

EL CUIDADO DE SÍ DE LA EMBARAZADA DIABÉTICA COMO UNA VIA PARA ASEGURAR UN HIJO SANO

SELF-CARE OF DIABETIC PREGNANT WOMEN, A WAY OF ENSURING A HEALTHY BABY

O CUIDADO DE SI DE GESTANTES DIABÉTICAS COMO UM CAMINHO PARA ASSEGURAR UM FILHO SAUDÁVEL

Carmen Amarilis Guerra de Castillo¹, Marta Lucía Vásquez²

¹ Doctora en Enfermería. Profesora Titular de la Universidad de Carabobo. Coordinadora del Programa de Doctorado, Área de Concentración Salud y Cuidado Humano – Valencia/Venezuela.

² Doctora en Enfermería. Área de Concentración Filosofía en Enfermería por la UFSC. Profesora Titular de la Universidad de Valle - Cali/Colombia.

PALABRAS CLAVE: Enfermería. Antropología cultural. Embarazo. Diabetes Mellitus.

KEYWORDS: Nursing. Cultural anthropology. Pregnancy. Diabetes Mellitus.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Antropologia cultural. Gravidez. Diabetes Mellitus.

RESUMEN: Esta investigación etnográfica focalizada exploró las creencias, los valores, los hábitos y los padrones comportamentales de las embarazadas diabéticas atendidas en el Hospital Doctor Enrique Tejera, quienes residen en tres comunidades urbanas pobres de la ciudad de Valencia - Venezuela, con el objetivo de encontrar el significado del cuidado de si para dichas grávidas. Se utilizó como referencial teórico el Modelo del Análisis de la Salud y la Teoría Antropológica de la Salud, siendo fundamentales para revelar aquello que estaba implícito en el comportamiento de las mujeres con relación a su cuidado. Surgieron tres temas: la salud y la enfermedad - valores culturales del cuidado de si; las prácticas del cuidado de la salud y cuidándose en el embarazo garantiza tener un hijo más saludable. Los temas culturales revelaron que las creencias, los valores, los hábitos y los patrones culturales comportamentales, conforme las tres maneras de acción identificadas, pueden ser preservadas, acomodadas y re-estructuradas para proporcionar un cuidado culturalmente congruente.

ABSTRACT: This focused ethnography explored the beliefs, values, habits and behavioral patterns of diabetic pregnant women who were treated in Hospital Doutor Enrique Tejera, residents of three poor, urban communities in the city of Valencia, Venezuela. The purpose of this study was to find the meaning of self-care for these pregnant women. The Health Analysis, the Theory of Diversity, and the Universality of Cultural Care Models were used as theoretical reference for this article. The qualitative methods based on Anthropology of Health were essential for revealing the implicit within the women's behavior with respect to their own care. Three themes arose: health and nursing - cultural values of self-care; care practices and health; and caring for one's self while pregnant ensures a healthy newborn. The cultural themes revealed that the beliefs, values, habits, and behavioral patterns, according to the three modes of action identified, can be preserved, accommodated, and restructured to offer a culturally congruent care practice.

RESUMO: Esta etnografia focalizada explorou as crenças, os valores, os hábitos e os padrões comportamentais de gestantes diabéticas atendidas no Hospital Doutor Enrique Tejera, residentes em três comunidades urbanas pobres da cidade de Valência, na Venezuela, com o propósito de encontrar o significado do cuidado de si para estas gestantes. Foram usados como referência teórica o Modelo de Análise de Saúde e a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. Os métodos qualitativos baseados na Antropologia da Saúde foram essenciais para revelar o implícito no comportamento das mulheres em relação ao seu cuidado. Surgiram três temas: a saúde e a enfermidade - valores culturais do cuidado de si; práticas de cuidado de saúde; e cuidando-se na gestação assegura um filho saudável. Os temas culturais revelaram que as crenças, os valores, os hábitos e os padrões comportamentais, de acordo com os três modos de ação identificados, podem ser preservados, acomodados e reestruturados para oferecer um cuidado culturalmente congruente.

