos Santos C, García C, Ribeiro P, Mendes M. Hablando de la Observación Participante en la investigación cualitativa en el proceso salud-enfermedad. Index Enferm [Internet]. 2014 [consultado 2017 Oct 15]; 23(1-2):75-79p. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962014000100016](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000100016)
  32. Spradley J, McCurdy D. The cultural experience: Ethnography in Complex Society. 2ª ed. E.U.: Editorial Waveland Press. 2005. 190p.
  33. Sgreccia E. Manual de bioética I Fundamentos y ética biomédica. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2009 – 2014. 968p.
  34. Ministerio de Salud del Perú. Prevenir la diabetes está en tus manos [internet]. Lima; 2012 [consultado 2017 Dic 14]. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/diabetes/matcom/triptico.pdf>
  35. Varela M, Vives T. Autenticidad y calidad en la investigación educativa cualitativa: multivocalidad. Inv. Ed Med [internet]. 2016 [consultado 2017 Oct 20]; 5(19):191-198p. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.04.006>

36. De Torres L, Francés M. La dieta equilibrada. Guía para enfermeras de atención primaria. nutrición.org [Internet]. 2007 [consultado 2018 Sep 07]; 19p. Disponible en: <http://www.nutricion.org/publicaciones/pdf/Gu%C3%ADa%20AP-Diet%C3%A9ticaWeb.pdf>
37. Silvestri C. Hábitos alimentarios en relación al consumo de alimentos protectores de la salud de adultos mayores de más de 70 años. [Tesis de licenciatura en internet]. Argentina: Universidad Abierta Interamericana; 2011 [consultado 2018 Sep 07]. 69p. Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111529.pdf>
38. Spector R. Teoría y Método. Cultura, cuidados de salud y enfermería. RUA [internet]. 1999 [consultado 2018 Jun 19]; 3(6):66-79p. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/5155#vpreview>
39. Alcaraz N, Chávez A, Reyes A, Loya J, Vargas M. Influencia del patrón cultural dietético del paciente diabético en el apego al régimen alimenticio. RUA [internet]. 2009 [consultado 2018 Oct 01]; 13(25): 104-110p. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/11548/1/CC\\_25\\_14.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/11548/1/CC_25_14.pdf)
40. Hoffman D. Guía familiar de plantas medicinales: fisioterapia práctica para un bienestar integral. Barcelona: Tikal; 1996. 256p.
41. Martínez I, Romero R, Ortiz H, Elizalde H, Gutiérrez M, Aguilar J, et al. La alimentación de pacientes diabéticos tipo 2 y su relación con el desarrollo de infecciones en los pies. Rev Biomed [internet]. 2014 [consultado 2018 Jun 08]; 25(3): 119-127. Disponible en: <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb142533.pdf>
42. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Guía de orientación nutricional para personas mayores. FIAPAM [Internet]. Madrid; 2013 [consultado 2018 Nov 29]. 50p. Disponible en: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/07/Gu-a-de-orientaci-n-nutricional-para-per-mayores.pdf>
43. Castro A. La nutrición como ruptura cultural: la experiencia de los adultos con diabetes mellitus tipo 2. Investigación en Salud. Redalyc [internet]. 2007 [consultado 2018 Jun 10]; 9(1): 26-33p. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14290105>
44. Fenco M. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión [tesis de licenciatura en internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2010 [consultado 2018 Nov 29]. 155p. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1299/fenco\\_am.pdf;jsessionid=6A2B0CC71D3B99C2648E0EF68F51041C?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1299/fenco_am.pdf;jsessionid=6A2B0CC71D3B99C2648E0EF68F51041C?sequence=1)
45. Garrido N. Alimentación en el paciente diabético: La figura de la enfermera como educadora en diabetes. [Tesis de licenciatura en internet]. España: Universidad De La Rioja; 2015 [consultado 2018 Nov 29]. 63p. Disponible en: [https://biblioteca.unirioja.es/tfe\\_e/TFE001098.pdf](https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001098.pdf)
46. Rivas C. Percepciones, creencias y sentimientos acerca de su alimentación en miembros de una asociación de diabéticos. Distrito Pueblo Libre, Lima. [Tesis de licenciatura en internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2016 [consultado 2018 Nov 29]. 58p. Disponible en:

