

**CULTURA DEL CUIDADO EN ADULTOS MAYORES CON CANCER  
DESDE LA PERSPECTIVA DEL SOL NACIENTE DE MADELEINE  
LEININGER**



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



**CULTURA DEL CUIDADO EN ADULTOS MAYORES CON CANCER  
DESDE LA PERSPECTIVA DEL SOL NACIENTE DE  
MADELEINE LEININGER**

Autor: MSc. Carrizales Douglas

Tutora: Dra. Fernández Vicenta

Valencia, Marzo 2022



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



CULTURA DEL CUIDADO EN ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS CON  
CANCER DESDE LA PERSPECTIVA DEL SOL NACIENTE DE MADELEINE  
LEININGER

Trabajo presentado ante la Comisión Coordinadora del Doctorado en Enfermería para su aprobación como Trabajo de Investigación conducente a Tesis Doctoral de la Dirección de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo para optar al Título de DOCTOR EN ENFERMERÍA, ÁREA DE CONCENTRACIÓN, SALUD Y CUIDADO HUMANO

Autor: MSc. Carrizales Douglas

Tutora: Dra. Fernández Vicenta

Valencia, Marzo 2022



## ACTA DE DISCUSIÓN DE TESIS DOCTORAL

En atención a lo dispuesto en los Artículos 145, 147, 148 y 149 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 146 del citado Reglamento, para estudiar la Tesis Doctoral titulada:

### CULTURA DEL CUIDADO EN ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS CON CANCER DESDE LA PERSPECTIVA DEL SOL NACIENTE DE MADELEINE LEININGER.

Presentada para optar al grado de **Doctor en Enfermería, Área de Concentración: Salud y Cuidado Humano** por el (la) aspirante:

**CARRIZALES H., DOUGLAS R.**

C.I. V- 8796621

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Vicenta Fernández C.I. 3893251, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **29/04/2022**

Dr. (a) **Milagros Varón** (Presidente)

C.I: 7018366

Fecha: 29.04.2022.

Dr.(a) **Vicenta Fernández**

C.I. 3893251

Fecha 29/04/2022

Dr. (a) **Carmen Gainza**

C.I. 4066163

Fecha 29-04-2022

IG-CS:94-21



Dr. (a) **Carmen Amarilis Guerra**

C.I. 5588111

Fecha 29-04-2022

Dr. (a) **Milbet Rodríguez Alcalá**

C.I. 7996228

Fecha 29/04/2022



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



**CULTURA DEL CUIDADO EN ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS  
CON CANCER DESDE LA PERSPECTIVA DEL SOL NACIENTE DE  
MADELEINE LEININGER**

**Autor:** MSc. Carrizales Douglas.

Aprobado en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo  
por miembros de la Comisión Coordinadora.

**Nombres y Apellidos**

**Firma**

---

---

---

---

---

Valencia, Marzo 2022

## AUTORIZACION DEL TUTOR

Yo, Fernández Vicenta en mi carácter de Tutora del Trabajo de Especialización \_\_\_\_  
Maestría \_\_\_\_ Tesis Doctoral X titulado: “**Cultura del Cuidado en Adultos  
Mayores con Cáncer desde la perspectiva del Sol Naciente de Madeleine  
Leininger**” Presentado por el (la) ciudadano (o) Carrizales Hernández Douglas Rafael.  
Titular de la Cédula de Identidad Nro.8796621. Para optar al título de **DOCTOR EN  
ENFERMERÍA**, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos  
suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte de los  
miembros de la Comisión Coordinadora del Programa Doctoral y Comisión  
Evaluadora asignada.

En Valencia, a los 2 días del mes de Octubre del año Dos Mil Diecinueve.

Dra. Fernández Vicenta E.  
Cedula de identidad n°. 3.893251



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



**CULTURA DEL CUIDADO EN ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS  
 CON CANCER DESDE LA PERSPECTIVA DEL SOL NACIENTE DE  
 MADELEINE LEININGER**

**VEREDICTO**

Nosotros Miembros del Jurado designados para la evaluación de la Tesis de Grado Doctoral titulada: **Cultura Del Cuidado En Adultos Mayores Hospitalizados Con Cáncer Desde La Perspectiva Del Sol Naciente De Madeleine Leininger** presentado por el MSc. Carrizales Douglas CI. 8796621, para aptar al título de Enfermería, Área De Concentración, Salud Y Cuidado Humano, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como:

---

**Nombres y Apellidos**

**Firma**

---



---



---



---



---

Valencia, Enero 2022

## **DEDICATORIA**

A Jesús de Nazaret

Mi esposa mi compañera por su apoyo invaluable.

Mis hijos y nietos por ser la razón de mi crecimiento.

Mi madre ejemplo de amor, responsabilidad y tesón para sacar a la familia siempre adelante.

Mis hermanos y sobrinos siempre pensando el progreso y bienestar de la familia.

Los estudiantes razón de ser de la academia prestos a servir al prójimo.

Mis compañeros del Hospital.

Mis compañeros de la universidad

Los adultos mayores.

## AGRADECIMIENTO

A Jesucristo; Mi refugio, mi guía, la luz que marca el sendero que he transitar.

A mi esposa e hijos, por apoyarme permanentemente en las diferentes actividades para el logro de esta meta.

A mi madre, valor fundamental animándome siempre para el camino del bien enriquecido con valores de amor, solidaridad, compromiso y rectitud.

A toda mi familia, hermanos, sobrinos, tíos, primos cuñados, yernos y nuera siempre presentes en mi mente Dios los bendiga.

A la Dra. Vicenta Fernández, mi gran reconocimiento y respeto por brindarme su sapiencia para el desarrollo de esta investigación.

A la Dra. Delia Oberto, mi admiración y respeto, formadora de generaciones, por su valiosa colaboración en el discurso de esta investigación.

A los facilitadores de esta cohorte doctoral, por su conocimientos aportados para mi formación y lograr esta meta.

A mis compañeros de esta cohorte por compartir experiencias y vivencias en el constructo y discurso doctoral.

A la Msc. Ana Fajardo por su apoyo incondicional en todo momento.

A mis compañeros del Oncológico; Wilmer, Gloria, Fátima, Marlene, Milagros Flores, Ceslia, Milagros Meza, Rosa Suarez, María, Mariela, Lidys, Nurys, Mery Valiente, siempre aportando lo necesario para enriquecer la enfermería, eternamente de ustedes.

A mis compañeros del departamento Salud Integral del Adulto. Mercedes, Blanca, Edick Mark, Olondro, Gainza, Orellys, Carmen P, Maritza, Dulvis, Tailin, Andreina, Dora, Vicenta, Manuel, Rondón, Onirda, Norelys, Elda, Ortega, Edy sira. Por su contribución directa o indirectamente en la adquisición de este constructo.

A mis compañeros de los departamento de la escuela de enfermería Dra. Gladys Román de Cisneros. Dexy Tovar, María Gañango, Nelly Pérez, Daylene, Mariela Gómez, Soto, Sánchez, Julio, Luigina, Mirian. Por compartir momentos de esta experiencia.

A las enfermeras que participaron en la investigación como informantes, así también familiares y pacientes.

A los Adultos Mayores, principales protagonistas, en la construcción de este discurso.

A la Universidad de Carabobo, mi eterno reconocimiento y agradecimiento quien permitió mi formación para obtener este logro.

Al Instituto Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño por permitir la realización de esta

A todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron dando vestigios informativos y apoyo necesario para culminar esta tesis doctoral.

**Carrizales Douglas.**

**A todos, mil gracias.**



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



## INDICE

	Pág.
<b>DEDICATORIA.</b>	vii
<b>AGRADECIMIENTO</b>	viii
<b>RESUMEN</b>	xvi
<b>SUMMARY</b>	xvii
<b>INTRODUCCION</b>	1
 <b>CAPITULO I. VIVENCIANDO EL FENOMENO DE ESTUDIO</b>	
1.1.- Describiendo el Fenómeno de Estudio.....	6
1.2 Pregunta Norteadora	23
1.2.- Objetivos de la Investigación.....	24
1.2.1.- Objetivo General.....	24
1.2.2.- Objetivos Específicos.....	24
1.3.- Justificación del Estudio.....	25
1.4.- Matriz Epistémica.....	46
 <b>CAPITULO II. MARCO TEORICO REFERENCIAL</b>	
2.1.- Hallazgos Encontrados en el Camino Recorrido.....	36

2.1.1.- Antecedentes Internacionales.....	37
2.1.2.- Antecedentes Nacionales.....	43
<b>2.2.- REFERENTES TEÓRICOS RELACIONADOS CON EL ESTUDIO</b>	<b>48</b>
2.2.1.- Contextualización sobre Cultura.....	48
2.2.2.- Concepciones Teóricas del Cuidado.....	53
2.2.3.- Concepciones Teóricas sobre Cuidado Cultural.....	57
2.2.4.- Modelo del Sol Naciente.....	61
2.2.5.- Concepciones Teóricas sobre el Proceso de envejecimiento.....	65
2.2.6.- Enfermedad como constructo social.....	71
2.2.7.- Referencial Teórico del Cáncer como Enfermedad.....	75
2.2.8.- Aspectos Legales para el Cuidado del Adulto Mayor.....	78
 <b>CAPITULO III. DIMENSION METODOLOGICA DEL ESTUDIO</b>	
3.1.- Paradigma Cualitativa.....	84
3.2.- Cosmovisión Etnográfica.....	88
3.2.- Características Distintivas de la Etnografía. ....	90
3.4. Fases de la Investigación Etnográfica.....	92
3.5. Etnoenfermería Método de Investigación.....	93
3.6.- Técnicas para la Obtención de la Información	100
3.7.-. Contexto de la Investigación.....	101

3.8.- Criterios para Seleccionar los Informantes del Estudio	103
3.9.- Rigor Metodológico de la Investigación	104
3.10.- Factibilidad del Estudio	107
3.11.- Aspectos Éticos de la Investigación.....	108
3.12.- Descripción del Proceso para la Obtención de la Información	112
3.13.- Análisis de los Datos.....	113
3.14.- Procedimiento Para el Análisis de los Datos	115
<b>CAPITULO IV. DESCRIBIENDO EL ESCENARIO CULTURAL</b>	
4.1.- Escenario Sociocultural.....	116
4.2.- Reseña Histórica.....	116
4.3.-Marco Normativo Institucional.....	119
<b>CAPITULO V. DESCRIBIENDO LOS DOMINIOS CULTURALES</b>	
5.1. <b>Dominio Cultural 1:</b> La practica de Enfermería en los servicios de oncologia: una forma de proporcionar cuidados al adulto mayor hospitalizado con cáncer	122
5.2. <b>Dominio Cultural 2:</b> Habilidades técnicas como parte de la cotidianidad en la práctica de enfermería al proporcionar el cuidado integral al adulto mayor hospitalizado con cáncer.	128
5.3. <b>Dominio Cultural 3:</b> Apego a los valores da lugar al cuidado significativo del adulto mayor hospitalizado con cáncer	133
5.4. <b>Dominio Cultural 4:</b> Visión interpretativa de la cultura para el profesional de enfermería, es una condición para un cuidado culturalmente congruente	139
5.5. <b>Dominio Cultural 5:</b> Sentimiento y emociones experimentados por las enfermeras que atienden al adulto mayor hospitalizado con cáncer	145

## **CAPITULO VI. TEMAS CULTURALES**

- 6.1.- Visión Ontología de la Praxis Profesional de Enfermería en el Cuidado del Adulto Mayor con Cáncer. 153
- 6.2.- Ética y Valores Existentes en el Contexto del Cuidado al Adulto Mayor con Cáncer.

## **CAPITULO VII.**

### **Orientaciones de cierre**

- 7.1.- Aportes del Estudio Para la Practica..... 165
- 7.1.1.- Lo Epistemologico..... 166
- 7.1.2.- Lo Axiológico..... 167
- 7.1.3.- Lo Ontológico..... 168
- 7.1.4.- Lo Teleologico 169
- 7.1.5.- Lo Metodologico 169

## **CAPITULO VIII**

- VOCABULARIO EMICO 171**

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

## **ANEXOS**

### LISTA DE CUADROS.

N°		Pág.
1	Dominio Cultural 1: La practica de Enfermería en los servicios de oncología: una forma de proporcionar cuidados al adulto mayor hospitalizado con cáncer	126
2	Taxonomía 1: La practica de Enfermería en los servicios de oncología: una forma de proporcionar cuidados al adulto mayor hospitalizado con cáncer	127
3	Dominio Cultural 2: Habilidades técnicas como parte de la cotidianidad en la práctica de enfermería al proporcionar el cuidado integral al adulto mayor hospitalizado con cáncer.	131
4	Taxonomía 2: Habilidades técnicas como parte de la cotidianidad en la práctica de enfermería al proporcionar el cuidado integral al adulto mayor hospitalizado con cáncer.	132
5	Dominio Cultural 3: Apego a los valores da lugar al cuidado significativo del adulto mayor hospitalizado con cáncer	137
6	Taxonomía 3: Apego a los valores da lugar al cuidado significativo del adulto mayor hospitalizado con cáncer	138
7	Dominio Cultural 4: Visión interpretativa de la cultura para el profesional de enfermería, es una condición para un cuidado culturalmente congruente	143
8	Taxonomía 4: Visión interpretativa de la cultura para el profesional de enfermería, es una condición para un cuidado culturalmente congruente	144
9	Dominio Cultural 5: Sentimiento y emociones experimentados por las enfermeras que atienden al adulto mayor hospitalizado con cáncer	150
10	Taxonomía 5: Sentimiento y emociones experimentados por las enfermeras que atienden al adulto mayor hospitalizado con cáncer	151
11	Vocabulario Emico	172



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



**Cultura del cuidado en adultos mayores con cáncer desde la perspectiva del sol  
naciente de Madeleine Leininger**

**Autor: Msc. Carrizales Douglas**

**Tutora: Dra. Fernández Vicenta**

**Valencia, Enero 2022**

**RESUMEN**

El presente estudio titulado, Cultura del Cuidado en Adultos Mayores Hospitalizados con Cáncer desde la Perspectiva del Sol Naciente de Madeleine Leininger; es un estudio de naturaleza fenomenológica adscrito a la línea de investigación: Práctica de Enfermería, Cuidado Humano, Salud y Educación perteneciente al Doctorado en Enfermería, área de Concentración: Salud y Cuidado Humano y en la línea de investigación Calidad de vida y experiencia de salud de la Unidad de Investigación Gerontológica (UNINGER) Escuela de Enfermería “Dra. Gladys Román de Cisneros”, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Esta Enmarcado en el paradigma cualitativo, abordaje etnográfico el cual tiene como objetivo: Descubrir el significado del cuidado proporcionado por los enfermeros al adulto mayor hospitalizado con cáncer basado en la teoría del sol naciente de Madeleine Leininger. Utilizando la Metodología Spradley, los sujetos de la investigación son enfermeras, que laboran en el oncológico de Valencia, la información se recabo con entrevistas a profundidad, para analizarse conforme a las fases propuestas de Leininger y Spradley, emergiendo cinco dominios culturales los cuales son: Dominio Cultural 1: Practica de enfermería como forma de dar cuidado al adulto mayor hospitalizado con cáncer. Dominio Cultural 2: Habilidades técnicas de las enfermeras, proporcionan un cuidado integral, Dominio Cultural 3: Apego a los valores da lugar al cuidado significativo del adulto mayor hospitalizado con cáncer. Dominio Cultural 4: Visión interpretativa de la cultura es una condición para un cuidado culturalmente congruente. Dominio Cultural 5: Sentimiento y emociones experimentados por las enfermeras que atienden al adulto mayor hospitalizado con cáncer; y dos temas culturales a saber: Visión Ontológica de la Praxis Profesional de Enfermería en el Cuidado del Adulto Mayor con Cáncer, Ética y Valores Existentes en el Contexto del Cuidado al Adulto Mayor con Cáncer

**Palabras Clave:** Prácticas Culturales, Cuidado Humano, Adulto Mayor, Cáncer, Perspectiva del Sol Naciente.



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



**Culture of care for older adults with cancer from the perspective of the rising sun  
by Madeleine Leininger**

**Author: Msc. Carrizales Douglas**

**Tutor: Dra. Fernández Vicenta**

**Valencia, January 2022**

**Abstrat**

The present study entitled, Culture of Care in Older Adults Hospitalized with Cancer from the Perspective of the Rising Sun by Madeleine Leininger; is a phenomenological study attached to the research line: Nursing Practice, Human Care, Health and Education belonging to the Doctorate in Nursing, Concentration area: Health and Human Care and in the research line Quality of life and health experience of the Gerontological Research Unit (UNINGER) School of Nursing “Dra. Gladys Román de Cisneros”, Faculty of Health Sciences of the University of Carabobo. It is framed in the qualitative paradigm, ethnographic approach which aims to: Discover the meaning of care provided by nurses to the elderly hospitalized with cancer based on Madeleine Leininger's theory of the rising sun. Using the Spradley Methodology, the subjects of the research are nurses, who work in the oncology hospital in Valencia, the information was collected through in-depth interviews, to be analyzed according to the phases proposed by Leininger and Spradley, emerging five cultural domains which are: Cultural Domain 1: Nursing practice as a way of caring for older adults hospitalized with cancer. Cultural Domain 2: Technical skills of nurses, provide comprehensive care, Cultural Domain 3: Attachment to values gives rise to significant care for the elderly hospitalized with cancer. Cultural Domain 4: Interpretive view of culture is a condition for culturally congruent care. Cultural Domain 5: Feelings and emotions experienced by nurses caring for older adults hospitalized with cancer; and two cultural themes, namely: Ontological Vision of Professional Nursing Praxis in the Care of the Elderly with Cancer, Ethics and Existing Values in the Context of Care for the Elderly with Cancer

**Key Words:** Cultural Practices, Human Care, Older Adults, Cancer, Rising Sun Perspective

## INTRODUCCION

El bienestar social de la población mundial está signado por la incertidumbre que marca la economía, la política, educación y la salud. Los establecimientos de salud constituyen estructuras socializadoras que permiten el intercambio de experiencias significativas a la luz de las enfermedades y otras afecciones ecológicas de la enfermedad, esta visión ha creado un escenario ideal para que los profesionales de la salud, desarrollemos la práctica del cuidado vinculado con la cultura, creencias y valores de las personas.