Endereço: Carmen Amarilis Guerra de Castillo
Universidad de Carabobo, Escuela de Enfermería,
Hospital Psiquiátrico de Bárbula, Pabellón 12.
Valencia, Estado Carabobo, Venezuela.
E-mail: amarilisdecastillo@cantv.net

Artigo original: Pesquisa
Recebido em: 12 de agosto de 2005
Aprovação final: 01 de março de 2006

ABORDANDO EL PROBLEMA

En los últimos años en Venezuela, se ha incrementado la preocupación del sector salud en fomentar un alto sentido de pertenencia y corresponsabilidad de las personas en la promoción de sus actividades en salud. A pesar de estos esfuerzos, algunos trabajos han mostrado la problemática de la falta de responsabilidad de las personas cuando se enferman para el cuidado a sí mismas. Esta situación sucede con mucha frecuencia en las embarazadas diabéticas.

La presencia de una enfermedad como la Diabetes Mellitus (DM) implica una serie de limitaciones y cambios en los hábitos diarios de la mujer, lo cual trae repercusiones tanto a nivel individual como familiar y sociocultural. Sí a esto se le suma la presencia del embarazo, se nos hace fácil entender, que estas mujeres son portadoras de una gran angustia y están sometidas a una serie de temores por creencias y valores que pueden influir negativamente en la evolución de su enfermedad y de la gestación.

Lo que la mujer siente en torno a su cuidado, tiene no solo repercusiones en su cuerpo sino en su imaginario. Por lo tanto, además del conocimiento técnico, cualquier acción de promoción, prevención y tratamiento, debe considerar sus creencias y valores, propiciando esta aproximación mayor claridad al contexto real del fenómeno que queremos abarcar. Es decir, si consideramos el mundo de las embarazadas diabéticas y tomamos en cuenta sus puntos de vista, sus creencias, valores, hábitos y patrones comportamentales, podremos tomar decisiones y aplicar acciones profesionales culturalmente congruentes.¹

Con el propósito de contribuir con la comprensión del cuidado de sí de las embarazadas diabéticas como actores sociales, este estudio tiene como objetivos: descubrir el significado que tiene el cuidado de sí para un grupo de embarazadas diabéticas atendidas en la Unidad de Diabetes y Embarazo (UDE) de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" y domiciliadas en tres comunidades urbano-marginales, a partir de sus creencias, valores, hábitos y patrones comportamentales; y construir una propuesta de cuidado cultural a partir del Modelo del Sol Naciente para este grupo a la luz de los significados encontrados.¹

Posiblemente este abordaje puede contribuir a incorporar estrategias en el desarrollo de programas de salud reproductiva para proporcionar cuidados de salud culturalmente congruentes a las embarazadas diabéticas. Los profesionales de enfermería como

responsables en gran medida del cuidado que se ofrece a la embarazada diabética debe considerar las creencias, valores, hábitos y patrones comportamentales, de tal forma que preserve aquellas acciones que no implique riesgos para la mujer y negocie con ellas para cambiar aquellas que puedan resultar inconvenientes para su salud y la de su hijo.

EL ESCENARIO DE LA INVESTIGACIÓN

Los escenarios de la presente investigación fueron la UDE y los domicilios de las embarazadas diabéticas. Dichos domicilios estaban ubicados en los Barrios Unión, Federación y José Gregorio Hernández del Municipio Valencia, Estado Carabobo. Algunos indicadores socioeconómicos que caracterizan este Estado (ubicado en la región central del país, con una extensión de 4.650 km²) donde se encuentran los Barrios, son los siguientes: actividades económicas en industrias de diversa índole, como el ensamblaje de vehículos y electrodomésticos, entre otros. Este estado se convirtió en un polo de atracción de la migración de las zonas rurales hacia las áreas urbanas a partir de los años setenta. La violenta concentración de personas en este estado trajo desempleo, pobreza, subempleo, saturación y deterioro de los servicios de salud, problemas de inseguridad, transporte y servicios, generación de cinturones de miseria. Aunado a ello, la economía venezolana entró en fase recesiva, a partir de 1978. La caída de dichos precios en 1982 agrava la crisis económica, lo cual se evidencia fuertemente en 1983, cuando ocurre la devaluación de la moneda. Esta crisis de los últimos veinte años ha disminuido drásticamente el poder adquisitivo de la población, conllevando a un descenso en el número de calorías per capita, así como en el consumo de carnes rojas, pollo, pescado, legumbres, hortalizas y frutas, según lo demuestran estudios realizados a un antes de 1987.^{2,3} Este hecho, indiscutiblemente repercute en las posibilidades de cumplimiento de un plan alimentario conveniente por parte de los diabéticos.