[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4906/Rivas\\_ac.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4906/Rivas_ac.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

47. Álvarez J. Macronutrientes. Fundación para la Diabetes.org [Internet]. Madrid; 2016 [consultado 2018 Nov 29]. Disponible en: <https://www.fundaciondiabetes.org/infantil/202/macronutrientes>
48. Zanin T. Qué frutas puede comer un diabético. TUASAÚDE [Internet]. 2018 [consultado 2018 Nov 29]. Disponible en: <https://www.tuasaude.com/es/que-frutas-puede-comer-un-diabetico/>
49. Ríos G, Ramírez D, Bobadilla C, Ríos A, Ramírez M, Sales M, et al. Remoción de clorofilas presentes en extractos de Stevia (Stevia rebaudiana Bertoni) por adsorción con carbón activado y precipitación con cal grado alimenticio. Redalyc [Internet]. 2017 [consultado 2018 Jun 08] 27(1): 67-75p. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41650152007>
50. García M, Escobar B. Formulación de proyectos en stevia como producto endulzante para el mejoramiento de la calidad de vida en población con obesidad y diabetes. [Monografía en internet]. Colombia: Universidad Nacional Abierta y a Distancia; 2017 [consultado 2018 Sep 10]. 78p. Disponible en: <https://repository.unad.edu.co/handle/10596/17597>
51. Alay E, Vásquez B. Sustitución del azúcar común (sacarosa) en el producto pastelero muffin. [Tesis de licenciatura en internet]. Ecuador: Universidad De Guayaquil; 2017 [consultado 2018 Sep 10]. 102p. <https://goo.gl/ibxm5g>
52. Salvador R, Sotelo M, Paucar L. Estudio de la Stevia (Stevia rebaudiana Bertoni) como edulcorante natural y su uso en beneficio de la salud. Scientia Agropecuaria. Scielo [Internet]. 2014 [consultado 2018 Jun 08], 5(3), 157-163p. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-99172014000300006](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-99172014000300006)
53. Melguizo E, Alzate M. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. Av. Enferm [Internet]. 2008 [consultado 2018 Nov 29]; 26(1): 112-123p. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12891/13649>
54. Fernández E. La chicha, una refrescante tradición peruana. Revista de Investigación y Cultura [Internet]. 2015 [Consultado 2018 Sep 10]; 4(1):102-107p. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/5217/521751973013.pdf>
55. Padilla M. Aplicación de la chicha de jora en 30 recetas estandarizadas. [Tesis de licenciatura en internet]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2010 [consultado 2018 Sep 10]. 143p. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/1583/1/tgas8.pdf>
56. Carlos E, Tomalá A. C Hábitos alimentarios en pacientes con diabetes mellitus. Comuna Bambil Collao. Parroquia Colonche - Santa Elena 2017. [Tesis de licenciatura en internet]. La Libertad- Ecuador: Universidad Estatal Península De Santa Elena; 2018. [Consultado 2018 Jun 15] 77p. Disponible en: <https://docplayer.es/108783459-Universidad-estatal-peninsula-de-santa-elena-facultad-de-ciencias-sociales-y-de-la-salud-carrera-de-enfermeria.html>