En contraste con lo anterior, el cuidado está enfocado en un paradigma biologicista denominado “modelo medico hegemónico que excluye los factores históricos, sociales, culturales y psicológicos del proceso salud-enfermedad”(1). Es así como las actividades asistenciales se ha estructurado en un perfil reduccionista corporal, psicológica y socialmente; olvidando que la persona como ser humano, está configurada biopsicosocialmente con un andamiaje complejo interconectado con el entorno, cuyas circunstancias o factores sociales y ecológicos ejercen influencia en el estado de ánimo de los grupos o sociedades.

Debemos tener claro como profesionales de la salud, que la persona es única y forma parte de un sistema social heterogéneo, con diversidad cultural envuelta en sus propios valores y creencias practicadas en su dinámica contextual, añadiendo la fuerte carga emocional evidenciada cuando es hospitalizada por alguna patología maligna; por eso,

la atención proporcionada debe ser especial e individualizada, configurada en correspondencia con los valores, las creencias y costumbres arraigadas en los principales actores sociales motivo de este estudio; es decir, los adultos mayores.

Al establecer el cuidado, debemos realizar un análisis integral del adulto mayor desde una visión holística, perspectiva que complementa consensualmente la complejidad requerida y así, establecer planes de cuidados efectivos e individualizados proporcionados a este tipo de paciente cuando es hospitalizado en las unidades oncológicas.

Al contemplar el abordaje de la investigación, la orientación la hice desde el escenario de la práctica asistencial hospitalaria; espacios de interacción social, donde la confianza y la integración grupal permite conocer aspectos culturales del comportamiento humano. Los sentimientos revelados en esa socialización, tanto, del equipo de salud, como familiares y adultos mayores, permitió considerar lo siguiente: si los profesionales de enfermería tenemos como esencia proporcionar cuidados al adulto mayor que padecen de alguna patología, ¿por qué adoptamos una actitud que desconcierta a los enfermos con cáncer y sus familiares?

Visualizando esta realidad como enfermero y docente para la formación de profesionales de enfermería en la Universidad de Carabobo, mantengo la búsqueda de seguir explorando y buscando optimizar la mejor forma de atender a las personas, y a la

vez motivar a los estudiantes y enfermeros sobre la importancia de saber cuidar al adulto mayor con cáncer en las unidades de hospitalización.

Desde de esa perspectiva, me conduce realizar el presente estudio titulado: Cultura para el Cuidado en Adultos Mayores con Cáncer desde la Perspectiva del Sol Naciente de Madeleine Leininger. Es un estudio de naturaleza fenomenológica adscrito a la línea número cuatro de investigación: Práctica de Enfermería, Cuidado Humano, Salud y Educación perteneciente al Doctorado en Enfermería, área de Concentración: Salud y Cuidado Humano y en la línea de investigación Calidad de vida y experiencia de salud de la Unidad de Investigación Gerontológica (UNINGER) Escuela de Enfermería “Dra. Gladys Román de Cisneros”, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo.

Para desarrollar este estudio por su congruencia utilice el método etnográfico, el cual permitió interpretar y describir el fenómeno para comprender desde la subjetividad y perspectiva de los propios informantes clave, sus vivencias en las unidades de hospitalización del Oncológico, Dr. Miguel Pérez Carreño de Valencia Estado Carabobo. Al interactuar en la cotidianidad con enfermeros (as), se puede observar y evidenciar de primera mano la coexistencia interna de tradiciones, roles, valores y normas, que pueda ilustrar mejor la conducta de los profesionales al compartir un espacio situacional y estructural con el adulto mayor.

Al ser el estudio de corte cualitativo, abordado dentro de la etnografía se sustentó en entrevistas a profundidad a los informantes clave y externos; además, al sumergirme en el contexto de estudio como investigador etnográfico, fue necesario utilizar la observación participante. Razón por la cual, seleccioné intencionalmente seis profesionales de Enfermería como informantes clave, dos informantes externos adultos mayores con cáncer, y un informante externo familiar de un paciente: para el momento de las entrevistas estaban hospitalizados en el Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño.

El desarrollo de esta investigación está estructurado por capítulos: El capítulo I: **describiendo el fenómeno de estudio**, contiene la contextualización de la situación estudiada, el referente empírico del fenómeno estudiado, las preguntas Norteadoras, los objetivos, la delimitación y la justificación del estudio. El capítulo II: **marco referencial**, allí describo los hallazgos encontrados en el camino, aspectos relevantes que darán orientación al presente tratado, bases teóricas que sustentan el fenómeno de estudio; aspectos epistémicos relacionados con; cuidado humano, cultura, adulto mayor y cáncer.

El capítulo III: **Aproximación metodológica del estudio**, enuncia algunas definiciones sobre el paradigma interpretativo y el método etnográfico y la etnoenfermería según las fases etnográficas de Madeleine Leininger y el método de James Spradley; los informantes clave del estudio y los criterios para su selección, en este mismo capítulo. En relación con el Capítulo IV. **Describiendo el escenario cultural**. Contiene: el Escenario Sociocultural, Reseña Histórica, Marco Normativo

Institucional. En el Capítulo V, se **Describen los dominios culturales**. Capítulo VI se muestran los **Temas culturales**. Los cuales son: Visión Ontología de la Praxis Profesional de Enfermería en el Cuidado del Adulto Mayor con Cáncer. Ética y Valores Existentes en el Contexto del Cuidado al Adulto Mayor con Cáncer. Finalmente en el Capítulo VII, se dan las **Orientaciones de cierre**. Aportes del Estudio Para la Practica, Lo Axiológico, Lo Teleológico Lo Metodológico. Por último el Capítulo VIII. Se describe el **Vocabulario emico**. Referencias bibliográficas y Anexos

## **CAPITULO I**

### **VIVENCIANDO EL FENOMENO EN ESTUDIO**

#### **1.1 Describiendo el fenómeno de estudio**

Desde la antigüedad el ser humano ha tenido la necesidad de cuidar y ser cuidado, para satisfacer esas necesidades desarrolló habilidades para alimentarse, vestirse y procurar un lugar de resguardo que le permitiera habitar y proteger a la familia y cohabitar con otros grupos. “Los datos históricos aportan amplia información respecto a las prácticas curativas empleadas por chamanes, brujos, sacerdotes-magos...siendo escaso los conocimientos sobre las personas que practicaban directamente los cuidados”(2).

De acuerdo con la evolución histórica del hombre, el cuidado trajo consigo notables avances que transformaron la actitud de las personas hacia un servicio más humanizado y complejo; es decir, mejor visión del cuerpo humano, conocimiento y uso de la física, la química y las matemáticas en la medicina. Con el tiempo fueron emergiendo otras disciplinas como enfermería, que dieron las habilidades y destrezas para que el hombre se apoderase del control de su autocuidado, experiencias ganadas

y transmitidas de generación en generación como forma cultural, asegurando el mantenimiento de la salud y disminución de las enfermedades existentes.

Las consideraciones mencionadas dan cuenta que el cuidado desde una matriz antropológica, se ha manifestado como un acto de vida indispensable para perpetuar la especie humana, protegiendo la salud a través de la promoción de una higiene adecuada, curación de enfermedades, tratamiento psicoterapéutico y cuidados en el hogar.

Enfermería como ciencia se ha desarrollado a la luz de las corrientes del pensamiento positivista, enfocada en un esquema fragmentado de la persona, donde el diagnóstico, el tratamiento y la cura de las enfermedades ha predominado en el campo asistencial (3). Este patrón biologicista ha influenciado la cotidianidad del cuidar enfermero exhibiendo mayor interés en aspectos tecnológicos medicalizados, como son: cuidados basados en administración de medicamentos, preparación de pacientes para estudios clínicos, tomas de muestras de sangre para laboratorio, práctica común alejada del aspecto holístico, olvidando que las personas tienen sus cargas emocionales y culturales constituidas por valores y creencias practicadas en contextos diferentes.

Desde esa visión, la práctica para enfermería debe darse en un ambiente terapéutico armónico, de avenencias cordiales, para intervenir con competencia disciplinaria empoderada de una relación asistencial dialógica, en correspondencia con los grupos o sociedades, motivando a las personas a reajustar sus hábitos de vida, incorporando técnicas que produzcan cambios notables en el cuidado humano.

La premisa del párrafo anterior, visualiza el cuidado como; todos los comportamientos y actitudes que se demuestran en las acciones que le son pertinentes, o sea, aseguradas por derecho, y desarrolladas con competencia para favorecer las potencialidades de los sujetos a quienes se cuidan (incluyendo su familia), para mantener o mejorar la condición humana en el proceso de vivir y morir” (4). Es decir, constituye la esencia distintiva del ejercicio profesional en la disciplina dada su cotidianidad, centrado en la persona y los grupos sociales que involucra la salud como aspecto vital, supeditada a la influencia medioambiental interna y externa que modifica el equilibrio humano, todos estos eventos se suscitan desde la concepción hasta la muerte.

Lo anterior refleja, una actitud de celo, de desvelo, de compasión, ocuparse responsablemente de sí mismo y de los demás, así como también de los grupos y comunidades; pensar en el cuidado permite ubicarlo en distintos espacios, desde lo ecológico con sus características particulares; fauna, flora, hombre, también desde la salud-enfermedad. “En los primeros, cuidamos para embellecer, para prevenir,

fomentar y preservar, armonizar con la creación de un ente que nos da el don espiritual. En los otros dos escenarios, cuidamos para sobrevivir a ayudar al otro o a otros, es decir; mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud física, mental y social” (5).

Interpretando lo anterior, ayudar a la otredad es un compromiso inseparable del hombre y la sociedad, nos sumergimos en una cultura de embellecimiento, amor al prójimo, creer en un Dios supremo que nos da la vida; sin embargo, en momentos de conflictos, hostilidades o enfermedades que alcanzan al ser humano, nos mantenemos unidos para ayudarnos unos a otros.

Ciertamente, percibimos el cuidado de enfermería, como un proceso de intercambio afectivo, de saberes y de prácticas, que transitan a partir del vínculo entre la/el enfermera/o y la persona, familia y/o comunidad, a lo largo del ciclo vital, orientado a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación en el continuo salud enfermedad; así como ayudar a un bien morir y contribuir al desarrollo de una vida digna y plena (6).

A lo anterior se podría añadir, el papel preponderante de enfermería en desarrollar y ejecutar con habilidad y destreza acciones de cuidados definidas y ajustadas hacia la práctica de las personas adultas mayores, ya que esas actividades son diferentes en tiempo y espacio; por lo tanto, al planificar los cuidados en los servicios hospitalarios

debemos considerar las creencias, los valores y el entorno de la sociedad en general, porque al decir de algunos autores, “el cuidar constituye el fundamento moral a partir del cual debe regirse la praxis profesional” (7), y “esa relación persona a persona es ante todo una experiencia o serie de experiencias que se viven durante la práctica, sujetas a una serie de condicionantes cuyo conocimiento puede influir para que se produzcan los beneficios esperados” (8).

De acuerdo con el párrafo anterior, la relación persona a persona permite vivir experiencias significativas, que permiten responder a las diferentes necesidades y circunstancias que promueven los beneficios derivados de esa relación terapéutica, que a su vez influye poderosamente en las personas para afrontar la enfermedad o promover una muerte digna.

Lo anterior sugiere, la necesidad de estudiar y practicar en el ámbito hospitalario y comunitario la pluriculturalidad como eje que articule, la complejidad del hombre y su mundo social, con el fin de darle significados a los cuidados derivados de esa interacción cultural entre los profesionales de enfermería, adulto mayor y la persona encargada de cuidarlo, respetando la cultura, costumbres y valores en sus contextos específicos.

Observando el termino cultura, es definido, “como un todo complejo de conocimientos, creencias religiosas, arte morales, leyes, costumbres y otras habilidades que una persona desarrolla como miembro de una sociedad” (9). El término, se correlaciona a las cosas inmateriales o materiales que el hombre combina para comprender su existencia; entre ellos: los pensamientos, las acciones, sucesos, intenciones, es decir, una serie de códigos, habilidades, hábitos, modificados consciente o involuntariamente.

Por lo tanto, debemos comprender y aprender a acercarnos a las personas desde sus creencias y valores, ellas conocen sus propios esquemas y formas de cuidarse, pues la sociedad actual ha obligado a las personas a adoptar formas de vida para su autocuidado, ellos; desde su experiencia, pueden ayudar a los profesionales de la enfermería a descubrir lo más ignoto de su mundo social, generalmente constituidos por símbolos, expresados a través de actos, interacciones y lenguajes significativos para la socialización.

Esta socialización terapéutica con el adulto mayor y la familia es compleja por naturaleza, implica un gran esfuerzo y un desafío extraordinario para la tolerancia, la solidaridad, comprensión y significación durante la atención brindada por los profesionales de enfermería en los servicios de hospitalización, dada la diversidad cultural presente en este grupo etareo, ya que, “los factores culturales tienen un papel muy significativo en procesos de empatía, transferencia y contratransferencia” (10).

Al reflexionar en el párrafo anterior, un acto de comprensión mutua entre las enfermeras (os), el adulto mayor y la familia, propician un acercamiento recíproco sobre los aspectos significativos del cuidado derivados de la diversidad cultural, tomando en cuenta los aspectos físicos, fisiológicos y psicoafectivos de las personas hospitalizadas, donde los valores y las creencias manifestadas son respetadas en un clima de compromiso social de integralidad y diversidad antropológica.

En relación con la diversidad y universalidad del cuidado, fue introducido a partir de la antropología por Leininger, registrada como la primera enfermera que motivó a muchos clínicos, para que desde la pluriculturalidad reconocieran lo que las personas sienten, piensan y crean conforme a las creencias y valores culturales, sus propios cuidados de la salud. Por lo tanto, el cuidado cultural, “es una teoría centrada especialmente alrededor de la cultura, del cuidado, del bienestar, de la salud, la enfermedad y la muerte” (11).

Al incorporar el modelo del cuidado cultural a la práctica de enfermería, modificamos las estrategias de atención a los problemas de salud encontrados y visualizamos, las realidades del comportamiento que las personas tienen en el contexto de su cuidado, en esa búsqueda los profesionales de enfermería nos comprometemos con los sujetos para pensar culturalmente los significados del cuidado e instruirles cómo actuar para el mantenimiento de su salud, enfrentar la enfermedad o tener una muerte digna.

Sin duda, para muchos autores “la cultura es esencialmente semiótica y comprende el entendimiento de que el hombre sólo es capaz de vivir en un mundo que tenga significados”. “También entiende la cultura como un patrón de significados transmitido históricamente, incorporado en símbolos, un sistema de concepciones heredadas y expresadas en formas simbólicas” (12), (13).

Las definiciones anteriores, dan cuenta sobre la importancia de comprender los significados transferidos culturalmente en los sistemas de creencias y valores de las personas o grupos; entonces, a través de esa realidad, los adultos mayores comunican sus sentimientos y conocimientos adquiridos por la experiencia vivida, aportando a las disciplinas de salud la posibilidad de implementar y ejecutar acciones efectivas con una actitud positiva y sensibilidad humana hacia las actividades del cuidado requeridos por este grupo etareo cuando son hospitalizados en un servicio oncológico, o en la comunidad.