REFERENCIAL TEORICO

Bajo el enfoque de la antropología cultural: el Modelo de Análisis de Salud⁴ y la Teoría de la Diversidad y de la Universalidad Cultural del Cuidado¹ fueron usados como referentes conceptuales para el presente trabajo dado que el primer Modelo aborda los sistemas de atención de salud,⁴ como sistema culturales, con este modelo se procura comprender de que forma el grupo de mujeres, que son atendidas en

la UDE piensan, hacen y usan sus símbolos, confiere un carácter dinámico en la cual la cultura es el resultado de interacciones constantes. Por otra parte, la Teoría de Leininger da la oportunidad de un cambio de postura por parte del profesional de enfermería, llevándolo a reflexionar sobre la imposición del cuidado cultural. Leininger elaboró el Modelo del Sol Naciente el cual simboliza el surgimiento del sol o las formas de descubrir el cuidado a través de diferentes componentes. Los cuidados culturales toman en consideración según esta teoría, la totalidad de la vida humana y su existencia a lo largo del tiempo, incluyendo la estructura social, la visión de mundo, sistemas de cuidados populares y profesionales. De acuerdo a los planteamientos, el Modelo puede ser utilizado para establecer las relaciones existentes entre los factores que envuelven a la embarazada diabética en sus acciones de cuidado de sí misma. Con la visión *emic* de las mujeres, se genera conocimiento sustantivo y éste le permitirá determinar a los profesionales de la salud cuales de sus prácticas de salud pueden ser preservadas, acomodadas y reestructuradas para ofrecer un cuidado culturalmente congruente.

Las dimensiones conceptuales consideradas fueron: el hombre como ser cultural, visto como un ser de participación, un actor social, un sujeto histórico personal y colectivo de construcción de relaciones sociales, igualitarias, justas, libres y fraternas y situado en un contexto determinado. Es por ello, que está condicionado histórica y socialmente; su comportamiento depende del aprendizaje que el desarrolle en ese medio, lo que quiere decir, de un proceso que llamamos endoculturación o socialización.⁵ Es un ser que vive en un ambiente físico y socio cultural. Tiene significados propios de salud, enfermedad y necesidad de cuidado. Este hombre atraviesa fases, ocupa posiciones en la estructura social, que le confieren tareas.⁶ Es un ser que aprende que es responsable de su sobre vivencia y del grupo que forma parte. Es un ciudadano con derechos y deberes y que forma parte de un sistema cultural y profesional de cuidados.

Otro término utilizado fue el de cultura, en el marco de este trabajo se consideró, como un conjunto de valores, creencias, normas y estilos de vida característicos de un grupo humano, que han sido aprendidos, compartidos y transmitidos y que guían el pensamiento, decisiones y acciones de patrones de comunicación.¹

En este contexto, se entiende la salud como un estado de bienestar que es definido, valorizado y practicado culturalmente y que refleja las habilidades

de los individuos y grupos en el desempeño de sus actividades diarias, en modos de vida culturalmente expresados, benéficos y padronizados.¹ Cuando se interrumpe el equilibrio o la armonía natural, sobreviene la enfermedad. La enfermedad y su tratamiento son puramente biológicos sólo abstractos. Si una persona se enferma, el tipo de enfermedad que adquiere y el tratamiento que recibe, depende principalmente de los factores sociales.⁷