57. Menéndez C. Por qué el cuerpo nos pide dulce. Lne.es [Internet]. 2011 [consultado 2018 Nov 29]. Disponible en: <https://www.lne.es/sociedad-cultura/2011/11/01/cuerpo-pide-dulce/1150601.html>
58. El Portal de la Algarroba. El deseo por lo dulce. Caroube [Internet]. 2014 [consultado 2018 Nov 29]. Disponible en: <https://www.caroube.net/es/blog-de-la-algarroba/31-el-deseo-por-lo-dulce>
59. Luttés R, García M, Luttés C. Biomedics [internet]. Chile; 2016 [consultado 2018 Sep 11]. Disponible en: <https://www.biomedics.cl/medicina-convencional/>
60. Velasco E, Toapanta S. Preferencias del tratamiento convencional frente al tratamiento con plantas medicinales en adultos mayores de la parroquia Presidente Urbina del cantón Píllaro. [Tesis de licenciatura en internet]. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato; 2018 [consultado 2018 Jun 19]. 101p. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/27532>
61. Instituto Nacional Del Cáncer (NIH). Definición de Medicina convencional [consultado 2018 Jun 19]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/medicina-convencional>
62. Vidal Group. Metformina. Vademecum.es [internet]. Madrid: Vidal Vademécum Spain; 2017 [consultado 2018 Sep 11]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-metformina-a10ba02>
63. Vidal Group. Glibenclamida. Vademecum.es [internet]. Madrid: Vidal Vademécum Spain; 2017. [consultado 2018 Sep 11]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-glibenclamida-a10bb01>
64. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Moringa [Internet] 2018 [Consultado 2018 Oct 12]. Disponible en: <http://www.fao.org/traditional-crops/moringa/es/>
65. Sistema integrado de Información de Comercio Exterior. Hoja de guanábana. SIICEX [Internet]. [Consultado 2018 Oct 18]. Disponible en: [http://www.siicex.gob.pe/siicex/resources/fichaproducto/hojas\\_de\\_guanabana1.pdf](http://www.siicex.gob.pe/siicex/resources/fichaproducto/hojas_de_guanabana1.pdf)
66. Arroyo J, Martínez J, Roncero G, Palomino R, Villareal A, Bonilla P, et al. Efecto hipoglucemiante coadyuvante del extracto etanolito de hojas de *Annona muricata* L (guanábana) en pacientes con diabetes tipo 2 bajo tratamiento de Glibenclamida. Scielo [internet]. 2009 [consultado 2018 Dic 03]; 70(3) 163-167p. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v70n3/a02v70n3.pdf>
67. Méndez J, Gutiérrez R, Lazalde B, Rodríguez J, Reyes C. Uso terapéutico de la guanábana (*annona muricata*) [internet]. 2015 [consultado 2018 Dic 03]; 1-5p. Disponible en: [http://congresos.cio.mx/memorias\\_congreso\\_mujer/archivos/extensos/sesion4/S4-MCS24.pdf](http://congresos.cio.mx/memorias_congreso_mujer/archivos/extensos/sesion4/S4-MCS24.pdf)
68. Sistema integrado de Información de Comercio Exterior. Achiote. SIICEX [Internet]. [Consultado 2018 Oct 18]. Disponible en: <http://www.siicex.gob.pe/siicex/resources/fichaproducto/Achiote1.pdf>
69. Vademécum V. Achiote [internet]. [consultado 2018 Dic 03]; 1-15p. Disponible en: [https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/censi/Achiote\\_Vademecum.pdf](https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/censi/Achiote_Vademecum.pdf)