En otro orden de ideas, el envejecimiento es un término polisémico que toma importancia por el acelerado crecimiento demográfico que impacta las economías del mundo. Es así como la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define, como el proceso fisiológico, que comienza en la concepción y ocasiona cambios característicos para las especies durante todo el ciclo de vida. En los últimos años de la vida, esos cambios producen limitaciones de la adaptabilidad del organismo en relación con su medio (14).

Otros autores los contemplan como, un proceso biológico, universal, endógeno, deletéreo, progresivo e irreversible, que se caracteriza por un deterioro de las capacidades del organismo para adaptarse tanto a su medio interno, como al medio externo, al funcionamiento del sistema de autorregulación y conlleva inevitablemente a la muerte (15). A su vez el envejecimiento es señalado “como un proceso fisiológico en el que la característica más importante es la disminución de la capacidad funcional secundaria al paso del tiempo” (16).

Considerando lo anterior, en el transitar paulatino del hombre este experimenta transformaciones y cambios complejos, dinámicos, graduales y definitivos; donde se conjugan aspectos biológicos, psicoafectivos, socioculturales y espirituales, los cuales afectan el comportamiento, la independencia, la funcionalidad orgánica, social y psicológica de las personas y su entorno; debemos considerar por otra parte, que no todo el organismo envejece simultáneamente, inclusive es diferente en cada individuo, hay factores circunstanciales relacionados con el entorno, es decir, clima, estilos de vida y prácticas para el cuidado; igualmente intervienen otros elementos endógenos como son; la herencia, la raza y el sexo, así las personas tienen diferentes formas de envejecer, aun si conviven en la misma zona geográfica, sea rural o urbana.

Esta compleja y notable realidad sociocultural, afecta las relaciones del adulto mayor la cual, afecta la sociabilidad con el entorno; ya que, “al presentarse una serie de cambios psicológicos, fisiológicos y sociales, lo lleva a sentir incapacidad para

realizar muchas actividades, experimentando menos autonomía e independencia y menos capacidad funcional” (17). El envejeciente al verse imposibilitado física, y psicológico, usan estrategias para modificar el estilo de vida hacia una dependencia de maduración y así adaptarse al contexto social.

De acuerdo con lo señalado en el párrafo anterior, para dar una atención óptima y de calidad al envejeciente los profesionales de la salud, debemos adecuar los cuidados con estrategias viables y personalizadas en función de las necesidades interferidas en cualquiera de las dimensiones afectadas, dando respuesta a las demandas del cuidado de este grupo por las discapacidades que van emergiendo, que junto con las enfermedades crónicas como el cáncer ponen en riesgo la salud del adulto mayor.

En relación con el cáncer podemos decir, que es una de las principales causas de morbimortalidad en el mundo, describe un proceso neoplásico que genera un impacto negativo en las personas que la padecen; dejando secuelas emocionales, económicas y sociales en la familia, con consecuencias desfavorables para la vida de los pacientes ocasionándoles; ansiedad por el curso y pronósticos de la enfermedad, así como dolor, sufrimiento y miedo a lo desconocido.

Este padecimiento, fue reconocido en la antigüedad por individuos muy observadores, que le dieron este nombre (del latín Cangri, cangrejo) por que se extendía en muchas direcciones como las patas de un cangrejo (18). Esta enfermedad

ha afectado a la humanidad desde la antigüedad; ya Hipócrates (400 a. JC) describió muchas de sus manifestaciones clínicas. Claudio Galeano, médico griego de la época romana describía “un tumor que se extendía por los lados mediante prolongaciones anormales que invaden los tejidos adyacentes. Esto se parece a las patas de un cangrejo, que también están en la cabeza y en todo el cuerpo del animal. (19).

En relación con el párrafo anterior, pocas enfermedades como el cáncer causan mayor ansiedad y temor en los adultos mayores que las padecen así como incertidumbre en los familiares y amigos que lo acompañan, fomentando sentimientos de desesperación por el curso de la enfermedad y el tratamiento a utilizarse, aun cuando este padecimiento tiene buenos pronósticos y expectativas de vida dado al conocimiento que se tiene sobre la fisiopatología y el curso de la enfermedad, así como los avances tecnológicos y nuevas técnicas para diagnosticarla y detectarla precozmente, permitiendo estimar las posibilidades de sobrevivencia.

Otros autores señalan el cáncer, como un “término que designa a un grupo de enfermedades caracterizadas por el crecimiento descontrolado de las células con invasión local de los tejidos y metástasis sistémica” (20). Igualmente al “desarrollo sin control de células anormales o cancerosas en el cuerpo humano” (21).

Como ya se ha señalado, esta enfermedad presenta característica de proliferación descontrolada, se acompaña de múltiples síntomas crecientes y de gran impacto emocional sobre el propio paciente, la familia y los profesionales que lo atendemos; las reacciones que tengan para afrontar la enfermedad predicen de alguna manera la mayor o menor posibilidad de supervivencia que puedan tener; en ese sentido, los profesionales de enfermería requieren disposición para proporcionar atención de calidad, no solo por la supervivencia del enfermo sino por la calidad de vida del mismo, considerando las cargas emocionales que agobian a la familia y al propio adulto mayor.

Reflexionando en torno al párrafo anterior, la interacción que los profesionales de enfermería mantienen con el adulto mayor cuando es hospitalizado se extiende más allá de una simple relación terapéutica, para brindar una atención adecuada debemos exhibir responsablemente, un sentimiento de amor y compasión, con compromiso moral y ético, además, considerar la influencia de los valores, la bioética, la presencia física de los involucrados para que sea fluida, significativa y se experimenten cambios a través de las sensaciones y los sentidos, en un proceso de relación interpersonal y transpersonal para fortalecer la condición humana del enfermo y sus familiares.

Precisamos exteriorizar una actitud franca de disposición, prestando y ofreciendo un servicio caracterizado en responder las demandas que exigen los pacientes, escucharlos atentamente, ser solícitos no solo con el enfermo sino también con el familiar que muchas veces espera del equipo de salud el mejor trato de solidaridad, comprensión y respeto.

Al mismo tiempo, comprenderlo desde su pluriculturalidad, los valores y las creencias; oírle, observarlo y tocarlo para tener una idea aproximada sobre el proceso de duelo por el cual transita, es estar dispuesto a brindarle la oportunidad de que exprese sus sentimientos y las expectativas de vida durante su estancia hospitalaria, involucrar al familiar en lo posible en las actividades para sus cuidados.

Por lo tanto, el cuidado en enfermería demanda medidas que permitan la motivación, la creatividad, los valores corporativos y enfatizar la efectividad de una atención individualizada idónea focalizados en una relación que satisfaga la familia, el personal de salud y a los adultos mayores principales protagonista de la atención, para todos los enfermeros, es necesario comprender, estudiar y replantear las acciones del cuidado que respondan efectivamente al crecimiento ineludible de la población,

En relación con la población, el Departamento de las Naciones Unidas de Economía y Asuntos Sociales (UNDESA), indica que en el 2011 la población mundial superó los 7 mil millones y se espera que llegue a 9 mil millones de personas

en 2045. Para el 2015 el n° de personas de 60 años y más fue de 901 millones representando 12,3% de la población mundial. Estima que para el 2030 el n° de personas de 60 años y más será de 1.402.000.000, representando el 16,5% de la población mundial. Proyecta para el 2050 el n° de personas de 60 años y más será de 2.092.000.000, representando el 21,5% de la población mundial (22).

De acuerdo con el Departamento mencionado en el párrafo anterior, en América Latina y el Caribe la proporción de personas mayores varía mucho: Uruguay tiene 19%, mientras que Guatemala, Honduras y Nicaragua tienen el 7% cada uno. Estima que para el 2030, el número de personas de 60 años o más será del 16,5% del total de la población de la región, es decir, alrededor de 113,4 millones de personas mayores. Se espera que el 2050 esta cifra alcance el 25,5% es decir 190,9 millones de personas mayores (22a).

En Venezuela los datos demográficos aportan indicadores referidos a las características de la población de adultos mayores, es así como el Instituto Nacional de Estadística de Venezuela (INE), indica que la población de 60 o más años para 2010 era de 2.519.751 personas y para 2030 los venezolanos con esas edades serán 5.558.973, es decir, aumentarán 12,62% (23). Actualmente en el estado Carabobo el INE, señala que para el censo realizado en el 2011; en esta entidad la población de adultos mayores tuvo un incremento en un “5,6%; teniendo las edades de 60 a 64

años, 72.507 adultos mayores; las edades de 65 a 69 con 45.807 adultos mayores; y finalmente de 70 años y más con 78.795 adultos mayores” (24).

La tendencia de la población en este grupo etareo se incrementa notablemente a un ritmo acelerado en las últimas décadas afectando la economía, la política, la educación, la cultura, así como los valores en la sociedad; esto representa una oportunidad para que los profesionales de enfermería adquieran habilidades y destrezas dirigiendo los conocimientos hacia las personas adultas mayores; por otra parte, la respuesta del estado y la sociedad en general debe ser integral ya que esta situación demanda de personas comprometidas en los servicios públicos y asistenciales, para proporcionar cuidados eficientes en el futuro inmediato, es decir, hacer cambios fundamentales en lo que hacemos y en la forma como concebimos el envejecimiento.

Al contemplar las características del envejecimiento, suelen presentarse estados complejos que complican la salud de las personas, producto de los hábitos de vida arraigados desde la niñez o adolescencia, con resultados subyacentes para el bienestar físico y mental del adulto mayor, es por ello, que en el cuidado humano en los espacios hospitalarios debemos involucrar las dimensiones biológicas, psicológicas y culturales, conjugando además; aspectos sociales como los valores y las creencias, para que las acciones implementadas y ejecutadas satisfagan al sujeto, la familia, la disciplina de enfermería como organización y la institución.

Lo antes señalado, y con la experiencia adquirida en mi largo transitar como enfermero, complementado con la docencia en la enseñanza y administración del cuidado, me permitió reflexionar sobre la actitud exhibida por los profesionales de enfermería hacia los adultos mayores, generando en ellos; expectativas sobre el proceso de envejecimiento y cuáles cuidados pertinentes debemos proporcionarles durante la estancia hospitalaria en los servicios de oncología, esta inquietud motivó a incorporar nuevos conocimientos para ponerlos al servicio de los pacientes y familiares, desde el escenario de la práctica tanto asistencial como comunitaria.

Por otra parte, durante mi formación como bachiller asistencial experimente la enfermedad del cáncer que padecieron mis abuelos así como la oportunidad de brindarles atención requerida y apropiada considerando los pocos conocimientos que tenía para ese entonces sobre el cáncer y el envejecimiento; al verlos frágiles, débiles y viviendo su proceso de duelo, despertó en mí el sentimiento de amor, respeto, solidaridad y compasión hacia estos seres humanos, motivando el interés de proseguir los estudios superiores que me permitieran conocer aspectos sobre la salud-enfermedad en las personas en su proceso del envejecimiento.

Cabe destacar que, los profesionales de enfermería poseen diferentes grados de preparación académica llámese; especialistas, maestrías y doctores, no obstante el cuidado que realizan es planificado de acuerdo con las normas regidas y rigurosas de la institución, esto limita el compromiso y la responsabilidad hacia los cuidados

emprendidas hacia este grupo etareo, el cuidado es mecanizado sin tomar en cuenta las características peculiares del proceso de envejecimiento tales como; aspectos físicos, fisiológicos, psicoafectivos, sociales y culturales.

Paralelamente, observo en los escenarios de la práctica, que al prolongarse la hospitalización de los adultos mayores en los servicios de oncología, la interacción de los profesionales de enfermería y otros miembros del equipo de salud es distante y desconcertante, el cuidado proporcionado se circunscribe a cuidados generales de medición de signos vitales, baño en cama, estudios para laboratorio y deambulación, la comunicación es muy circunscrita y se basa únicamente en transmitir información breve sobre aspectos generales del curso de la enfermedad.

Se requiere de un cambio integral y estructural en los servicios de hospitalización con profesionales de enfermería capaces de identificar las necesidades del enfermo y su familia, comprometidos y sensibilizados hacia el proceso de envejecimiento, con una visión fundamentada no solamente en el cuidado técnico sino también, tocar aspectos axiológicos, y metodológicos que propendan a respetar el valor que tiene el adulto mayor, mejorar los servicios existente, promocionar las políticas hospitalaria con bases científicas hacia el cuidado cultural dirigidas hacia los adultos mayores hospitalizados con cáncer.

## **PREGUNTAS NORTEADORAS DEL ESTUDIO**

Reflexionando sobre el fenómeno, esta disertación despertó mi interés para realizar el presente estudio planteándome las siguientes interrogantes en la búsqueda de respuestas que darán direccionalidad a la investigación.

1. ¿Cuál es el significado que le otorgas al cuidado del adulto mayor cuando es hospitalizado en las unidades de oncología?
2. ¿Cómo las enfermeras (os) realizan el cuidado al adulto mayor con cáncer en la unidad de hospitalización?
3. ¿Cuáles son las acciones de cuidado que ponen en práctica las enfermeras en el contexto hospitalario cuando el adulto mayor es hospitalizado?
4. ¿Cuáles son las creencias y valores que operan en los sujetos en estudio?

Para dar respuestas a estas interrogantes, me planteo el objetivo general, y los objetivos específicos.

## **1.2.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

### **1.2.1.- Objetivo general**

Descubrir el significado del cuidado proporcionado por los Enfermeros al Adulto Mayor hospitalizado con cáncer basado en la teoría del Sol Naciente de Madeleine

### **1.2.2.- Objetivos específicos**

- Explorar en los informantes claves sus creencias y valores sobre la práctica del cuidado de los Adultos mayores en las Unidades Oncológicas del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. Valencia, Edo. Carabobo.
- Describir el significado que tiene las prácticas del cuidado cultural en el Adulto Mayor a partir de sus creencias y valores en las Unidades Oncológicas del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. Valencia, Edo. Carabobo.
- Interpretar la información dada por los informantes referidos a las prácticas del cuidado del adulto mayor en las Unidades Oncológicas del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. Valencia, Edo. Carabobo.

### **1.3.- Justificación del estudio**

Enfermería es una ciencia aplicada al arte de proporcionar cuidados a las personas sanas o enfermas en diferentes contextos sociales, estos profesionales en el área asistencial se especializan en oncología adquiriendo conocimientos para proporcionar atención a los pacientes con neoplasias benignas o malignas, complementada con la disciplina de geriatría y gerontología, que como disciplina coadyuva notablemente con los cuidados al adulto mayor.

Las habilidades y destrezas del profesional de enfermería, adquiridas en el campo de la oncología lo convierte en un eslabón multidisciplinario, determinante para la práctica bajo un paradigma científico mas humanizado dado que abarca la autonomía y la colaboración con otras disciplinas, donde intervienen muchos factores asociados con el cuidado, tales como: la experiencia, los valores, la ecología y la cultura del sujeto que requiere atención.

La experiencia vivida a lo largo de mi transitar en la cotidianidad hospitalaria, como enfermero del área médico quirúrgico, en las salas de emergencia y politraumatizados, y los servicios de hospitalización de medicina interna oncológica y quimioterapia y como gerente y docente universitario, he podido visualizar aspectos actitudinales que permiten ver el cuidado desde diferentes ángulos; y, para comprender sus dimensiones es necesario conocer cuáles son los factores que han

limitado la práctica hacia el cuidado del adulto mayor hospitalizado con cáncer, de acuerdo con esas respuestas se puede motivar responsablemente a los profesionales de enfermería hacia la toma de decisiones que redunde positivamente hacia una mejor forma de atención que involucre a los familiares y el resto del equipo de salud.

Desde ese matiz, considero relevante este estudio porque existen pocas investigaciones que abordan la prácticas del cuidado en adultos mayores hospitalizados en un servicio oncológico desde la perspectiva del sol naciente de Madeleine Leininger, esto permite conocer la realidad del cuidado al adulto mayor dándole un enfoque humanístico y cultural tomando en cuenta los valores corporativos de la institución y engranarlos con los valores y creencias que favorezca las necesidades fisiológicas, emocionales, sociales, espirituales, ecológicas, culturales y recreativas del enfermo y sus familiares.

Por lo tanto, este estudio develara la práctica del cuidado que proporcionan los profesionales de enfermería al adulto mayor hospitalizados con cáncer en un servicio oncológico; y cómo esa realidad puede enfocarse desde otras formas de atención con una orientación humanística comprendiendo el fenómeno de estudio identificando y relacionando experiencias humanas e individuales, así mismo servirá para la construcción cultural del cuidado, respetando los valores y las creencias del hombre como ser integral, que a su vez forma parte de una estructura social y cultural compleja concebidas e inseparables, ya que la población del adultos mayores crece

cada día más y los cuidados proporcionados no son acordes a sus demandas; en consecuencia, debemos considerar a la hora de brindar los cuidados: la edad, los valores y la cultura, que precisan ser entendidas por los profesionales, para adecuar los cuidados tomando en cuenta la filosofía de vida del adulto mayor y sus creencias.