Entre los elementos de la estructura cultural que de alguna forma están relacionadas con el cuidado de sí de las embarazadas diabéticas y que pueden facilitar la reflexión del tema de este estudio, se consideraron las creencias, valores, hábitos, patrones comportamentales. La creencia es una generalización que hace la persona respecto a sí misma, a otras personas o al mundo en general y se caracteriza porque no tiene fundamento racional y define la conducta del individuo⁸. Es posible identificar los diferentes aspectos y tipos de creencias que puede sustentar una persona ante una enfermedad; y en consecuencia promover un proceso de cambio hacia alternativas de bienestar y salud, representado por un cambio paradigmático y que en esencia es una transformación de las reglas, modelos cognitivos, patrones de percepción y límites, lo que amplía las formas de responder a la realidad presente y futura.⁹ Los valores determinan el desarrollo de las capacidades, los comportamientos, las conductas y las actitudes. Los hábitos son formas de comportamiento que se han arraigado por repetición. Todo hábito representa la respuesta o la satisfacción de una necesidad. La erradicación, pues, de tal hábito, no es posible mientras no se les reemplace por otra respuesta o forma de satisfacer aun mejor aquella necesidad. Los patrones comportamentales son acciones realizadas por el hombre guiado por ciertas creencias y principios y se basan en necesidades sentidas. Las prácticas culturales serán entonces el reflejo de las necesidades que el individuo tenga y estas a su vez serán permeadas por su sistema de valores y creencias.¹⁰⁻¹¹

En este estudio, la embarazada diabética es considerada como un ser humano en una etapa de reproducción fisiológica asociado con una enfermedad denominada Diabetes Mellitus. Tanto la vida de ella como la de su familia se afectan por las características particulares con que cada quien percibe la enfermedad en relación con la edad de inicio, la etapa de vida reproductiva, los riesgos a que se enfrentan y a los cuidados que se profesan. Existen dos grupos de mujeres en quienes se asocia la diabetes con el

embarazo. El primer grupo lo constituye diabéticas identificadas que se embarazan, y se les denomina diabéticas pregestacionales. El segundo grupo está formado por mujeres a quienes se les diagnóstica la enfermedad en el embarazo y se les llama diabéticas gestacionales.

Otra dimensión fue el cuidado de sí, el cual hace referencia a la ayuda, apoyo o conductas de estímulo que facilitan a una embarazada diabética o a un grupo de ellas con necesidades de cuidado de su salud con relación a sí mismas y a su enfermedad, con el fin de promover su salud y prevenir complicaciones para ellas y sus hijos.

La diversidad, la universalidad, la preservación, la negociación y la reestructuración del cuidado cultural también fueron dimensiones conceptuales de este estudio.

Algunos de los presupuestos del presente trabajo que sirvieron para vincular la experiencia en la práctica investigativa al proceso de desarrollo de la teoría fueron:

- los conceptos de cuidado cultural, significados, expresiones, patrones, procesos y formas estructurales de cuidado son diferentes (diversidad) y similares (universalidad) entre todas las culturas del mundo;
- los valores, creencias, hábitos y patrones de comportamientos que las embarazadas diabéticas tengan sobre su enfermedad, influyen en las acciones que realicen sobre su cuidado.

REFERENCIAL METODOLOGICO

El método de etnoenfermería fue utilizado porque este se centra en las personas y permite que estas compartan sus ideas de forma más natural.¹ Como el trabajo se focalizó sobre un aspecto de la vida (cuidado de sí) su amplitud fue la etnografía focalizada. Aunque se utilizó el Modelo Observación-Participación-Reflexión (OPR), la entrevista etnográfica en el presente estudio, constituyó la estrategia dominante para la recolección de la información. Para orientar la observación participante y la entrevista se trató de responder a las preguntas por qué, cuándo, en que forma las embarazadas diabéticas se cuidan a sí mismas.

Diez (10) embarazadas diabéticas controladas en la UDE fueron los informantes claves, con edades comprendidas entre 19 y 40 años. Para escoger este número de informantes se tomó en cuenta el criterio de saturación. Se realizaron cuatro (4) entrevistas promedio por informantes claves, la duración de las mismas fueron sesenta (60) minutos cada una. Se realizaron dos (2) visitas domiciliarias promedio por informantes claves. Para

la confirmación de la validez de las entrevistas se utilizaron doce (12) Informantes generales (4 parejas, 6 madres, 1 enfermera y 1 trabajadora social). La duración de la recolección fueron 8 meses.