70. Bell C. Productos naturales pasuchaca. *Ágora Rev. Cient* [Internet] 2015 [Consultado 2018 Oct 18]; 2(1):139-141p. Disponible en: <https://goo.gl/Ye5Bub>
71. Herrera O, Chinchay R, Palomino E, Arango E, Arroyo J. Efecto hipoglucemiante del extracto etanolito de *Geranium Ruizii* Hieron. (pasuchaca) en la hiperglucemia inducida por aloxano en ratas. *Rev. Scielo* [internet].2015 [consultado 2018 Dic 03] 1-6p. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v76n2/a02v76n2.pdf>
72. Seminario J, Valderrama M, Manrique I. El yacón: fundamentos para el aprovechamiento de un recurso promisorio. Centro Internacional de la Papa (CIP), Universidad Nacional de Cajamarca, Agencia Suiza para el desarrollo y la cooperación (COSUDE), Lima, Perú [internet]. 2003 [consultado 2018 Dic 03]; 1-61p. Disponible en: [http://cipotato.org/wpcontent/uploads/2014/07/Yacon\\_Fundamentos\\_password.pdf](http://cipotato.org/wpcontent/uploads/2014/07/Yacon_Fundamentos_password.pdf)
73. Gonzáles J. Montes de Oca Y, Domínguez M. Breve reseña de la especie *Solanum melongena* L. *Rev cubana Plant Med* [Internet]. 2007 Sep [Consultado 2018 Oct 21]; 12(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-47962007000300006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-47962007000300006)
74. Berríos B, Velásquez L. Efecto del jugo de piña, berenjena y caigua en la disminución de colesterol y triglicéridos en el adulto mayor. Centro de salud de Zamácola Arequipa, 2014. [Tesis de licenciatura en internet], Arequipa-Perú: Universidad Católica de Santa María; 2015 [Consultado 2018 Dic 04]1-71p. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/54219870.pdf>
75. Gonzales M. Aloe Vera [Tesis de licenciatura en internet]. Buenos Aires- Argentina] 2014 [Consultado 2018 Dic 04;] 1-108p. Disponible en: <http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/handle/123456789/528>
76. Eroski consumer. Piña propiedades. [Internet] España [Consultado 2018 Oct 2018 21]. Disponible en: <http://frutas.consumer.es/pina/propiedades>
77. Fuertes J, “Estudio de los beneficios terapéuticos de la planta cola de caballo (*ESQUISETUM ARVENSE* L.)”. [Monografía previa a la obtención del título de: químico farmacéuta] Cuenca- Ecuador 2014. Universidad Católica de Cuenca- Facultad de biofarmacia [Consultado 2018 Dic 04] 1-62p. Disponible en:[http://dSPACE.ucacue.edu.ec/bitstream/reducacue/6553/1/Estudio%20de%20los%20beneficios%20terape%20C3%BAticos%20de%20la%20planta%20cola%20de%20caballo%20\(equisetum%20arvense%20l.\).pdf](http://dSPACE.ucacue.edu.ec/bitstream/reducacue/6553/1/Estudio%20de%20los%20beneficios%20terape%20C3%BAticos%20de%20la%20planta%20cola%20de%20caballo%20(equisetum%20arvense%20l.).pdf)
78. López J. Herbolaria apuntes. [Internet] 2016; México: Universidad Autónoma del Estado de México [Consultado 2018 Dic 05] 518p. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/80531539.pdf>
79. Balcázar M, Escate Y, Choque C, Velásquez D. Capacidad y actividades en el autocuidado del paciente con pie diabético [Internet]. 2014 [consultado 2018 Dic 05]; 7(2):63-68p. Disponible en: <h.https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2014/julio/Articulo%202-7-2.pdf>
80. Ministerio de Salud del Perú. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control del pie diabético [internet]. Lima; 2016. [consultado 2018 Nov 01]. Disponible en: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM\\_226-2016-MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_226-2016-MINSA.pdf)