Al análisis de lo expuesto en el párrafo anterior, el proceso de envejecimiento desde la práctica, es percibir las múltiples necesidades interferidas y las limitaciones derivadas de la enfermedad que circunscriben la atención hacia el adulto mayor y los familiares que lo cuidan; por lo tanto, los resultados de este estudio podrían promover un ambiente definido y acorde con sus valores y creencias, la cual puede ser más personalizada y humanizada en cuanto a la satisfacción de los cuidados que recibe, demandando de los profesionales de enfermería un mayor compromiso hacia unos cuidados menos mecanizados y más humanizado.

Abordar cualitativamente la cultura compleja del hombre en el proceso de envejecimiento con enfermedades neoplásicas implica: primero, conocer diferentes aristas multidimensionales que van a permitir indagar el fenómeno desde los profesionales de enfermería con otras disciplinas y familiares, donde las experiencias individuales y colectivas van a ayudar a engranar los horizontes para reforzar, o modificar conductas y actitudes hacia los adultos mayores hospitalizados con cáncer, segundo generar modelos de cuidado con énfasis en la cultura del adulto mayor minimizando el impacto negativo que tienen los profesionales de la salud con

respecto al envejecimiento y la enfermedad y por ultimo reflexionar y plantear nuevas políticas y programas de intervención de acuerdo con los resultados aportados en la investigación, contribuyendo así a mejorar la preparación, la habilidad y la práctica del cuidado humano siempre orientado hacia las acciones independientes e interdependientes en el área de la enfermería geriátrica y gerontológica.

Desde una óptica general, se resalta el papel que tiene la enfermería gerontológica y geriátrica en los diferentes servicios de hospitalización, en cuanto a la relación del profesional de enfermería – adulto mayor como un aspecto fundamental en la recuperación de este grupo; por lo tanto, el estudio aportará información importante para el cuidado, optimizando el conocimiento en la disciplina en relación con la conducta, la biología y las ciencias sociales y a su vez generar en el adulto mayor confianza y un sentimiento de satisfacción haciéndolo más receptivo en el cumplimiento de su tratamiento. Los resultados derivados de esta propuesta teórica aportaran beneficios a la institución donde se realizará el estudio para la toma de decisiones que transformen la práctica de Enfermería.

En ese mismo orden, considero que los datos que aporte esta investigación son relevantes y podrán servir como fundamento en las actividades docentes de pregrado y postgrado de los diferentes centros universitarios vinculando la teoría con la práctica, fortaleciendo el cuidado cultural que deben tener los estudiantes de la

carrera de enfermería interpretando los significados desde la cultura cuando interaccionan con el adulto mayor hospitalizado con cáncer.

Por último, este estudio contribuirá en la comprensión que se tiene sobre el adulto mayor cuando es hospitalizado con cáncer, sus características culturales, axiológicas, ontológicas y metodológicas, creando un aporte epistemológico a la disciplina de enfermería fundamentando a futuras investigaciones a internalizar la importancia de humanizar los cuidados centrados en las respuestas de la otredad, basados sobre los modelos y teorías emergentes.

#### **1.4.- Matriz Epistémica**

La investigación en Enfermería tiene marcadas influencias del campo positivista, esto básicamente ha constituido los cimientos reduccionistas que a través de sus métodos han imperado en el campo de la salud, los servicios asistenciales requieren de personal dotado científicamente, con cualidades pedagógicas, andragógicas y éticas que pudieran contrastar con el modelo biologicista. No obstante, la dinámica social y tecnológica durante la interacción asistencial en los servicios de salud, obliga al investigador a pensar y reflexionar sobre los paradigmas preexistentes.

La investigación se orienta en descubrir y comprender formas específicas de la vida en sociedad en este caso el cuidado al adulto mayor desde una perspectiva

cultural en los servicios de oncología; la validez generada por este enfoque está en términos de su coherencia, consistencia y poder interpretativo y del sentido que tiene para quienes se investiga, en este horizonte hermenéutico, “va mas allá del análisis del lenguaje, vivir implicados en los mismos códigos de significados para comprender en el que ese grupo humano, del cual se forma parte, ejercita la vida (25).

De tal manera que, esas ideas interpretadas de los fenómenos y hechos contemplados y experimentados en los servicios de hospitalización, permiten incorporar aspectos significativos del cuidado para el adulto mayor, la familia y el equipo de salud, significa representar la construcción del conocimiento desde el escenario de la practica, la naturaleza de una realidad compleja y natural que obedece a las costumbres, creencias y valores practicados por los actores sociales implicados en el estudio.

De acuerdo a lo anteriormente planteado, la investigación se orienta hacia un enfoque fenomenológico-hermenéutico, “se interesa por la interpretación y la comprensión en contraste con la explicación, se preocupa por la búsqueda del significado de las experiencias vividas (26).

Es importante destacar, esta corriente se limita a describir las apariencias directas y trata de combinar la exactitud minuciosa con la más amplia especulación. Para practicar la fenomenología no hay que estar influenciado por ninguna tradición, por

ninguna autoridad, por ninguna suposición de que los hechos deberían ser de un modo o de otro: hay que limitarse simple y honradamente a la observación de las apariencias (27).

El interés del investigador es captar los fenómenos de manera perceptible y centrada en los acontecimientos significativos de las personas, que; como actores principales en sus contextos particulares o colectivos amplían la perspectiva como entes importantes para la vida en sociedad, los adultos mayores son capaces de aportar con sus vivencias elementos que fundamentan y transforman las realidades vividas y experimentadas por los profesionales de la salud en los servicios oncológicos.

En la filosofía griega el fenómeno como concepto es lo que se conoce de aquello por sí mismo y de sí mismo se ofrece, por lo tanto el fenómeno se presenta en una primera instancia como aquello que puede ser la verdad lo que es aparente y evidente. Husserl destaca, la fenomenología no es una ciencia natural de los hechos, si no de las esencias, que se captan por intuición (28).

El objetivo básicamente es la interpretación, la captación, la aprehensión abstracta de los fenómenos presentados en los contextos que tienen significado para las personas, que para entenderlos el investigador debe tomar una actitud fenomenológica vale decir, reducir y poner entre paréntesis o epojé cuyo significado

alude a la escisión, o suspensión de juicios del mundo vital o real que limitan la interpretación de la esencia de las vivencias del sujeto, debemos intentar suprimir todos las conjeturas de la vida ordinaria para que las cosas fluyan tal como son.

Es así como, la hermenéutica abordada en este estudio permite interpretar los textos y comprender el contexto social vivido por las personas, “La palabra hermenéutica es una transliteración del vocablo hermeneutike el cual deriva del verbo griego hermeneuo que significa “interpretar” (26a), se dice que es la ciencia que nos enseña los principios, métodos y reglas de la correcta interpretación de cualquier texto literario (29).

La hermenéutica está estrechamente ligada a la fenomenología, porque está asociada a las ciencias humanas y de alguna manera es el medio por la cual comprendemos e interpretamos las estructuras del ser y existir en las vivencias de las sociedades, describiendo lo más aproximadamente posible los aspectos que las personas dan a sus actos en el contexto cultural durante la socialización en el mundo del sujeto, permitiendo explorar la naturaleza de los fenómenos observados desde un matiz holístico considerando los datos emic y etic de los colaboradores e investigador.

Los términos emic y etic son características comunes en la etnografía conllevando al análisis reflexivo del investigador y los informantes clave. La perspectiva o visión

emic o mirada interna, de lo que sucede y por qué, es básica para comprender y describir de manera exacta las situaciones y comportamientos del informante.

La perspectiva etic es el marco teórico que se trae desde afuera, las abstracciones del investigador, o la explicación científica de la realidad. La descripción emic está basada en como explican los miembros de una sociedad o cultura el significado y los motivos de sus costumbres. Mientras que la descripción etic es la que realiza un observador que busca descubrir el significado de lo que los agentes involucrados le dan (30).

En lo que respecta a la etnografía como proceso metodológico propio de la antropología cultural con sus diferentes estilos y configuraciones; corresponde describir y analizar culturas y comunidades, la organización social, tales como: la estructura familiar, la economía, las prácticas religiosas, las conductas ceremoniales, los rituales y los símbolos es el componente de estudio por excelencia de este método. En efecto, “trata de definir patrones predecibles de comportamientos de grupo” (31).

Desde el punto de vista general, la investigación es entonces un proceso múltiple y dinámico; promueve por un lado la promoción cultural y además forma al investigador en la interpretación de fenómenos obtenidos en el entorno, integrando elementos de comunicación social que afecta la organización en un sentido colectivo,

constituyendo una alternativa metodológica compleja desarrollada en un escenario social donde investigador e informantes comparten actividades. Una etnografía por lo tanto, es cualquier descripción parcial o total de un grupo ethno (gente) y graphy (descripción), una descripción de las gentes... Una etnografía se centra en un grupo de personas que tienen algo en común. Las etnografías de enfermería por lo general se han centrado en las creencias y prácticas sobre la salud y como se relacionan con otros factores sociales (30a). Subrayamos entonces que, “el propósito fundamental de un estudio etnográfico es describir una cultura o una parte de ella dentro de una organización” (32).

En el ámbito hospitalario constituye una alternativa metodológica con sorprendentes e interesantes resultados de interés social, resultados que describe el proceso del cuidado humano cuando es proporcionado al enfermo con cáncer holísticamente, porque observamos, cómo es la dinámica e interacción de los familiares con el enfermo, con los colegas y el resto de los compañeros en el medio asistencial, así el investigador se convierte en un elemento vital, identificando y analizando situaciones del fenómeno observado.

En esa interacción, el enfermero se convierte en antropólogo, porque describe la realidad significativa para los actores sociales reflejada en los escenarios de la práctica, debemos reconocer que “la enfermera que aumento la visibilidad de la

etnografía dentro de la enfermería fue Madeleine Leininger, quien para doctorarse convivió con los nativos de Papua Nueva Guinea por espacio de un año” (33).

Podemos asumir, que las acciones sociales es el producto de como los adultos mayores y sus familiares, perciben, entienden, interpretan, juzgan y organizan su cosmos, entonces para investigar ese complejo mundo social la vía más propicia es preguntar directamente a los informantes por qué actúan de determinadas maneras, por que las personas actúan tal como lo hacen y a que significados obedecen. “En ese orden, se asume la relevancia del papel del actor principal y se insiste en comprender las acciones sociales desde su perspectiva” (34).

Atendiendo lo anterior, hacer etnografía es involucrarse con el otro en su espacio y asumir aspectos evidentes y sobrentendidos, de las apariencias del fenómeno con un prisma cultural dentro de una organización social o grupal, partiendo de las conductas observadas durante la interacción constante con los profesionales de enfermería y los adultos mayores hospitalizados con cáncer evidentemente argumentado; se puede afirmar que hacer etnografía es “tener presente aspectos explícitos e implícitos, manifiestos y ocultos, objetivos y subjetivos, lo cuantitativo y lo cualitativo” (32a).

## **CAPITULO II**

### **APROXIMANDO EL CONTEXTO TEORICO REFERENCIAL**

En este capítulo se presentan y describen las consideraciones sobre los hallazgos encontrados en el camino, antecedentes de investigaciones previas relacionadas con la temática en estudio tanto internacionales como nacionales, seguidamente lo explorado en relación con las concepciones teóricas sobre cultura, bases teóricas sobre el cuidado, adulto mayor y enfermedad del cáncer; además de las bases legales.

#### **2.1.- Hallazgos Encontrados en el Camino Recorrido**

En el devenir histórico la disciplina de enfermería se ha venido confeccionando, desarrollando y comprendiendo el rol fundamental como otras disciplinas de la salud, esa evolución ha permitido convertirse en una profesión cuya esencia es el cuidado de las personas, grupos o comunidades, y, cuando se habla de grupos sociales se aborda desde la antropología, ya que el hombre forma parte de una prosapia con impronta cultural en intercambio permanente con el entorno. En este capítulo se abordaron aspectos ontológicos, epistemológicos, axiológicos y antecedentes sobre el cuidado humano y los adultos mayores diagnosticados con cáncer, así como otros aportes

vinculados con el tema en estudio: cultura del cuidado en adultos mayores con cáncer desde la perspectiva del sol naciente de Madeleine Leininger.

A continuación se mencionan algunas investigaciones tanto internacionales como nacionales relacionadas con el cuidado humano, cáncer y adulto mayor que han generado importantes aportes entre las cuales tenemos las siguientes:

### **2.1.1.- Antecedentes Internacionales**

Olcese Zulueta Claudia (35). En Valladolid España realizaron un trabajo denominado: Modelos transculturales de los cuidados enfermeros: hacia un cuidado integral, individualizado y universal.” Se planteó como objetivo; identificar el nivel de intervención profesional en los dilemas del cuidado vinculados a los aspectos culturales relacionados con la salud y la actividad sanitaria, así como el reconocimiento de modelos profesionales que referencian los cuidados transculturales de Enfermería. Fundamentado en la consideración de la especificidad cultural de cada Persona, siguiendo el principio de respeto a las características individuales y a la exigencia básica de la profesión de enfermería de prestar una atención integral; es decir, atendiendo a las áreas biológicas, psicológicas y socio –culturales de la persona-familia y/o comunidad.

En la primera parte se aborda un análisis y revisión sobre el nivel de desarrollo de los cuidados transculturales en la práctica de enfermería y los modelos más representativos, así como los elementos destacados en los que se fundamenta la actividad enfermera centrada en el respeto y competencia cultural. En la segunda parte se hace un estudio de campo con profesionales de enfermería en las áreas en las que hemos encontrado colaboración, y con compañeras/os de la propia facultad. Concluimos este TFG con un análisis DAFO de la situación y la propuesta de alternativas que defienden la importancia de atender las necesidades de todas las personas desde la perspectiva de la competencia cultural

Este antecedente guarda relación con el estudio en el enfoque sobre el cuidado cultural integral, destacando la importancia de atender las necesidades básicas interferidas en el adulto mayor hospitalizado, reforzando los modelos profesionales considerando la especificidad social y axiológica como eje transversal y competencia alternativa que propende a disminuir los efectos traumáticos y psicológicos como consecuencia de la enfermedad en el paciente y su familia.

Por su parte, Ayasta Vega Teresa María (36). En su estudio realizado en Perú titulado: cuidado de enfermería en el sufrimiento de Personas oncológicas en fase terminal según la teoría del cuidado caritativo, de tipo cualitativa–descriptiva. Consideró como objetivos: Describir, analizar y comprender el cuidado de enfermería en el sufrimiento de las personas oncológicas en fase terminal según la teoría del

cuidado caritativo en el servicio de Oncología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Perú. Los sujetos de investigación estuvieron conformados por 6 enfermeras y 6 familiares de las personas hospitalizadas que tuvieron como diagnóstico cáncer en fase terminal.

El análisis de contenido permitió que surjan las siguientes categorías: A. Ética del cuidado en el sufrimiento: dignidad y caridad B. El alivio del dolor y los cuidados básicos: apoyo en el sufrimiento y C. Acompañamiento espiritual a través del fomento de la fe en Dios y trascendencia. La consideración final es que el cuidado que brinda la enfermera debe basarse en el amor considerando todas las dimensiones de la persona y la teoría del Cuidado Caritativo, ya que cuando están en fase terminal sufren y necesitan de un acompañamiento y cuidados espirituales.

Al observar los resultados del estudio que antecede se destaca el cuidado basado en el amor considerando las dimensiones de la persona que sufre y necesita acompañamiento cuando están en etapa terminal, esto guarda relación con el estudio propuesto ya que los profesionales de enfermería precisan de la comprensión del sufrimiento por la cual transita el adulto mayor y su familia, además hace referencia a los conocimientos culturales, valores, creencias, hábitos y prácticas que caracterizan a los actores sociales.

Vergara, O y Carrillo, G (37) realizaron una investigación en Bogotá Colombia titulada; Intervención de enfermería para el automanejo en adultos con cáncer colorrectal en tratamiento quirúrgico. Con el Objetivo de determinar la eficacia de una intervención de enfermería para el automanejo y la competencia de cuidado en adultos con cáncer colorrectal en tratamiento quirúrgico.

Los resultados fueron: Previo a la intervención los participantes tanto del GC y GE, presentan niveles medios de comportamientos de automanejo y de competencia para el cuidado en el hogar. En el GE, al mes 1 de la intervención PEACCR se identifica un aumento de los comportamientos de automanejo.

En el mes 2 se evidencia un aumento significativo de estos comportamientos y en sus cuatro dimensiones con cambios estadísticamente significativos. En el GC, al mes de la intervención convencional se identifica un leve aumento en las dimensiones alianza/personal de salud (rango promedio 40,02, p valor 0,000) y conocimientos (rango promedio 51,41, p valor 0,712) sin que estos cambios sean significativos.