Es importante destacar que por ser el estudio una etnografía focalizada, no se consideran que sus resultados puedan ser extrapolables a otros escenarios culturales, más bien que deba ser entendido entre los límites espacio-temporales donde se desarrollo la investigación y que sirvan de generadores de hipótesis para otros estudios. El rigor metodológico estuvo dado por la confirmabilidad ya que una investigación cualitativa posee esta característica cuando demuestra auditabilidad, credibilidad y adecuabilidad.¹² Se tomaron en cuenta los principios éticos adoptados en el año 1971, por la Asociación Americana de Antropología.¹² Solicitamos el consentimiento informado a los informantes del estudio y la autorización de la divulgación de los resultados. Aseguramos, también el retorno de los resultados obtenidos a la UDE y a las personas que participaron en la investigación.

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

El primer paso para recolectar la información fue la introducción al campo de trabajo. Los primeros dos meses fueron en la UDE, en la búsqueda de las informantes claves. Las mismas fueron escogidas por su conocimiento específico y general acerca del dominio de interés.⁶ De acuerdo al método etnográfico, las informantes claves fueron el foco de observación y de entrevistas a profundidad, mientras que los informantes generales fueron entrevistados una vez, básicamente para contrastar y verificar la información que se iba adquiriendo de los informantes claves.

Siguiendo el Modelo propuesto por Leininger, la observación se inicio desde el mismo momento en que nos adentramos en la cultura, escuchando y observando la mayor parte del tiempo, captando al principio sólo la impresión general de la cultura. Según esta autora esta es una etapa difícil, pues el investigador que esta iniciándose en el aprendizaje de la cultura se siente inseguro de distinguir el momento de iniciar sus acciones participativas¹. Las dos últimas fases del Modelo OPR, se realizaron simultáneamente con las entrevistas a profundidad realizadas a las mujeres.

Aunque se asumió el Modelo OPR, la entrevista fue la estrategia dominante para la recolección de la información. Se elaboró una guía de información rápida a los informantes que incluyó los principales aspectos del conocimiento informado que deben considerarse

desde el punto de vista ético. Cuando observábamos que había un clima apropiado con la embarazada le informábamos de nuestros objetivos y les asegurábamos un pleno respeto a la confidencialidad y al secreto.

Cada día al regresar a nuestras casas, transcribíamos cada entrevista y comenzábamos a buscar categorías y relaciones semánticas asimismo tomar notas de campos para ampliarlas y buscar categorías nativas. Esto ayudó al análisis de la información y permitió formular nuevas interrogantes para las próximas entrevistas.

De acuerdo al Modelo de OPR, se sigue el proceso de observación que continúa siendo su mayor foco, pero comienza a incorporarse un poco de participación, cuando el investigador empieza a tener interacción con las personas de la cultura y a observar sus respuestas.

En el tercer momento, el investigador, aumenta su participación, pues ya ha conseguido mayor familiaridad en relación al contexto de la cultura. Durante la investigación colaboramos como por ejemplo, elaboración de ropa para el bebé, participamos en la educación a los familiares acerca de la enfermedad y los cuidados que la embarazada diabética debe realizarse. Fuimos invitadas a reuniones sociales y comidas a las cuales asistimos en algunas oportunidades.

Al participar con las embarazadas diabéticas en la UDE y en su domicilio, creemos que pudimos de alguna manera, ser miembros activos y funcionales de la cultura bajo estudio, además de establecer legitimidad de nuestra actividad en el domicilio de las informantes claves. Igualmente esta participación en el medio contribuyó a reducir la reactividad de las mujeres y ellas podían llegar a sentir en sus espacios más cómodos con nuestra presencia.

Al final procedimos a la observación reflexiva, evaluando el impacto que nuestra presencia causó sobre las personas en los diversos momentos de las actividades participativas. Éste proceso se llevó a cabo cuando se reconfirmaron los hallazgos con los informantes, pero el proceso reflexivo se dio a través de todo el proceso de investigación.