81. Saretzky I, Vaccaluzzo R, Bilevich E. Novedades en apósitos para la cura avanzada de heridas. [Internet]. 2016 [Consultado 2018 Dic 05] 1-7p. Disponible en: [http://www.aiach.org.ar/ckfinder/userfiles/files/atd\\_APOSITOS%20ATD%202016.pdf](http://www.aiach.org.ar/ckfinder/userfiles/files/atd_APOSITOS%20ATD%202016.pdf)
82. Ministerio de Salud del Perú. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control del pie diabético [internet]. Lima; 2016. [consultado 2018 Nov 01]. Disponible en: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM\\_226-2016-MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_226-2016-MINSA.pdf)
83. Lourido H, Martínez G. La Bixa Orellana L. en el tratamiento de afecciones estomatológicas, un tema aún por estudiar. Revista Cubana de Farmacia. [Internet] 2010. [Consultado 2018 Dic 05] 44(2) 234-247p. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/far/vol\\_44\\_2\\_10/far12210.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/far/vol_44_2_10/far12210.pdf)
84. Meléndez I, Camero Y, Álvarez A, Castillas L. La actividad física como estrategia para la promoción de la salud en el adulto mayor, Ecuador. Enferm Inv. [Internet]. 2018 [consultado 2018 Sep 19]; 3(1):32-37p. Disponible en: <https://enfermeriainvestiga.uta.edu.ec/index.php/enfermeria/article/view/128/195>
85. Gai M. Actividades recreativas en adultos mayores internos en un hogar de ancianos. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2015 [consultado 2018 Nov 29]; 41(1): 67-76p. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662015000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100007)
86. Arias M, Ramírez S. Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 zona urbana, Distrito de Pachacámac. [Tesis de licenciatura en internet]. Perú: Universidad Ricardo Palma; 2013 [consultado 2018 Oct 15]. 116p. Disponible en: [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/328/1/Arias\\_mp%20-%20Ramirez\\_ss.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/328/1/Arias_mp%20-%20Ramirez_ss.pdf)
87. Arroyo M, Bonilla M, Trejo L. Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético. Rev Neurol Neurocir Psiquiat [Internet]. 2005 [consultado 2018 Oct 15]. 38(2):63-68p. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2005/nnp052d.pdf>
88. Merodio Z, Rivas V, Martínez A. Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionadas con la diabetes en el adulto mayor. Horizonte Sanitario [Internet]. 2015 [consultado 2018 Oct 15]. 14(1):14-20p. Disponible en: <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/800/684>
89. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Decreto Legislativo N° 295 Código Civil: Décimo Sexta Edición [Internet]. Perú; 2015 [consultado 2018 Nov 29]. 724p. Disponible en: <http://spij.minjus.gob.pe/notificacion/guias/CODIGO-CIVIL.pdf>
90. Oliva Y. Alternativa recreativa comunitaria para favorecer la calidad de vida del adulto mayor diabético. Contribuciones a las Ciencias Sociales [Internet]. 2011. [consultado 2018 Oct 15]. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/12/yog.htm>
91. Hernández J, Licea M. Papel del ejercicio físico en las personas con diabetes mellitus. Rev cubana Endocrinol [Internet]. 2010. [consultado 2018 Oct 17]. 21(2): 182-201p. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532010000200006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532010000200006)
92. Boon C, Ming K, Chin C. Does religious affiliation influence glycaemic control in primary care patients with type 2 diabetes mellitus? Ment Health Fam Med [Internet].

2011. [consultado 2018 Oct 17]. 8(1):21-28p. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3134210/>
93. Reyes C. Importancia de la religión en los ancianos. Colombia Médica [Internet]. 1998 [consultado 2018 Nov 29]; 24(9): 155-57p. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/283/28329409.pdf>

## VIII. ANEXOS



### ANEXO 01: Consentimiento Informado Consentimiento para participar en un estudio de investigación.

#### - ADULTOS MAYORES-

#### Datos informativos:

**Institución:** Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

**Investigadores:** Cordova Asenjo Neydib Jakeline y Saldaña Silva Alysson Maryel

**Título:** Cuidado cultural de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II en el Distrito de Mórrope, 2018.

#### Propósito del Estudio:

Estamos realizando este estudio para Identificar y comprender las creencias y prácticas culturales que usted realiza para cuidarse de la Diabetes Mellitus Tipo II.

#### Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Luego que usted dé su consentimiento, realizaremos alrededor de 04 visitas en su hogar, en un promedio de 08 horas cada una; con el fin de poder observar cómo usted se cuida de la diabetes mellitus tipo II.
2. Aproximadamente en la tercera visita, se le hará una entrevista que contiene preguntas relacionadas con las creencias y costumbres para cuidarse de la diabetes mellitus tipo II, que será grabada en un grabador de voz. Durará aproximadamente 30 minutos y será en su domicilio.
3. Se le asignará un código (AM1, AM2, AM3...) para proteger su nombre. Aproximadamente en la cuarta visita, y después de transcribir su entrevista, se le leerá y presentará la entrevista transcrita en un documento impreso, para que verifique si está de acuerdo con los datos brindados, o agregar alguna información.

#### Riesgos:

No hay daños por participar en este estudio.

#### Beneficios:

Al finalizar la entrevista se le entregará material educativo (tríptico) sobre el tema: la diabetes mellitus elaborado por el Ministerio de Salud.

#### Costos e incentivos:

Usted no pagará nada por participar en este estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

#### Confidencialidad:

Nosotras guardaremos su información con un código para proteger su nombre. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Los documentos o papeles no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

#### Uso futuro de la información obtenida:

Vamos a conservar la información de sus respuestas guardadas en archivos por un periodo de 02 años, con el fin de que sirvan como fuente de verificación de nuestra investigación.