Al mes 2 aumentaron los valores de comportamientos de automanejo (rango promedio 40,98, p valor 0,000), y las dimensiones alianza personal de salud (rango promedio 40,11, p valor 0,000) con cambios estadísticamente significativos. Respecto a la competencia para el cuidado en el hogar, previo a la intervención tanto el GE como el GC presentan niveles altos. En el GE, estos niveles se mantienen al

mes 1 de la intervención, y en el mes 2 se aumentan aún más, con cambios estadísticamente significativos. En el GC, de igual forma, estos niveles se mantienen al mes 1 de la intervención convencional, y en el mes 2 se aumentan, con cambios estadísticamente significativos únicamente en las dimensiones de competencia para el cuidado, conocimiento y disfrutar. La intervención PEACCR permite aumentar los comportamientos de automanejo y la competencia para el cuidado en el hogar en adultos con cáncer colorrectal. Se consolida como una intervención a ser tenida en cuenta en la formulación de planes y programas de seguimiento en cáncer acorde con los modelos de cuidado centrados en las necesidades de las personas y sus familias.

Los resultados se pueden vincular al estudio, cuando al abordar el proceso de cuidado en el adulto mayor, diseñamos planes de intervención de autocuidado centrado en las necesidades interferidas del adulto mayor bajo una mirada sociocultural, donde familiares y amigos participen activamente, respetando creencias, valores y costumbres.

Mozo, C y Urbina, M. (38) en su tesis denominada Estilos de vida y salud de los usuarios en el Centro del Adulto Mayor Essalud Guadalupe presentada en Trujillo Perú, tuvo como finalidad analizar la influencia de los estilos de vida en la salud de los usuarios en el Centro del Adulto Mayor Essalud Guadalupe, fue una investigación aplicada teniendo como base un diseño explicativo sobre la relación de las variables estilos de vida y salud. La muestra constó de 44 adultos mayores, con los cuales se

trabajó aplicando los métodos y técnicas de la investigación cuantitativa: Método estadístico y como técnica a la encuesta, y la investigación cualitativa: Método inductivo – deductivo; y como técnicas la observación directa y la entrevista.

De los resultados obtenidos se puede demostrar que los estilos de vida saludables, como la dieta nutricional balanceada, las actividades físicas, recreativas y regenerativas influyen favorablemente en la salud de los usuarios; por otro lado, el sedentarismo y el aislamiento social afectan negativamente la salud de los adultos mayores que se han constituido en nuestra unidad de análisis. Finalmente, se puede concluir que la mayoría de adultos mayores presentan un estilo de vida saludable lo cual es beneficioso para su salud, evidenciándose en los adecuados hábitos alimenticios, la práctica de ejercicios, el buen descanso y sueño, evitando los hábitos nocivos y el buen control de las emociones.

La investigación precedente se relaciona con este estudio, en los estilos de vida que practican las personas en sus diferentes ambientes o contextos, los cuales suelen influir positiva o negativamente en la conducta del adulto mayor y sus familiares, a sabiendas que las neoplasias pueden ser sumamente agresivas para el huésped; no obstante, el enfermero tiene herramientas para abordar los cuidados de una manera holística considerando la cultura del enfermo.

### **2.1.2.- Antecedentes Nacionales**

En Venezuela estado Trujillo, Téllez I. y Guerra A. (39). Realizaron una investigación titulada Prácticas Culturales de Cuidado de los Diabéticos Trujillanos, enmarcado en el paradigma cualitativo, con abordaje fenomenológico etnográfico el cual tuvo como objetivo: Conocer sobre las prácticas de cuidado a partir del marco cultural de salud de los Diabéticos Trujillanos atendidos en el Hospital “Dr. Juan Motezuma Ginnari” del Instituto Venezolano del Seguro Social, ciudad de Valera, Estado Trujillo, basado en el Modelo Sunrise de Madeleine Leininger, utilizando los Principios Fundamentales de la Metodología Spradley.

Los datos fueron analizados conforme a las cuatro grandes fases que Leininger propone para el análisis de investigaciones de tipo cualitativo y a los trabajos de Spradley. De ese proceso emergieron seis dominios culturales: Dominio Cultural 1: “Aprender a cuidarse es una forma de protegerse de la enfermedad”; Dominio Cultural 2: Complicaciones de tener DM; Dominio Cultural 3: La herencia es una razón del origen de la enfermedad; Dominio Cultural 4: Muerte es el resultado de tener DM; Dominio Cultural 5: Creencias usadas para curarse la DM; Dominio Cultural 6: Ser diabético es un contratiempo en la vida.

Esta investigación es relevante ya que utiliza el abordaje cualitativo, el método etnográfico y el modelo del sol naciente de Madeleine Leninger, conjuntamente con los principios y fases fundamentales de la metodología Spradley para el análisis de los dominios, esto sustenta y direcciona las prácticas del cuidado a partir del marco cultural de los enfermeros la familia, cuando el adulto mayor padece enfermedades neoplásicas.

Fernández, V. Rosa, R. (40). Realizaron una investigación en Valencia Venezuela, titulada el significado que le otorga la enfermera (o) al cuidado del adulto mayor la finalidad fue; generar una teoría emergente sobre el significado de envejecer de las enfermeras en los escenarios de su práctica. Construir un modelo teórico para la promoción del autocuidado de la salud y la vida del envejeciente a partir del significado de envejecer de las enfermeras en los escenarios de su práctica, el método utilizado fue el de Spiegelberg.

La validación de la información se realizó a través de la triangulación de los datos obtenidos de los sujetos de estudio, emergiendo cuatro (4) categorías: Interpretando el proceso de envejecimiento humano, vivenciando el cuidado humano del adulto mayor, comprendiendo los sentimientos y emociones de la enfermera (o) e identificando la tipología de los valores de la experiencia cuidadora. El estudio cierra con la construcción de un modelo de promoción de Autocuidado de la Salud y la Vida del envejeciente para mantener una calidad de vida en su contexto social. De

esta investigación surge el Modelo de Promoción de Autocuidado de la Salud y la Vida para el Envejeciente.

La investigación precedente se relaciona con el estudio en el aspecto fenomenológico dado al significado que tiene para las enfermeras la exégesis del envejecimiento y el cuidado que han de proporcionar al envejeciente una vez identificado los tipos de valores experimentados por el adulto mayor durante la estancia hospitalaria, permitiendo adecuar esos cuidados al adulto mayor con cáncer considerando los aspectos fundamentales de la cultura, como son: las creencias y los valores.

Flor San Miguel y Amarilis Guerra. (41). Realizaron un estudio en Valencia Venezuela titulado Modelo Teórico con Enfoque de Enfermería Cultural sobre Lactancia Materna en Diabéticas orientada en la teoría de Madeleine Leininger sobre la diversidad y universalidad de los cuidados culturales y los métodos de investigación cualitativos observación-participación-reflexión, además de la entrevista etnográfica de Spradley fueron los métodos escogidos para la interpretación de los datos.

De los resultados se desprendieron dos temas culturales: 1. El amamantar, una experiencia exitosa y gratificante. 2. Promoción, protección y el apoyo de la lactancia materna. Los dominios identificados fueron seis: la satisfacción materna

como valor es el camino para fortalecer la lactancia materna, creencias erróneas sobre la diabetes mellitus, es la causa del abandono de la práctica de la lactancia materna, darle tetero es una manera de evitar que muera de hambre, la percepción sobre la familia es una condición para la práctica de una lactancia materna exitosa, promoción indiscriminada de los sucedáneos de la leche materna, escasa información y contención sobre lactancia materna es una razón que desfavorece el deseo de amamantar en las mujeres.

Quedo demostrado que las creencias y valores de acuerdo a los tres modos de acción de Leininger permiten la preservación, negociación y reestructuración; permitiendo de esta manera poder brindar cuidados culturalmente congruentes.

La referencia anterior guarda relación con la temática en estudio, en el aspecto del cuidado cultural de acuerdo con la metodología y las fases del sol naciente de Leininger Madeleine que permiten proporcionar cuidados congruentes respetando los aspectos multidimensionales de los adultos mayores durante su estancia hospitalaria.

Figuera E. G. y Vásquez M. L. (42). Realizaron una investigación en Caracas titulada: significado del cuidar y del cuidado humano dentro de la cultura organizacional desde la perspectiva de las enfermeras. Usaron el método etnográfico focalizado exploraron las creencias, valores, hábitos y patrones comportamentales en la búsqueda de significados del cuidar y del cuidado humano en enfermeras que

trabajan en el servicio de medicina, cirugía y áreas quirúrgicas del hospital Universitario de Caracas, Venezuela.

La teoría de la cultura de Edgar Shein, en sus tres niveles y la teoría de enfermería de Madeleine, fueron usadas como referentes conceptuales. La teoría de enfermería de Leininger y los métodos de investigación cualitativa (Observación –Participación- Reflexión y la entrevista etnográfica), tanto Leininger como Spradley, fueron esenciales para revelar lo tácito en la percepción de las enfermeras sobre el cuidar, cuidado humano y la cultura organizacional.

Tres temas surgieron en la descripción etnográfica: el cuidado humano, valores y creencias en la asistencia de enfermería. La calidad de la actividad profesional, una oportunidad en el fortalecimiento del cuidado humano y la naturaleza de la cultura institucional significativa para el cuidado humano. Estos dominios junto con los temas culturales, mostraron el camino para el cuidar y el cuidado humano; en el cual se mostró que creencias y valores, hábitos y patrones comportamentales de acuerdo a los tres modos de acción identificados en la teoría de Leininger pueden ser preservados, acomodados y reestructurados para ofrecer un cuidado humano culturalmente congruente.

Este estudio guarda relación con la temática por los diferentes abordajes filosóficos y metodológicos relacionados con el cuidado cultural, los valores y creencias que el adulto mayor practica en el proceso de socialización en las unidades de hospitalización cuando interactúa con los profesionales de enfermería y otras personas del equipo de salud.

## **2.2.- REFERENTES TEÓRICOS RELACIONADOS CON EL ESTUDIO**

### **2.2.1.- Contextualización sobre Cultura**

La socialización de las personas supone aprendizajes, interiorización de modelos, políticas, valores y cierto nivel de adaptación al entorno social, es así como la cultura se va hilvanando, construyendo con significados constantes y dinámicos, dándole sentido a nuestra visión del mundo. Para el Diccionario Enciclopédico Estudiantil define cultura como; “Conjunto de elementos de índole material o espiritual, organizados lógicamente y coherentemente, que incluyen los conocimientos, las creencias, el arte, la moral, el derecho, los usos y costumbres, y todos los hábitos y aptitudes adquiridos por los hombres en condición de miembro de la sociedad” (43).

Por consiguiente, la cultura o civilización, en sentido etnográfico amplio es aquel todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y cualesquiera otros hábitos o capacidades adquiridas por el

hombre en cuanto miembro de sociedad (44). Otro autor señala como cultura: “modo social, su manera de pensar, sentir, y creer, saber almacenado (sin dejar por fuera lo relacionado), conducta, historia, legado, normativa y las relaciones entre sus miembros (45).

Según la gramática, el nombre de cultura deriva del verbo cultivar; y el verbo cultivar, por constelación semántica, reclama los verbos producir y crear o recrear: el hombre cultiva las cosas (realidades externas a si mismo: por ejemplo la tierra y sus frutos) del mismo modo (vestido, adorno, cuidado de si), por otra parte en su actividad creadora o recreadora esta siempre unido a aquello que produce. Entonces se evidencia dos significados correlativos de cultura; la primera la efectuación de las cosas, (cultivar las cosas); por otro lado la autorrealización del hombre (cultivarse así mismo).

Por consiguiente, “cultura es el acto humano de efectuación y de autorrealización” (46). Por otro lado, la cultura “es una realidad humana presente y dinámica en los individuos y grupos: cada día se incorporan nuevos memes y se pierden otros viejos. Es distinto describir y explicar los cambios culturales por la interrelación de las fuerzas que lo producen” (47).

Partiendo de las premisas señaladas, la cultura tiene como esencia el aprendizaje continuo y compartido a través de la observación, escuchando, participando e interactuando con la gente, con la naturaleza, también los valores y las creencias juegan un papel preponderante en esa socialización tan compleja que muchas veces modifica el comportamiento que caracteriza a un grupo y lo distingue de otro. Así, un grupo o sociedad específica se puede estudiar o explorar, desde el punto de vista de aquello que se indaga; dependiendo de los significados expresados por los actores sociales describiendo e interpretando el discurso señalado desde la subjetividad.

En concordancia con el párrafo precedente, el hombre por su complejidad ejerce influencia sobre el comportamiento y las actitudes en los grupos, pero en su cotidianidad como colectivo, comparte; saberes, valores, creencias y experiencias adquiridas en la socialización, dándole sentido de pertenencia determinada de acuerdo a los patrones o modelos de vida integrados y transmitidos generacionalmente en el contexto de vida.

Es importante señalar que la cultura es un fenómeno universal y se va articulando con los procesos del cuidado enfermero (a), equilibrando tanto la teoría como la práctica conjugando las creencias y valores que responden social y culturalmente con congruencia hacia las personas que se atienden, las intervenciones se logran si los profesionales de enfermería nos esforzamos por integrar holísticamente las

habilidades del cuidado para trabajar efectivamente, contribuyendo de manera sensible y posibilitando el desarrollo de los modelos de cuidado.

Es así como los profesionales de la enfermería tenemos el privilegio de interactuar y modificar su campo de acción en las organizaciones de salud, dada que su gestión se desarrolla como centro de atención para mejorar la práctica asistencial y docente a través de la investigación de campo, donde la cultura tiene un papel preponderante revelándose como una posibilidad para la comprensión sentida, expresada y representada en las realidades de los adultos mayores hospitalizados con cáncer en los servicios oncológicos.

En ese sentido, la cultura de una organización de salud debe observarse como un texto que reúne múltiples sentidos, donde los sujetos ejercitan sus interacciones en su interior (en sus experiencias de trabajo), así como también en sus relaciones externas, logrando así diversas interpretaciones que ellos poseen sobre la organización “en la cual están insertados, aunado a ello la construcción/traducción que el investigador elabora sobre esas significaciones” (14a).

El hospital oncológico es una organización social técnico- científica, que no solamente provee atención asistencial a los enfermos con patologías neoplásicas, sino que mantiene un nivel de participación establecida con otras disciplinas y la gente tanto individual como colectiva, funcionando como un equipo multidisciplinario

integrado en correspondencia con el nivel de formación, proporcionando un servicio humanitario.

El mayor desafío para los profesionales de enfermería es comprender y establecer una relación de empatía en el proceso de duelo que viven los adultos mayores y sus familiares, en esa relación enfermero paciente debemos esforzarnos para buscar la mejor sintonía compatible con la vivencia del paciente, es decir colocarse en el lugar de la persona enferma para aproximarse y describir el significado del sufrimiento en todas sus manifestaciones y dimensiones humanas.

En relación con las dimensiones humanas, “las personas deben ser consideradas en todas sus dimensiones; incluyendo las socioeconómicas y culturales; y no sólo como clientes privados ó usuarios afectados por enfermedades” (48). Esto requiere del personal de salud habilidades, conocimientos con una postura comprensible y equilibrada emocionalmente, considerando que en el hombre la ética y el comportamiento están intrínsecamente relacionados con la forma de vida en sociedad, ubicándolo como un sistema abierto en constante interacción armónica con el medio interno y externo, afectado muchas veces por situaciones que comprometen la vida, como es el caso de los adultos mayores con cáncer.

### **2.2.2.- Concepciones Teóricas del Cuidado**

Interpretar las respuestas humanas y emocionales, desde la cosmovisión sigue siendo un paso subjetivista y dialectico revelado en los cuidados proporcionados por enfermería, los conocimientos técnico – científico y sensibilidad humana exhibida por los profesionales, busca obtener esas respuestas verbales y no verbales comunicadas a través de conductas, gestos y actitudes de los pacientes y sus familiares en la cotidianidad de la atención hospitalaria y/o comunitaria.

En este sentido, cuidado es una palabra polisémica cuya acepción deriva del latín *cogitatus* (pensamiento). Implica hacer por alguien lo que no puede hacer por sí mismo respecto a sus necesidades básicas, la enseñanza de la salud, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de vida del paciente y la familia ante una nueva experiencia (49). Cuidar desde el principio del mundo forma parte del ser humano, por lo tanto es una actividad que tiene un componente existencial que conecta al que cuida con el que es cuidado; en palabras de Boff, El cuidado entra en la naturaleza y en la constitución del ser humano. Cuidar es más que un acto, es una actitud; por lo tanto, abarca más que un momento de atención, de celo y de desvelo (50).

Se desprende del párrafo anterior, que los seres humanos tenemos esa condición innata que nos permite en toda circunstancia actuar con altruismo con nuestros semejantes, por consiguiente, “el cuidado es una oportunidad de encuentro con el otro, un encuentro dinámico en el que la cultura del individuo está influenciada por la propia historia de la vida del individuo, sus experiencias y entorno” (51).