La primera fase de la análisis consistió en recolectar, registrar y describir los datos. Durante esta etapa se hicieron las observaciones, entrevistas y experiencias participativas, y se hicieron algunas interpretaciones preliminares. Durante la segunda fase se identificaron los dominios desde la perspectiva émica. En la tercera fase se elaboraron las cuestiones estructurales y las cuestiones de contraste que permitieron la identificación de taxonomías a través

de las cuales se descubrieron la saturación de ideas y patrones recurrentes y finalmente en la cuarta fase se delimitaron los grandes temas.¹³

TEMAS CULTURALES

La salud y enfermedad: valores culturales del cuidado de sí en la embarazada diabética

El modo en que las mujeres abordaron los aspectos de salud-enfermedad fueron entendidos por ellas de manera excluyente uno de otro. La salud fue considerada como un valor, como algo positivo, como un estado constantemente perseguido. Independiente de padecer una enfermedad, es fundamental sentirse bien y tener las condiciones necesarias para alcanzarlo.

Para el análisis del concepto de enfermedad en el contexto de las vidas del grupo de embarazadas diabéticas se partió de la premisa observada por algunos autores,¹⁴ sobre la enfermedad (*illnes*), la cual es concebida como un experiencia construida socio-culturalmente como un conjunto de experiencias asociadas a una red de significados de la interacción social, asumiendo un carácter local y no universal en la concepción biomédica del daño.

Los conceptos comunes de enfermedad de las embarazadas diabéticas corren paralelos a la medicina científica en cuanto a que se centran en incapacidades físicas y mentales. La historia causal de su enfermedad está relacionada a sus propias percepciones y observaciones de cómo actúa la enfermedad en su cuerpo a lo que su propio rol pudiera llevarla. Una importante función de la causa de su historia es que ellas narrativamente integran las experiencias de su enfermedad a su contexto de vida.¹⁵ Las explicaciones coinciden con los “sistemas de teorías sobre la enfermedad”, en la cual hay tres teorías básicas sobre las causas de las dolencias: personales, naturales y emocionales.¹⁶

Prácticas de cuidados de la salud de la embarazada diabética

Se encontraron creencias como el empleo de plantas, como parte del cuidado de la embarazada diabética, estas tradiciones conservan su arraigo en las mujeres, quienes las han aprendido de una generación a otra; sin embargo, las explicaciones con respecto a la acción que ejercen las plantas en el organismo no fueron muy claras, debido entre otras razones a que algunas de las mujeres eran relativamente jóvenes; otras aprendieron la práctica de la abuela o la suegra, sin recibir mayor

explicación al respecto. Estas prácticas de cuidado de la salud de las personas (tradicionales y modernas) ocurren y crean mundos sociales particulares.⁴

En este estudio los curanderos y los personajes médicos de salud de tipo casero, fueron los usados por las mujeres y los que tradicionalmente son los que utilizan las mujeres, por lo regular la de más edad (abuelas, tías, vecinas). Estos personajes son los actores cuyo principal papel es llevar a cabo la interpretación de las representaciones y/o imaginarios que las mujeres han asumido corporalmente a través de la enfermedad que padecen. Esta clase de interpretación le permite identificarse con el universo simbólico que inconscientemente las orienta como actores en diversas situaciones microsociales de poder estructuradas en roles y status desiguales.

Cuidándose en el embarazo asegura un hijo sano

El embarazo fue considerado como una experiencia positiva de vida de las informantes, especialmente cuando los padres han planificado y han preparado la llegada de un nuevo miembro de su familia. El embarazo significó para las diabéticas pregestacionales el desarrollo de prácticas de cuidados de sí mismas que antes a pesar que conocían de su condición crónica o poseían alguna información errónea acerca de como la enfermedad, afecta el normal funcionamiento del cuerpo no las cumplían.

Las prácticas de cuidados son llevadas a cabo sistemáticamente después que la mujer es informada de su embarazo. Las mujeres indican: *me quiero cuidar mas, lo estoy haciendo, cumplo la dieta, me inyecto a la hora, como a la media hora después de inyectarme y hago meriendas.* Para ellas asumir sus cuidados significa vivir aún más.