Autorizo guardar la base de datos:      SI       NO

Se contará con el permiso del Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, cada vez que se requiera el uso de la información.

**Derechos del participante:**

Si usted no desea participar en el estudio, puede retirarse en cualquier momento. Si tiene alguna pregunta que nos quiera hacer, por favor pregunte a las siguientes personas: Cordova Asenjo Neydib Jakeline o llamar al tel. 945424834 ó Saldaña Silva Alysson Maryel o llamar al tel. 954193890, las investigadoras.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono 074-606200 anexo 1138.

**CONSENTIMIENTO**

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Participante  
Nombre:  
DNI:

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Investigador  
Nombre: Cordova Asenjo Neydib. J.  
DNI: 76985513

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Investigador  
Nombre: Saldaña Silva Alysson. M.  
DNI: 74037862

Fecha: \_\_\_\_\_



## ANEXO 02: Guía de observación

### OBSERVACIÓN PARTICIPANTE EN EL HOGAR DE LOS ADULTOS MAYORES.

-Diario de Campo-

#### I. Datos Informativos

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora de término: \_\_\_\_\_

Escenario: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Actores sociales o personas observadas: \_\_\_\_\_

#### II. Contenido

En la observación participante se tomarán en cuenta los siguientes ítems.

1. **Ambiente externo:** Observar el entorno exterior donde viven los adultos mayores, observar su relación con las personas de fuera (externas a su familia), lugares donde realizan sus actividades ya sean sociales, recreativos, políticos, de trabajo, etc.
2. **Ambiente interno:** Observar el cuidado cultural que tienen los adultos mayores dentro del lugar donde vive con su familiar y los ambientes que influyen su cuidado.
3. **Los hechos observados:** Descripciones del cuidado cultural de los adultos mayores diabéticos, actividades, secuencia y duración de acontecimientos, estructura del escenario (ambiente externo o ambiente interno).
4. **Lo que dicen:** Los discursos, palabras propias de su cultura, si hay cumplimiento de controles de enfermería, controles médicos y la frecuencia de asistencias a estos controles, etc.
5. **Lo que hacen:** Las conductas, actitudes y comportamientos, los gestos, las posturas relacionadas con las costumbres/creencias y prácticas para cuidarse y controlar o prevenir complicaciones de la diabetes mellitus tipo II.
6. **Creencias, símbolos y rituales:** Cuidados referentes a sus creencias, objetos, uso de símbolos religiosos, alimentos, formas de cuidado de los adultos mayores para su salud/enfermedad.
7. **Las relaciones entre los miembros de la familia:** Cómo participan en el cuidado al adulto mayor con diabetes mellitus tipo II.
8. **Los hechos que producen en el investigador:** Experiencia vivida: sentimientos, intuiciones, dudas, sufrimientos, goces, temores, etc.
9. **Los comentarios del observador:** Comentario sobre las actitudes y comportamiento de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II en cuanto a su cuidado cultural.

### ANEXO 03: Guía de entrevista

#### GUÍA DE ENTREVISTA ETNOGRÁFICA DIRIGIDA A LOS ADULTOS MAYORES.

La presente entrevista, es de carácter confidencial, está dirigida a los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, el cual tiene por objetivo: Recolectar información sobre el cuidado cultural que ustedes realizan ante dicha enfermedad.

**Fecha de entrevista:** \_\_\_\_\_

#### I. DATOS PERSONALES

Código \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Procedencia \_\_\_\_\_  
 Religión \_\_\_\_\_  
 Nivel de instrucción \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_  
 N° de miembros en el hogar \_\_\_\_\_  
 Última glicemia \_\_\_\_\_  
 Tiempo que le diagnosticaron su enfermedad \_\_\_\_\_