Atendiendo a lo anterior, en el cuidado participan dos sujetos en la acción; enfermería y paciente en diferentes contextos, los cuales construyen y reconstruyen conocimientos y condiciones concertadas en esa dialogicidad dándole sentido a las experiencias significantes en las dimensiones implicadas en el proceso de cuidar, no solo el área relacionada con los aspectos clínicos asistenciales o técnica/tecnológica, también se refieren a las dimensiones socio-culturales e históricas que demarcan el compromiso de los espacios en los cuales están inmersos: enfermo, familia y profesionales de la enfermería.

Enfermería al formar parte de un equipo multifacético, para aplicar los cuidados aborda a la persona, la familia y la sociedad en diversos espacios y momentos no estandarizados, pero esos espacios son perturbados por eventos aleatorios que a su vez afectan la conducta de los seres humanos; por lo tanto, los enfermeros pueden crear planes y estrategias que vinculen los sistemas sociales que satisfagan las necesidades interferidas, el bienestar emocional y la integridad como personas; ya que “el cuidado debe estar vinculado con la disponibilidad del talento humano, recursos

materiales y tecnológicos, en la búsqueda del bienestar para la salud, en constante evolución, haciendo uso terapéutico del conocimiento, práctica y moral” (52).

Otros autores señalan, “el cuidado no es cuestión de buena voluntad ni una simple obligación de conciencia, el acto de cuidar corresponde al ser humano entero, a su inteligencia, su conocimiento moral y a su prudencia” (53). Esta afirmación tiene repercusión humanista porque esta orientada a percibir y comprender lo que somos, y lo que hemos de hacer, es despertar la conciencia para desarrollar con una fuerza reveladora las capacidades del ser, por ello los profesionales de enfermería debemos examinar nuestras debilidades y fortalezas que poseemos para asimilar congruentemente las acciones del cuidado y correlacionarlas con el adulto mayor hospitalizado con cáncer.

Esa reciprocidad interpersonal profesional concertada entre el enfermero, la familia y el paciente permite ejercer los valores, es decir; un compromiso de preocupación moral, de amor, respeto y esperanza, afecto, solidaridad y responsabilidad con la otredad, para la satisfacción y bienestar de las personas o grupos sociales. El cuidado tiene la particularidad esencial, de fortalecer la vida, tener en cuenta las condiciones ecológicas, sociales y espirituales de las personas que permiten la reproducción y evolución de la especie humana, de allí se colige que el cuidado tiene que ver con todo los elementos del planeta tierra, con el cosmos,

incluyendo al hombre para la civilidad de ser capaz de reconocerla, en los demás, de semejante a semejante” (54).

En opinión de algunas teorías, cuidado es asistir a un individuo a interpretar su propia realidad, cuidar es la esencia de enfermería, en su participación con el paciente, en la determinación del sentido único que para él tiene la salud, la enfermedad y la muerte (55), el cuidar como un conjunto de actos de vida tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida en grupos (56).

Los autores precedentes, reafirman la actitud del investigador con respecto a la naturaleza del cuidar, como profesionales de la enfermería que atendemos al adulto mayor con patologías neoplásicas, sentamos las bases comprometidos a proveerles un medio ambiente idóneo para que la comunicación, el respeto, el amor, la tolerancia, el apoyo emocional y la escucha atenta sean elementos importantes y primordiales que primen para la satisfacción del paciente, así como a sus familiares, procurando mejorar su estado de ánimo y así puedan enfrentarse a las dificultades ocasionadas por el proceso de enfermedad.

### **2.2.3.- Concepciones Teóricas sobre Cuidado Cultural**

Desde el contexto cultural el cuidado humano implica socializar con las personas o grupos sociales, por lo tanto, es comprender que el cuidado es inmanente del mismo hombre, marca la vida mostrando su origen influido por la diversidad cultural y universal del conglomerado humano, “el cuidado implica un acto humano por lo que en la actualidad se habla de cuidado humanizado” (56a).

Al contemplar y percibir desde la cultura el cuidado humanizado, podemos expresarlo desde diferentes modos de pensamiento para la promoción y mantenimiento de la salud; así como para las distintas formas de enfrentar la enfermedad con sus creencias y valores que cada persona le adjudica a su significado, no es posible igualar el cuidado de los adultos mayores con otros grupos etareo sin considerar las peculiaridades de cada momento del desarrollo evolutivo e individual de las personas.

En correspondencia con el párrafo anterior, los historiadores señalan a Madeleine como la primera enfermera que visualizo la universalidad y diversidad del cuidado, se basó en la disciplina de la antropología y la enfermería transcultural como un área principal de esta disciplina centrada en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de

conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcioné una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura. (57) .

En ese sentido nace la enfermería transcultural, como una alternativa que le da identidad a la disciplina para atender y proporcionar cuidados congruentes y en correspondencia con los valores y creencias de las personas o grupos, es un proceso de interacción que acredita las competencias de la enfermera estableciendo cuidados conformes a la demanda social, fortaleciendo la relación de ayuda en un marco terapéutico, donde el profesional aprehende de la diversidad cultural mejorando la atención del enfermo y la familia.

De acuerdo con algunos autores, “el fenómeno de la transculturalidad de los estudios e investigaciones aplicados a enfermería tuvo su inicio efectivo en la década de 1970, con los hallazgos de la enfermera y antropóloga americana Madeleine Leininger” (58). La teoría de Leininger “se centra en el estudio comparativo y el análisis de las culturas cuando se aplican a la enfermería y las practicas, creencia y valores de la salud – enfermedad” (59).

La cultura es fundamental para la disciplinas de enfermería porque se encarga del estudio y cuidado de la sociedad, es en ella que reflexionamos como seres racionales y críticos; a través de ella nos expresamos y comprendemos el significado de la

otredad, nos da la opción de proporcionar cuidados relacionados con los valores, las creencias y las prácticas culturales, ya que el cuidado humano es universal y experimentado en las diversas formas culturales, tanto que las personas ofrecen información para orientar y sugerir a los enfermeros el tipo de cuidado que necesitan de acuerdo con los patrones y estilos de vida.

En realidad las personas esperan que los profesionales de enfermería conciben y respeten sus valores y creencias y puedan ayudarles en torno a la salud o sobrellevar la enfermedad, esto es muy beneficioso también en los proceso de duelo, porque durante la interacción con los pacientes, se van descubriendo nuevas formas significativas de ayudarles, y en consecuencia dejan de experimentar situaciones negativas de etnocentrismo impuestas desde el cuidador.

Con esta visión la atención de enfermería es adaptarse a la cultura del enfermo ya que el cuidado tiene significado para ellos, que pueden ser determinados de acuerdo con los modos de actuación de los enfermeros mediante el análisis de la perspectiva del mundo, la organización social y el lenguaje grupal. De allí que, Leininger presenta tres tipos de interacción o modos entre enfermero y cliente.

1. Preservación del cuidado cultural: las acciones del enfermero precisan apoyar, facilitar o capacitar al cliente para el restablecimiento de la salud o enfrentamiento de la muerte.

2. Ajustamiento del cuidado cultural: la atención profesional visa la adaptación, ajustamiento o negación del cliente con el propósito de alcanzar un resultado de salud benéfico o satisfactorio.

3. Re-estandarización o re-estructuración del cuidado cultural: intervención profesional que necesitan modificar los modelos de salud del cliente para alcanzar adecuada calidad de vida, respetando los valores culturales y creencias de los pacientes o clientes (58a).

La preservación o mantenimiento del cuidado cultural es trascendental para el equipo de enfermería, esta disciplina esta concebida como instrumento útil capaz de modificar cambios o modelos de salud de las personas que atienden, las estrategias que utiliza holísticamente la sitúan como agente de cambio socioeducativo, desde visión; explora, entiende y aprende la cultura de los adultos mayores poder apreciar de primera línea la diversidad cultural.

Es necesario disponer de conocimientos relativos a las culturas de pequeños grupos locales o institucionales que tienen su propia identidad, a la vez estar conectados socialmente con la cultura general del contexto puesto que comparten sus valores, creencias y prácticas con los procesos de salud, bienestar y enfermedad, no solamente conocerlos, sino comprenderlos, interpretarlos y practicar de forma

legítima, congruente y segura sin pretender que la atención pueden ser validos para todas las culturas.

#### **2.2.4.- Concepción del Modelo del Sol Naciente**

Madeleine Leininger desarrollo un modelo en forma de sol naciente para esquematizar los componentes esenciales de su teoría, la cual simboliza la salida del sol (cuidados). La mitad superior del círculo representa los componentes de la estructura social y factores sobre la visión del mundo que influyen en los cuidados y la salud a través del lenguaje y del entorno. Estos factores influyen sobre los sistemas populares, profesionales y de la enfermería, que se encuentran en la mitad inferior del modelo. Las dos mitades juntas constituyen el sol completo, que representa el universo que los enfermeros (as) deben tener en cuenta para poder apreciar los cuidados humanos y la salud.

Los objetivos significativos de esta teoría es ser capaz de documentar, conocer, predecir y explicar de forma metódica, a partir de los datos de campo, qué es lo diverso y qué lo universal acerca de la asistencia genérica y profesional de las culturas en estudio, dentro del marco formado por los componentes del llamado Modelo Sol Naciente, su finalidad consiste en descubrir los puntos de vistas émicos, personales o culturales, relativos a los cuidados, tal como se entienden y se aplican, y emplear estos conocimientos como base de las prácticas asistenciales (57a). El

modelo considera a los seres humanos como inseparables de su trasfondo cultural y su estructura social, los cuales constituyen un pilar fundamental de la teoría de Madeleine (60).

Este “modelo del sol naciente” se divide en cuatro niveles”, los cuales se describen a continuación: van de más a menos abstracto y los tres primeros niveles proporcionan conocimientos para brindar cuidados culturalmente coherentes. En el nivel uno se representa la visión del mundo y los sistemas sociales, permite el estudio de la naturaleza, el significado y los atributos de los cuidados desde tres perspectivas: microperspectiva (los individuos de una cultura), perspectiva media (factores más complejos de una cultura específica) y macro perspectiva (fenómenos transversales en diversas culturas). Estas características representan el entorno donde se desenvuelve el individuo a través de estructuras sociales que define la Sociología.

En el nivel dos proporciona información acerca de los individuos, las familias, los grupos e instituciones en diferentes sistemas de salud pero también proporciona información acerca de los significados y expresiones específicas relacionadas con los cuidados de salud; lo cual es abordado por la Antropología con su método etnográfico el cual retoma Leininger para proponer la Etno enfermería como herramienta para la recolección de información.

En el nivel tres, proporciona información acerca de los sistemas genéricos o tradicionales y profesionales, incluyendo la Enfermería, que actúan dentro de una cultura e identificación de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales; se puede señalar que este nivel retoma planteamientos filosóficos del ser humano; por lo que es necesario rescatar y promover el trabajo multidisciplinario que permita a los profesionales brindar un cuidado integral a la persona tomando como referencia los conocimientos y habilidades tradicionales.

Finalmente el nivel cuatro determina el nivel de las acciones y decisiones de los cuidados Enfermeros; en este nivel se proporcionan los cuidados Enfermeros que incluyen la preservación, acomodación y remodelación de los cuidados culturales (Cuidados culturalmente congruentes) (59a).

De esta manera Leininger plantea visualizar a la persona desde la holicidad, sin detrimento del factor cultural determinante como base central del modelo. Desde esta perspectiva, enfermería puede acercarse más a la visión interna de los enfermos con los cuales interrelacionan en el proceso de cuidar, porque el cuidado está centrado en la cosmovisión de la otredad, “los factores de la estructura social, la religión, la política, la cultura, la economía y el parentesco son fuerzas que afectan significativamente a los cuidados e incluyen los patrones de bienestar y enfermedad” (61).

De allí que, es importante estudiar y reflexionar sobre nuestras propias creencias y valores en el marco del cuidado cultural dentro de las organizaciones hospitalarias, analizar las peculiaridades manifestadas en la actitud asumida frente a las personas que demandan el servicio de enfermería, en la forma como los profesionales se relacionan entre sí, el respeto hacia las normas y políticas institucionales; eso promueve la unión, el sentido de pertenencia y satisfacción entre los profesionales y demás miembros del equipo de salud.

### MODELO DEL SOL NACIENTE DE MADELEINE LEININGER

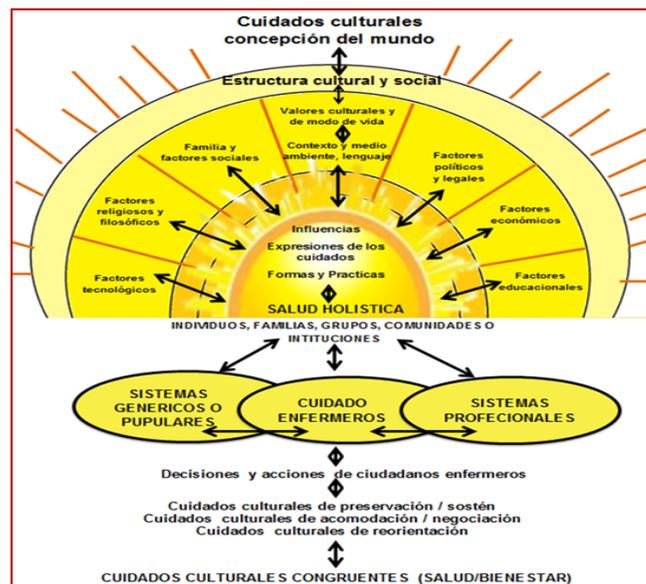


Figura 1: Representación gráfica del Modelo del “Sol Naciente” de M. Leininger. Extraído de:

<http://cuidadocolectivos.blogspot.com.es/2015/02/22-teoria-de-latransculturalidad-de.html>

### **2.2.5.- Concepciones Teóricas sobre el Proceso de envejecimiento.**

En el mundo actual el aumento de la población envejeciente esta marcado un ritmo en la longevidad, produciendo fenómenos dramáticamente sociales, psicológico y culturales, con consecuencias económicas, políticas y de salud, que son obligatorios estudiar. Además de los cambios descritos, el envejecimiento se asocia con otras etapas de transiciones en la vida como la jubilación, el traslado a viviendas adaptadas para personas de la tercera edad, y la muerte de amigos y pareja.

En este sentido, cobra importancia que los profesionales visualicen las consecuencias del envejecimiento para el bienestar de la población, al respecto Fernández destaca algunos aspectos no resueltos como: “la limitada capacidad económica de muchos países, la falta de reconocimiento de las adaptaciones necesarias en los sistemas de salud, la escasa adaptación de los sistemas formadores de recursos humanos, a las prioridades de salud de algunos países que no dan respuesta a algunos sectores de la población” (40a). Atendiendo a la etimología proceso, podemos decir que “es el conjunto de las fases sucesivas de un fenómeno, en nuestro caso nos referimos a las etapas físicas, psicológicas y sociales que pasa una persona hasta llegar a la vejez” (62).

El envejecimiento en si, es un proceso gradual y dinámico desde el momento del nacimiento hasta la muerte, en dicha secuencia se van produciendo cambios notables, interviniendo factores socio-económicos y culturales que le dan carácter de individualidad, heterogeneidad y universalidad en las diferentes etapas de la vida en la persona.

Muchos estudiosos propugnan y coinciden que el estilo de vida y el medio ambiente son factores determinantes del envejecimiento, para algunos teóricos, se puede definir como “un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo y hasta el momento, inevitable, en el que ocurren cambios biopsicosociales, resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades” (63).

De igual manera, el envejecimiento puede señalarse como el conjunto de transformaciones que aparecen en el individuo a lo largo de la vida. Se trata de cambios bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales. La edad efectiva de una persona puede establecerse teniendo en cuenta diversas consideraciones que nos permiten diferenciar cuatro tipos de edad: cronológica, fisiológica, psíquica y social (64). Otro autor señala que “el envejecimiento se entiende en términos de efectos adversos al tiempo, aunque ocasionalmente, este también se refieren al proceso de madurez y al desarrollo de cualidades deseables” (65).

Las personas de la tercera edad constituyen un grupo complejo y heterogéneo; no existen causas únicas que expliquen el envejecimiento, sino un conjunto de factores interrelacionados que modifican los roles y procesos sociales, la pérdida de relaciones significativas, la práctica y el uso de nuevas tecnologías y una manera diferente de ejecutar las tareas pueden significar para las personas la pérdida de algunas habilidades.

Este proceso es normal y sucede aun teniendo buena salud, bienestar físico, espiritual y un estilo de vida activa y sana. Así pues, es un acoplamiento de carácter multidimensional donde las personas reajustan la conducta de acuerdo con las creencias, los valores y la cultura en cada contexto social, por lo tanto, el envejecimiento al ser un fenómeno multifactorial se puede considerar desde diferentes puntos de vida, a saber:

A) edad cronológica, contar los años transcurridos desde el nacimiento, se acompaña de un fenómeno de identificación con los estadios tradicionales y reconocidos como constituyentes de la juventud, la edad madura y la vejez, en algunas personas la transición es gradual en tanto que a otras es rápida y traumática.