DESCUBRIENDO Y CONSTRUYENDO UN CUIDADO CULTURALMENTE CONGRUENTE

Se intentó una propuesta de cuidado cultural desde la perspectiva del Modelo del Sol Naciente,¹ sin el ánimo de que sea una idea acabada, sino más bien que nos ofrezca elementos para reflexionar y atender a estas mujeres para fomentar el cuidado de sí mismas, teniendo presente creencias, valores, hábitos y patrones comportamentales descubiertos. En ella se muestran que las creencias, valores, hábitos y patrones comportamentales, de acuerdo a los tres (3) modos de acción los cuales pueden ser preservados, negociados

y reestructurados para ofrecer un cuidado culturalmente congruente.¹

Creencias, valores, hábitos y patrones comportamentales que podrían ser preservados

Se identificaron en primer lugar, creencias sobre evitar prácticas que requieren esfuerzos físicos que puedan movilizar el útero. Estas creencias prohibidas no tienen efectos nocivos para la salud de la mujer, por lo que podrían preservarse. En segundo lugar, evitar exponerse al frío y al calor para mantener el equilibrio en el cuerpo evitando la entrada de frío. También se podrían preservar porque no tienen efectos dañinos. En tercer lugar, patrones familiares de cuidado. En relación a estos patrones tenemos el soporte familiar, el cual es requerido por las mujeres durante esta etapa de sus vidas. La participación en los cuidados de la mujer por parte del esposo o familiares, el apoyo explícito y la contención afectiva adecuada a las necesidades de la embarazada, es de suma importancia para alcanzar el bienestar de la misma. En cuarto lugar, el uso de amuletos, medallas, crucifijos y piedras, las oraciones, rezos y las operaciones mágicas-religiosas. Estas prácticas tradicionales poco tienen que ver con el sistema de cuidado profesional, pero que tienen un gran arraigo cultural. Sería recomendable no enfocar estrategias de intervención para estas prácticas, dado a que no tienen efectos nocivos para la salud, ni afectan la utilización de los servicios de salud, pero si son importantes para la promoción de la salud.

Creencias, valores, hábitos y patrones comportamentales que podrían ser negociados

Se identificaron falsas creencias sobre la enfermedad y sobre riesgos de la enfermedad en el hijo, visión de lo sobrenatural de la enfermedad, temor al fracaso del plan alimentario y uso de remedios caseros por parte de las embarazadas diabéticas.

Para negociar estos cambios la enfermera debe establecer un proceso educativo pedagógico para proporcionar información sobre la enfermedad, su prevención y su tratamiento. Asimismo de apoyo en sus necesidades biopsicosociales, emocionales y espirituales a fin de ayudar a la persona a tomar en conciencia de sus capacidades de cuidado y hacerse cargo del mismo con el fin de alcanzar un mayor bienestar. Es necesario incorporar a los familiares en la educación en salud. Es importante ofrecer el apoyo espiritual como parte de los cuidados de la mujer. Las creencias sobre las causas de la enfermedad, por

ejemplo que fue por voluntad de Dios muestra la importancia de lo sobrenatural en la visión que ellas tienen del mundo, por lo que se hace necesario que la enfermera acepte a la paciente como individuo y en familia en el contexto de su cultura.

La posibilidad de fracasar en la adaptación al plan alimentario es un temor común en las embarazadas diabéticas. La enfermera planifica, negocia y se acomoda a las preferencias alimenticias de la mujer. En relación a las creencias de las mujeres sobre el uso de remedios caseros preparados con plantas para curar la enfermedad. Se puede, por ejemplo, disuadir del uso de estas ramas que no se les conoce efectos hipoglucemiantes. En su lugar, se puede estimular el uso de agua con limón sin dejar de administrarse la insulina, que en esencia son percibidas también como que bajan los niveles de azúcar pero que no tienen efectos nocivos para su salud. Estas creencias revelan la importancia que las mujeres entiendan los efectos dañinos que el consumo de estos remedios puede acarrear en su organismo.