#### II. PREGUNTAS

1. ¿Cómo inicio su enfermedad?
2. ¿Cómo se viene cuidando desde el momento que le dijeron a usted que tiene diabetes?
3. ¿Qué costumbres han cambiado en su vida desde que tiene esta enfermedad?
4. ¿Cómo sabe que le sube el azúcar y qué hace usted ante esto?
5. ¿Qué toma o come para que su azúcar no suba? (tratamiento: medicamentos, alimentación, etc.)
6. ¿Qué alimentos debe y no debe consumir? ¿Por qué?
7. ¿Qué pajitas, remedios caseros o productos acostumbra tomar para controlar su azúcar? ¿Por qué?
8. ¿Qué complicaciones puede tener si no se cuida? ¿usted como evita eso?
9. ¿Cómo deben cuidarse los pies quienes tienen diabetes? ¿Usted cómo cuida sus pies?
10. ¿Qué hace cuando se corta o le salen heridas?, ¿Cómo se cura?
11. ¿Siente que su familia lo apoya en el cuidado de su diabetes?, ¿cómo?
12. ¿Lo que le enseñan en el Centro de Salud para controlar su Diabetes, lo pone en práctica en su casa? ¿por qué?

## ANEXO 04: Tríptico



¡**Dirige la DIABETES en tus manos vive sano**

Realízala con frecuencia.  
Durante unos 30 minutos al día.

Identifica tus factores de riesgo y empieza a prevenir la diabetes.



### ¿ES CIERTO QUE LA DIABETES PUEDE PRODUCIR MÁS PROBLEMAS EN SALUD?

Sí. La diabetes puede producir:

- Infarto al corazón. Primera causa de muerte en el mundo
- Derrame cerebral. Primera causa de discapacidad en el mundo
- Insuficiencia renal. Lleva a la hemodiálisis
- Daño ocular. Lleva a la ceguera
- Disminución de la sensibilidad en los pies
- Demora en la cicatrización de las heridas



### ¿CÓMO PUEDO PREVENIR LA DIABETES?

- Mantén un peso adecuado
- Come alimentos bajos en grasas
- Evita el consumo de harinas y azúcares
- Realiza actividad física con frecuencia (30 minutos todos los días)
- Aumenta el consumo de frutas, verduras y pescados
- Toma por lo menos 8 vasos de agua al día
- No fumes y evita beber alcohol

### RECUERDA

Consulta siempre con tu médico.



[www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe)

Llama gratis a INFOSALUD 0800 - 10828



Prevenir está en

come y



- Come frutas, verduras y pescados
- Realiza actividad física al menos 30 minutos al día

Visita [www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe) Llena el test, conoce tus factores de riesgo



## ¿QUÉ ES LA DIABETES?

Es una enfermedad que produce la subida del nivel de azúcar (glucosa) en la sangre. Se presenta para toda la vida, pero puede controlarse y evitar complicaciones si se diagnostica a tiempo.

## ¿CÓMO FUNCIONA EL AZÚCAR EN NUESTRO ORGANISMO?

Así como sucede con los automóviles, nuestro organismo requiere de un combustible para trabajar. Ese combustible es el azúcar (glucosa) que circula en el cuerpo.

Cuando se consumen los alimentos, estos se descomponen convirtiéndose en azúcar (glucosa), que es el combustible que utilizan las células para dar al organismo de la energía necesaria. Este proceso se llama METABOLISMO.

Sin embargo, el azúcar en niveles excesivos es perjudicial para la salud y daña órganos como los ojos, riñón, corazón, arterias, pies, etc.



LA DIABETES ES UNA ENFERMEDAD QUE SE PUEDE PREVENIR.

## DIABETES MELLITUS TIPO 2

La diabetes tipo 2 generalmente se presenta en adultos y adultos mayores. Se controla practicando actividad física, alimentándose saludablemente y con los medicamentos recetados por el médico.



## ¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DE LA DIABETES?

En la mayoría de casos no existen síntomas, sin embargo, algunas personas pueden presentar:

- Excesivas ganas de comer
- Micción frecuente y en grandes cantidades
- Infecciones frecuentes (urinarias, vaginales, de piel, etc)
- Abundante sed
- Visión borrosa
- Pérdida de peso

## ¿QUIÉNES TIENEN MÁS RIESGO DE PADECER DIABETES?

Las personas que llevan una vida sedentaria, tienen sobrepeso y obesidad presentan mayor riesgo de padecer la diabetes tipo 2.