B) La edad física y biológica; el envejecimiento físico se desarrolla progresivamente de modo que resulta arbitrario precisar el momento en que una persona es físicamente vieja, las modificaciones sucesivas se aprecian cuando

alcanzan un umbral crítico que producen cambios funcionales, esas transformaciones físicas a lo largo del tiempo se tornan desagradables ya que producen: pérdida de la fuerza muscular, disminución de la coordinación y del dominio del cuerpo y/o alteración de la salud. Sin embargo en determinados casos se omite las diferencias individuales, la naturaleza y la amplitud de los cambios físicos así como la forma en que estos se relacionan con factores procedentes del entorno y del medio social.

C) La edad Psicológica y emotiva; Se cree que la manera de reaccionar ante las experiencias sociales determinan ciertos aspectos importantes del envejecimiento, algunos adultos mayores pudieran estar irritables por sentimientos de adaptación agravado con la pérdida de autonomía económica sufrida por la falta de empleo.

Es evidente que se posee más experiencia a los 70 que a los 40 años, pero la instrucción es una forma de experiencia condensada y el nivel de instrucción se eleva, de tal suerte que ciertos sujetos jóvenes pueden tener más experiencia que sus mayores. Edad Social designa los papeles que se puede, se debería, se pretende, se desea o han de desempeñarse en la sociedad. Determinados papeles sociales pueden entrar en conflicto con los jalones arbitrarios de la edad cronológica. Así cabe que una persona de edad desee continuar desempeñando el papel de sostén de la familia, incluso después de su jubilación obligatoria (66).

La generalidad del envejecimiento es multicultural, las personas envejecen de manera diferentes de acuerdo con factores físicos, psicológicos, económicos, sociales y culturales en contextos muy particulares, es así como los adultos mayores juegan un papel muy importante en la sociedad. Tenemos la tendencia a llamarlos "los abuelitos", "los viejitos"; término despectivo usado frecuentemente al hacer referencia que las personas mayores son las que sufren enfermedades crónicas, son renegonas o también son los que andan en los asilos.

No obstante, es un constructo cuyo significado alude a las personas ancianas que han alcanzado una edad cronológica mayor de sesenta años, lo que corresponde en el marco jurídico venezolano; por la Ley Orgánica para la Atención y Desarrollo Integral de las Personas Adultas Mayores en el artículo 4 numeral 1 quien define al adulto mayor como, "aquellas personas con edad igual o mayor a sesenta años" (67).

El término en sí, tiene diferentes acepciones dada la complejidad multidimensional del proceso de envejecimiento, es decir, se conjugan factores que tienen que ver con el aspecto físico, psicológico y social, además del componente ecológico que en su conjunto interactúan en equilibrio constante e integral con el individuo.

A la par de lo descrito en el párrafo anterior, la OMS expresa que las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo

mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad (68 )  
Para muchas personas la tercera edad se le asocia con una etapa donde termina la productividad del adulto mayor; es decir, se tiene una visión deformada y negativa sobre el envejecimiento y la describen como deterioro, enfermedad y aislamiento, estereotipos arraigados en las creencias de mucha gente para referirse al envejeciente.

Si bien es cierto, los cambios físicos y psicosociales originados durante el proceso de envejecimiento, producen un alto nivel de dependencia con respecto a los familiares e instituciones de salud, el envejeciente no tiene otra salida, sino la de confiar en sus cuidadores para satisfacer las necesidades básicas de la vida diaria.

En concordancia con lo anterior, el adulto mayor que padece una enfermedad neoplásica, es etiquetado como la persona que ya vivió lo suficiente; pero, no nos detenemos a reflexionar sobre sus motivaciones, emociones, sentimientos y esperanzas; algunos profesionales de enfermería suelen ver en el sujeto su propios temores o miedos a envejecer, y que en ello este implícito las discapacidades, enfermedades crónicas o enfermedad terminal, como el cáncer.

### **2.2.6.- Enfermedad Constructo Social.**

La enfermedad es un término social que forma parte de la humanidad y viene acompañando al hombre desde sus orígenes hasta nuestros días, esta entidad es percibida con mayor o menor intensidad de acuerdo con la colectividad y la cultura que los miembros tengan de ella.

Algunos autores definen enfermedad, como “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible” (69). Otros la contemplan como; la alteración más o menos, grave de la salud. Pasión dañosa o alteración en lo moral o espiritual (70).

Las definiciones anteriores, dejan claro la perspectiva reduccionista o positivista de la enfermedad, es decir, se percibe como un estado intrínseco anormal que transita momentáneamente en la vida del ser humano, obviamente es imposible evitar la enfermedad como parte natural de la vida misma, ya que las personas cohabitan en constante interacción con el mundo circundante; por lo tanto, la cultura, así como las creencias y valores están presentes y establecen dualidades contradictorias entre salud y enfermedad.

Otros eruditos plantean, que es muy difícil si no imposible establecer los límites entre salud y la enfermedad, entre el estado normal y el estado anormal. Por otra parte, los términos salud y enfermedad son muy arbitrarios. “Todo aquello que es compatible con la vida es salud; todo aquello que es incompatible con la duración de la vida y produce sufrimiento es enfermedad” (71).

De igual manera, el concepto tradicional de salud se centraba básicamente en la enfermedad y, accesoriamente en la capacidad funcional del enfermo. Como resultado, los objetivos de salud eran inicialmente reducir la mortalidad y secundariamente, la morbilidad; de modo que las medidas de salud tradicionales se basaban en indicadores biológicos que reflejaban la muerte, la enfermedad y la incapacidad. De este modo, se asistía a la enfermedad y se pretendía y en muchos casos contenerla y reducirla, lo cual no es lo mismo que recuperar la salud (72).

Con base a lo anterior, la enfermedad es atribuida de modo espontáneo al psique de las personas, habida cuenta de las prácticas culturales, las creencias y los valores en cada contexto sociocultural, ya que ellos perciben el universo y la naturaleza como un todo agregado, por lo tanto “cada sociedad humana se enfrenta a problemas vitales básicos y así desarrolla métodos, para tratar la enfermedad, la explicación de que es y cual es su causa, y los métodos de lucha varía enormemente en las distintos pueblos o sociedades” (73).

Los antropólogos expresan que, “es importante el modo de evidenciar la enfermedad y hacer medicina en otras culturas, para conocer en profundidad, mejorar desde la relación enfermero o medico paciente y/o cuidador, hasta cambiar la cultura interna de las instituciones” (73a). En este sentido, se percibe la enfermedad de las personas, como el resultante de los elementos socioculturales establecidos en los estilos de vida, por lo tanto, la cultura y las creencias son determinantes para que el hombre en su imaginario colectivo ubique la enfermedad, como algo intrínseco del ser, de su cosmos, de su realidad.

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

1. Momento Psico-orgánico, el cual incluye un conjunto de alteraciones del organismo y de la psique del enfermo.
2. Momento Social, implica la investigación sociológica del rol enfermo en el seno del grupo humano al que pertenece.
3. Momento Histórico, donde la situación histórica y sociocultural ejerce su influencia sobre la génesis y la configuración del cuadro morboso, cualquiera que sea la entidad clínica a que este pertenezca.

4. Finalmente, el Momento Personal, que define la capacidad del hombre para considerarse persona. Este momento establece lo propio y lo ajeno. (74).

En su libro *Antropología de la Enfermedad*, François Laplantine postula formas elementales de la enfermedad y de su curación. A las primeras las denomina “modelos etiológicos”, a las segundas, “modelos terapéuticos”. Luego de su lectura se hace evidente la necesaria correspondencia, en casi todos los casos, de un modelo etiológico con uno terapéutico.

La relevancia de esta clasificación estriba en que cada uno de los modelos describe a la perfección la tensión existente entre dos formas determinadas de comprensión de la enfermedad. Los agentes están dados, no sólo por el enfermo y su médico, sino también por la totalidad de la sociedad dentro de la cual se desarrolla la relación entre los anteriores. Laplantine distingue diferentes representaciones de la enfermedad que se enfrentan conceptualmente:

1. La enfermedad –y su naturaleza física– como centro de la medicina (modelo ontológico), en contraposición a las medicinas enfocadas en el hombre enfermo (modelo relacional o funcional). 2. La enfermedad como intervención exterior o extrañeza del sujeto (modelo exógeno), en oposición a la concepción de la enfermedad con origen en el propio individuo (modelo endógeno). 3. La enfermedad como enemigo positivo (modelo aditivo) o la enfermedad como carencia (modelo

sustractivo). 4. La enfermedad percibida en su sentido negativo (modelo maléfico) frente a la experiencia mórbida como valor positivo (modelo benéfico) (75).

La enfermedad desencadena en las personas muchas sensaciones y reacciones de tensión, ansiedad, temor, ira, culpabilidad, pena y dolor, para otras es solamente una experiencia de purificación vista como un ciclo que termina. Esto conduce a discernir sobre las creencias tanto negativas, como positivas que se tiene de la enfermedad, en todo caso es una experiencia mórbida que ocasiona un impacto en los grupos sociales, este desorden morfológico y bioquímico funcional, compromete la dinámica estructural psíquica y sociocultural de las personas que la padecen.

#### **2.2.7.- Referencial Teórico del Cáncer como Enfermedad**

El cáncer es una enfermedad prevenible y curable cuando es detectada en fases tempranas, “actualmente la incidencia de cáncer ha aumentado significativamente en todo el mundo” (76). El aumento de esta enfermedad se está produciendo rápidamente en el mundo, convirtiéndose en una de las principales causas de morbimortalidad, tanto en países en vías de desarrollo como en los países desarrollados.

La palabra cáncer, se utiliza para denominar un grupo de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas con rasgos típicos de comportamiento y crecimientos descontrolados; algunos señalan que el término cáncer proviene de la antigua Grecia, ya Hipócrates usaba la palabra Karkinos (en latín) cáncer, que para ello significaba lo que en castellano denominamos cangrejo.

Para Hipócrates la enfermedad no era obra de los Dioses, sino la expresión de un fenómeno natural (77). El cáncer es el nombre común que recibe un conjunto de enfermedades relacionadas en las que se observa un proceso descontrolado en la división de las células del cuerpo (78).

El cáncer es una enfermedad que posee, aún un significado amenazador para el paciente, presentándose como riesgo prematuro y de muerte, interrumpiendo su trayectoria de vida, alterando su visión del mundo, exigiendo del portador de la enfermedad fuerza y creatividad para soportar los cambios, muchas veces drásticos, en su estilo de vida (79) .

En concordancia con los autores señalados, este padecimiento genera alteraciones y sentimientos encontrados en las personas diagnosticadas, emergiendo estados emocionales de tristeza, enojo, temor a lo desconocido, miedo a morir. Los familiares que cuidan del adulto mayor hospitalizado con esta patología desempeñan un papel sumamente importante durante su estancia hospitalaria y en el hogar, los

profesionales de enfermería contamos con su cooperación, para involucrarlos en los cuidados desde el inicio de la enfermedad, dado que el bagaje cultural del paciente es determinante en su modo de percibir y recibir la asistencia por parte del equipo de salud.

Enfrentarse a un diagnóstico de cáncer es difícil a cualquier edad, ya que no respeta diferencias sociales ni económicas, pero si existen variaciones relacionadas con la edad causando mayor depresión y ansiedad en la población que padece esta enfermedad sobre todo en el adulto mayor conllevando a un estigma social la cual contribuye a fomentar sentimientos de desesperación y miedo.

Con el envejecimiento se produce un descenso fisiológico en las personas, reduciendo la reserva funcional del organismo predisponiéndolo a enfermedades oportunistas y emergentes que comprometen la vida del huésped, se añade al hecho, la falta de recursos económicos y la dependencia del adulto mayor hacia los cuidadores cuando son atendidos por familiares y los profesionales de enfermería, de tal manera que el paciente oncológico se convierte en un verdadero reto para los enfermeros por las complicaciones psicológicas, fisiológicas, culturales y sociales que conlleva la enfermedad del cáncer.

Los sentimientos y emociones del adulto mayor con esta patología son sumamente complejos y difíciles de manejar para el enfermo y la familia, estas se ven afectadas emocionalmente por desconocimiento del tipo de cuidado que deben utilizar haciéndolos más dependientes tanto física como psicológicamente del familiar y el equipo de salud; además, las consecuencias derivadas del tratamiento y el gasto económico que ello implica los obliga a buscar alivio en el hospital. Allí la importancia del equipo de enfermería en planificar cuidados paliativos en el hogar del enfermo; donde exista la compasión, comprensión, solidaridad, responsabilidad y el amor hacia este miembro de la familia por parte del equipo de salud, especialmente los enfermeros.

### **2.2.8.- Aspectos Legales para el Cuidado del Adulto Mayor**

El fenómeno del envejecimiento debe ser estudiado e forma integral desde diversas perspectivas disciplinares, ya que en el intervienen múltiples factores de naturaleza; social, políticas, económica y culturales marcando profundamente los derechos humanos siendo merecedores de atención, protección y promoción de la salud del adulto mayor, las cuales deben plasmarse en marcos reglamentados legalmente que respondan a las necesidades en este grupo etareo.

El presente estudio se apoya desde el punto de vista legal, bajo las premisas de las Naciones Unidas a favor de las personas de la tercera edad, la protección y promoción de la salud del adulto mayor debe realizarse bajo acciones que se desarrollen, tomando en cuenta las aplicaciones de leyes que respondan a las necesidades del adulto mayor consideradas en los principios de la Organización Mundial de la Salud, las cuales plantean una nueva concepción de salud y por ende un mejor cuidado en los adultos mayores; donde se aborden programas de bienestar en sus procesos emocionales, espirituales, sociocultural y físicos, que permitan un nivel óptimo de funcionamiento y lograr una existencia buena y satisfactoria.

A tenor de lo descrito anteriormente, La Organización de las Naciones Unidas en Asamblea General en 1991 suscribió una serie de principios normativos expresando la determinación de reafirmar la fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres de las naciones grandes y pequeñas, y de promover el progreso social y elevar el nivel de vida dentro de un concepto mas amplio de libertad (80).

Bajo las premisas anteriores, los profesionales de Enfermería estamos obligados a obrar de acuerdo con la escala de valores éticos y morales inmanentes al ejercicio de la carrera, orientado a atender a los usuarios sea en los hospitales o la comunidad y debe estar presente el espíritu de responsabilidad, solidaridad y respeto que son valores inseparables del cuidado humano, todo esto sobreentendido por ley;

fundamentalmente en los derechos, deberes, normas y principios éticos legales, estandarizados en los reglamentos y códigos que rigen la práctica, de manera que la protección del adulto mayor enfermo con cáncer se corresponde con la observancia implícita en el acto de cuidar conservando y preservando holísticamente la salud de las personas.

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, constituye el instrumento legal que rige y orienta todo ordenamiento jurídico que ordena las normativas en nuestro país. En el Capítulo V. De los derechos sociales y de las familias. Destaca en el Artículo 80: ejusdem señala que: “El Estado garantizará a los ancianos y ancianas el pleno ejercicio de sus derechos y garantías, está obligado a respetar su dignidad humana, su autonomía y les garantizará atención integral y los beneficios de la seguridad social”; igualmente en el artículo 83 establece “la salud es un derecho social, fundamental obligación del estado, todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa (81).

Al análisis correspondiente, se entiende que las instituciones prestadoras de salud conjuntamente con la sociedad han de promover y desarrollar políticas conjuntas orientadas a elevar la calidad de vida de las personas, respetando su dignidad y autonomía con acceso a los servicios de salud de calidad, que propenden a la protección integral de los ciudadanos como es el caso de los adultos mayores, los

profesionales de la enfermería al realizar los cuidados deben tener presente los valores como eje central que articula la cosmovisión del cuidado humano con las necesidades sentidas de los enfermos.

Así mismo, el estado garantizara la promoción de la salud como obligación elemental, no obstante las personas tienen el deber de participar activamente para la defensa y protección de la misma, por lo tanto los profesionales de enfermería somos corresponsables; ya que nuestro papel fundamental e ineludible, es cuidar y educar al adulto mayor y su familia en la consecución de sus cuidados, sean en la casa o la comunidad, hacerlos partícipes en los cambios de hábitos que perjudican la salud.

Por otra parte en el Código Deontológico de Enfermería de Venezuela, Capítulo VI: Deberes del Profesional de Enfermería hacia los Usuarios. Los Derechos de los Usuarios y el Enfermo Terminal. Art. 34: El enfermo tiene derecho a ser tratado con respeto y dignidad; [...]. Art. 37: Es derecho del enfermo en fase terminal ser atendido por profesionales idóneos. Art. 38: Es derecho del enfermo en fase terminal respetar su individualidad y privacidad. Art. 39: Es derecho del Enfermo en fase terminal, que se considere a la familia como parte integrante de su asistencia. (82).