Creencias, valores y patrones comportamentales que podrían reestructurarse

Se requiere reestructurar: el sustituir los medicamentos (insulina) por remedios caseros, la falta de práctica de ejercicios físicos y el vivir en situación de estrés crónico. Para lograr la reestructuración de estos patrones, es indispensable el concurso de acciones estructurales como son la oportunidad de educación para la salud de estas mujeres, familiares y comunidad, con lo cual se puede estimular, no sólo cambios en los estilos de vida sino la disminución de la morbilidad y mortalidad por la DM. Ello por lo tanto, rebasa la capacidad que como tal tendría Enfermería para contribuir a la reestructuración de dichos patrones de comportamientos, pero ella sí podría participar activamente en proyectos y programas educativos creativos con un alto contenido afectivo, en donde se le da cabida a la misma comunidad y en cuyas estrategias estén contempladas las técnicas de comunicación.

CONSIDERACIONES FINALES

Esta etnografía focalizada ofrece algunos elementos relacionados con el cuidado de sí a partir de las creencias, valores, hábitos y patrones comportamentales de un grupo de embarazadas diabéticas que fueron atendidas en la UDE y cuyos domicilios se ubicaron en tres comunidades urbano-

marginales. La visión que surge de este estudio ha sido el fruto de mantener constante atención a las acciones de las mujeres embarazadas diabéticas frente al cuidado de sí mismas.

El significado que tiene el cuidado de sí para las embarazadas diabéticas es necesariamente provisional, pues depende del dinamismo que tienen las relaciones entre ellas y de estas con la estructura social, lo que hace a los hallazgos del presente estudio susceptibles de modificarse. No obstante, resulta imperativo puntualizar que ellos proveen una base epistémica preliminar para futuras investigaciones relacionadas con las creencias, valores, hábitos y patrones comportamentales de embarazadas diabéticas y la forma como los profesionales de enfermería pueden abordar el cuidado para que sea congruente con la cultura.

REFERENCIAS

- 1 Leininger M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press; 1991.
- 2 Rivas A, Guerra A, Galindez Z. Cumplimiento del tratamiento y control metabólico en pacientes diabéticos no amparados por programas sociales del estado. Archivos del Hospital Vargas. 2002 Ene-Feb; 44 (1/2):41-51.
- 3 Guerra A, Evies A, Rivas A, Garcia L. Educación para el autocuidado de pacientes diabéticas embarazadas. Texto Contexto Enferm. 2005 Abr-Jun; 14(02):156-66.
- 4 Kleinman A. Patients and healers in the context of the culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. California: Regents; 1980.
- 5 Laraia RB. Cultura um conceito antropológico. 10a ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1986.
- 6 Leininger M. Ethnography and ethnonursing: models and modes of qualitative data analysis. In: Leininger M, organizador. Qualitative research methods in nursing. Orlando (FL): Grune&Stratton; 1985.
- 7 Lipson J. Temas culturales en el cuidado de enfermería. Rev Investigación Educación Enferm. 2002 Mar; 20(1):59.
- 8 Mcdermont I, Ó Connor J. NLP and Health. Thorsons: Harper Collings; 1996.
- 9 Barker J. Paradigmas. Bogotá: Editorial McGraw Hill; 1995.
- 10 Vásquez ML. Significado de la regulación de la fecundidad de los y las adolescentes en una comunidad urbano marginal [tesis]. Florianópolis: Universidad Federal Santa Catarina/Centro de Ciencias de la Salud; 1999.

- 11 Rocher G. Introducción a la sociología. Barcelona: Edit. Herder; 1979.
- 12 Streubert L, Carpenter DR. Qualitative research in nursing. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1994.
- 13 Spradley J. The ethnographic interview. New York: Harcourt B.J.C. Publishers; 1979.
- 14 Kleinman A. Writing at the margin. Berkeley: University of California Press; 1995.
- 15 Kleinman A. The illness narratives: suffering healing and human condition. New York: Basic Books; 1988.
- 16 Kottak CP. Antropología: una exploración de la diversidad human con temas de la cultura hispana. 6a ed. México: Mc. Graw-Hill; 1994.