En este contexto la naturaleza del trabajo de enfermería, requiere regularización jurídica legal, porque fija normas para la práctica, la administración, la docencia y la investigación, dada la relación directa que tenemos con los enfermos, familiares y el

resto de las disciplinas hospitalarias, las cuales suelen generar situaciones éticas legales producto de decisiones imprudentes, negligente o por impericia, que pueda poner en riesgo su actuación; por lo tanto, es importante fomentar la reflexión en los profesionales, para aplicar la ética en nosotros mismos como persona, nuestros propios compañeros, sensibilizando nuestra actuación, respetando los derechos, valores, costumbres y creencias de la otredad.

Siguiendo los enunciados anteriores, la enfermera al realizar los cuidados debe tener presente que las personas nos relacionamos y construimos la realidad a través de intercambios, de transacciones: emocionales, económicas, sociales, políticas, culturales y espirituales. “Es justamente frente a este panorama repleto de posibilidades y de riesgos, donde la bioética puede prestar su mayor servicio como elemento equilibrante para la construcción de una biotecnología consecuente con nuestras necesidades y las del medio ambiente” (83).

## **CAPITULO III**

### **DIMENSION METODOLOGICA DEL ESTUDIO**

La dimensión metodológica constituye los elementos y fases ordenadas que el investigador emplea para seguir los hechos o fenómeno en estudio, por lo tanto, en este capítulo presento los aspectos relacionados con el paradigma cualitativo, abordaje que esta en correspondencia con el método etnográfico y los sujetos Informantes en el estudio, también se presenta las técnicas de recolección de los datos, el análisis de los datos y las consideraciones éticas.

El transitar metodológico cualitativo escogido para desarrollar esta investigación se sustenta en los objetivos y por mi visión del cuidado, además por las propias experiencias vivenciadas como enfermero y docente del cuidado humano en enfermería hacia el adulto mayor hospitalizado con cáncer en el escenario de la práctica hospitalaria, al mismo tiempo establecer cómo los componentes del modelo del Sol Naciente se corresponden con la salud y los cuidados de las personas en diferentes culturas del ámbito hospitalario.

### 3.1.- Paradigma Cualitativa

El acto de investigar es un peregrinar metódico, crítico y reflexivo que nos guía para conocer la realidad del mundo que nos rodea; así, la investigación cualitativa busca interpretar y comprender en profundidad las situaciones que interesa a la sociedad, con toda su riqueza y complejidad que le son inherentes.

En este punto es necesario señalar, que la investigación científica se ha referido en la literatura como constructivismo, humanista, interpretativa, sistémica u holista por cuanto hay un contexto descrito e interpretado a través de la investigación, emergiendo significados en el contexto social. Es claro que, “la investigación cualitativa incorpora el significado y la intencionalidad, inherentes a los actos, a las relaciones y a las estructuras sociales, siendo estas últimas tomadas como construcciones humanas significativas, en su origen y en su transformación” (84).

Desde una perspectiva epistémica, la investigación cualitativa se “orienta hacia la construcción del conocimiento sobre la realidad social y cultural a partir de la descripción e interpretación de las perspectivas de los sujetos involucrados” (85). A través del método cualitativo, se puede obtener detalles complejos de algunos fenómenos, tales como: “sentimientos, procesos de pensamiento y emocionales, difíciles de extraer o de aprehender por métodos de investigación más convencionales” (86).

Es decir, un enfoque cualitativo correspondiente a un modo de investigar con rigor las circunstancias planteadas particulares o grupales desde una postura naturalista, donde la persona como ente social construye sus fenómenos desde la cotidianidad centrada en las relaciones subjetivas e intersubjetivas ejercidas en sus contextos sociales. Por lo tanto, esta corriente “produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable” (87).

Otros autores destacan, que la investigación cualitativa, "es multimetódica e implica un enfoque interpretativo, naturalista hacia su objeto de estudio. Esto significa que los investigadores cualitativos estudian la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido, o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas” (88). “La investigación cualitativa no estudia la realidad en si, sino como se construye esa realidad, es comprenderla de acuerdo con su esencia, su naturaleza” (89).

Siguiendo con lo anterior, una investigación cualitativa responde a interrogantes muy particulares centradas en las ciencias sociales, en un nivel de realidad que no puede ser cuantificado. Este enfoque trabaja con un universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes, lo que corresponde a un espacio más profundo de las relaciones, los procesos y los fenómenos que no pueden ser reducidos a operacionalización de variables (90).

Hablar de investigación cualitativa es emplear una metodología de investigación que permita comprender la cosmovisión de la persona y sus experiencias vividas desde los fenómenos sociales con el propósito firme de buscar las respuestas a problemas concretos, dando la oportunidad de teorizar y debatir los pronunciamientos y significados fundamentales representativos de la reconstrucción social.

Las connotaciones anteriores, lleva a considerar ciertas características de la investigación Cualitativa:

1- Su objetivo es la captación y reconstrucción de significados. 2- Su lenguaje es básicamente conceptual y metafórico. 3- Su modo de captar la información no es estructurado sino flexible y desestructurado. 4-Su procedimiento es más inductivo que deductivo- 5- La orientación no es particularista ni generalizadora sino holística y concientizadora. (91)

Otras características presentes son: (28a):

1. El proceso es inductivo, va de lo particular a lo general. 2- Hermenéutico, se construye una perspectiva teórica surgida del análisis y la interpretación de los discursos recabados del proceso. 3- Humanista, intenta descubrir al hombre por si mismo. 4- Holística, encuadra los fenómenos en un todo. 5- Cotidiana, se basa en la cotidianidad del ser en su mundo real y en su práctica social. 6- Es un arte, el mundo

de las representaciones las convierte en actividad creadora en como lo comprendemos y sobre todo explicarlo.

Con la investigación cualitativa podemos identificar la naturaleza y profundidad de las circunstancias, los sistemas de relaciones de las personas y su distribución dinámica; esta orientación metodológica es una opción que rechaza el modelo especular (positivista) con un nivel de realidad que no puede ser cuantificado, más bien trata de descubrir las cualidades que en conjunto caracterizan un fenómeno, nos ayuda a describir y comprender esencialmente el sentido social de las acciones humanas conocedora de sus realidades tal y como sucede en la compleja y dinámica práctica asistencial, de tal manera que lo emergente es el resultado de una dialéctica sistemática entre el sujeto investigado (pensando en sus creencias, sus valores, mitos, prejuicios o realidades), y el investigador cuando describimos, analizamos y reflexionamos sobre las cualidades de los fenómenos encontrados.

Desde esta perspectiva, la interpretación estarán inmersas en los datos aportadas por las enfermeras como informantes claves relacionadas con las prácticas del cuidado en adultos mayores hospitalizados con cáncer en un hospital oncológico, desde la perspectiva del sol naciente de Madeleine Leininger.

El estudio esta orientado en la etnografía enfocada “dado que las dimensiones tiempo – espacio son menores, la labor que demandan en comparación con las macroetnografías como método de investigación social es relativamente menor” (92). Para Migueles, este enfoque se apoya en la convicción de que las tradiciones, roles, valores y normas del ambiente en que vive se van internalizando poco a poco y genera regularidades que puedan explicar la conducta individual y de grupo en forma adecuada (93).

### **3.2.- Cosmovisión Etnográfica**

Dentro de la investigación cualitativa la etnografía es uno de los diseños que brinda a los profesionales de la salud la posibilidad de describir los hechos o fenómenos observados en la cotidianidad. La importancia de este método en el hecho de que en esta época es casi obligatoria la investigación-acción y la investigación cooperativa si queremos superar muchos de los inconvenientes presentes. De esta manera, la etnografía trata de un diseño que permite acceder fácilmente al mundo de la investigación debido a que las estrategias y recursos son puestos en práctica (94).

Agregando a lo anterior, la etnografía se concibe como “la ciencia que estudia, describe y clasifica las culturas o pueblos” (32b). Otros autores afirman, que el termino se encuentra en la antropología cultural desde los estudios de antropólogos de

comienzos del siglo XX, entre los cuales se tienen a Boas, Malinowski, Radecliffe Brown y Mead y sus estudios de culturas comparativas (95).

“La Etnografía permite mirar los hechos donde el investigador observa, comparte e interactúa en la cotidianidad del colaborador con el fin de construir la totalidad y el punto de vista de cada uno de ellos” (96). La postura del etnógrafo es incorporarse al análisis de aspectos fundamentales derivados del comportamiento de las personas como entes socializadores, a la vez permite describir y aprender tanto como sea posible, cómo es la cultura de esas personas que estudiamos; desentrañando los fenómenos significantes del cosmos de la misma manera que ellos lo perciben; vale decir, el comportamiento, las costumbres y creencias religiosas, así como los valores.

No hay que olvidar que la etnografía consiste en un “conjunto de operaciones desde que se recoge información hasta que se escribe el texto antropológico. Es el proceso metodológico global que caracteriza a la antropología y el trabajo de campo es la fase central de ese proceso. El etnógrafo moderno(frente al postmodernismo), al describir intenta encontrar una respuesta adecuada a una serie de preguntas que se ha formulado (hipótesis) a partir de una teoría y de unos problemas no resueltos que son significativos en el marco de esa teoría, es decir, que solo pueden ser explicados por ella, pues la etnografía no consiste solo en hacer entrevistas, observaciones o análisis de contenido, sino en realizar estas y otras operaciones(cualitativas/cuantitativas) con la intención de ofrecer interpretaciones de la cultura (97).

El método etnográfico implica una manera específica de observancia de la realidad para obtener información en profundidad, sobre la temática que se desea abordar. Convivir con los grupos en estudio permite obtener no solo una mejor calidad en la colección del dato (calidad entendida como fiabilidad del dato registrado), sino que también permite entender con mayor profundidad por qué suceden los hechos de cierta manera. En definitiva el método etnográfico posibilita dar cuenta de las articulaciones que se dan entre las representaciones y la práctica, ya que una cosa es lo que los sujetos dicen hacer y otra es lo que hacen.

Desde la perspectiva anterior, la etnografía traza la ruta metodológica de acercamiento a la realidad implicando una convivencia prolongada con los grupos o los sujetos de estudio, por un periodo de trabajo de campo no menor a un año, donde el investigador pasa a formar parte del día a día del otro, en todos sus quehaceres cotidianos, creando lazos familiares que vinculan al investigador de por vida con los sujetos de estudio (98).

### **3.3.- Características Distintivas Etnográficas.**

En la etnografía existen muchas variaciones, algunos textos plantean que contiene aspectos tanto de arte como de ciencia, se referencian algunas características:

1) Explora la naturaleza de los fenómenos sociales. 2) Aborda una realidad desde una perspectiva holística, considerando datos emi y etic. 3), Se circunscribe a un

número reducido de datos. 4) El investigador permanece largo tiempo en el lugar del estudio. 5) El etnógrafo intenta comprender y explicar por qué tiene lugar determinada conducta y en cuáles circunstancias. 6) El estudio del lenguaje tiene un papel fundamental para la comprensión del hombre y su cultura. 7) Se emplean diversos métodos y técnicas para recabar la información, aun cuando la observación participante y la entrevista son los más usados. 8) El diseño es flexible y emergente. Se configura y progresa a partir del análisis y la observación (85a).

Otras Características planteadas son:

1. Es Holística y Contextual.
- 2- Trabajo de campo, trabajar con la gente en su ambiente natural por largos periodos de tiempo es lo distintivo de la investigación etnográfica.
- 3- Permanencia relativamente persistente por parte del etnógrafo en el grupo o escenario objeto.
- 4- Reflexividad, implica que el investigador es parte del mundo que estudia y esta afectado por éste.
- 5- Lo emic y lo etic, son términos comunes en la etnografía y están muy relacionados con el carácter reflexivo del investigador.
- 6- Tiene un carácter inductivo. Se basa en la experiencia y la exploración de primera mano sobre un escenario social (30b).

Partiendo de las concepciones en los párrafos anteriores, la investigación etnográfica tiene como propósito describir, que hacen las personas durante la socialización en su ambiente natural en un determinado momento, así como explicar

los significados asociados o atribuidos a ciertas actuaciones en escenarios comunes o específicos, tal es el caso del Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño. La pregunta inicial que se hace un etnógrafo cuando al interactuar en un escenario valioso para la investigación es ¿Qué está sucediendo aquí? O ¿Que esta pasando entre los sujetos de investigación? ¿Es una actividad típica o inusual? ¿Cómo están interrelacionadas las actividades y las personas? ¿Cómo interactúan los profesionales con el paciente y/o el familiar?

Como ya se ha señalado, esta modalidad de investigación es un recurso efectivo de investigación para los enfermeros, pues permite acceder a determinados ambientes sociales y culturales, acercarse e involucrarse con la otredad, en una convivencia de intercambios de vivencias a fin de comprender, describir, y explicar los patrones, practicas, rasgos distintivos de los grupos, como es su organización social.

#### **3.4. Fases de la Investigación Etnográfica:**

Fase descriptiva, que corresponde al inicio de la investigación; el investigador realiza una descripción densa de la situación buscando tomar la subjetividad de los participantes. Fase Interpretativa, fundamentada en estas descripciones densas, ricas, detalladas, los investigadores y los investigados realizan la interpretación de los hallazgos de la investigación, se contrastan las informaciones obtenidas de las diferentes fuentes e instrumentos a fin de asegurar la credibilidad y pertinencia de la

información. Fase evaluativa. En esta fase se evalúa el diseño, el proyecto, el proceso y el producto de la investigación logrado hasta ese momento. Fase crítica. Momento de reflexión, con miras a mejorar la práctica estudiada. Fase Generativa. Se produce un encuentro dialógico entre la teoría y la práctica para integrar los conocimientos en un todo coherente, comprensivo y sistémico (56a).

### **3.5. Etno enfermería Método de Investigación**

Leininger desarrolló un método de investigación que lo denomina Etno enfermería. Fundamentada en los etnométodos y, especialmente, en la etnografía (incluyendo los conceptos de etic y emic), la autora propone un referencial para trabajar los aspectos culturales de enfermería. Define el método como un estudio, una documentación y un análisis desde el punto de vista local de las creencias y prácticas reales o potenciales del fenómeno del cuidado de enfermería, de las culturas o grupos para desarrollar conocimientos específicos de enfermería. Este método contempla las siguientes fases:

**Fase I:** Identificar y conceptualizar las áreas generales de la investigación, que sean de mayor interés para el investigador y para las personas que serán estudiadas. En esta primera fase se identifico el hospital Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño de Valencia estado Carabobo como contexto para el constructo del fenómeno en estudio.

**Fase II:** Identificar el significado potencial del estudio para el avance del conocimiento de la enfermería o para mejorar los servicios de cuidados en salud. En este sentido, es importante que el investigador se pregunte: ¿Por qué deseo hacer este estudio?, ¿De qué modo este estudio ayudará en el avance del conocimiento y la práctica de enfermería?, ¿De qué manera este estudio será significativo para las personas que serán estudiadas? En esta etapa se transita por los caminos antropológicos para ir describiendo e interpretando el fenómeno de estudio, es decir, cómo las enfermeras proporcionan el cuidado al adulto mayor con cáncer, respetando la cultura, sus creencias y valores en las unidades de hospitalización.

**Fase III:** Proceder a revisar la literatura de los estudios de investigación relacionados. En esta fase el investigador descubre qué temas o no han sido estudiados y qué relación tiene con el dominio de investigaciones sobre las cuestiones de interés hasta para enfermería. Esta tercera fase esta reflejada en el segundo capítulo de esta investigación relacionado con los hallazgos encontrados en el camino y las teorías sustentadoras del estudio; es decir, qué se ha escrito o investigado del contexto del cáncer y adulto mayor.

**Fase IV:** Planear la investigación desde el inicio hasta el final. Como todo estudio debe realizarse un plan para ir develando en ese transitar o constructo las ideas, especulaciones, interpretaciones y aprendizaje que va dejando la investigación al

investigador y actores sociales. Por lo tanto, debemos considerar algunos aspectos de orden conceptual y preliminar para el desarrollo del estudio:

a) Una conceptualización de las fases del estudio, desde el comienzo hasta el final. b) una escuela de una comunidad, de una institución de salud o de otro local, se hace una visita general al área (inclusive para escoger o detectar los informantes claves). c) un estudio y un planteamiento de las facilidades o barreras potenciales que pueden influenciar el estudio. d) un plano estratégico de investigación para entrar y permanecer con los informantes e) una preparación de guías habilitadoras. f) una obtención de consentimiento de informantes y de instituciones. g). una elaboración de los procedimientos para la recolección de datos. h) los procedimientos para las conclusiones del estudio y comportamientos de los acabados con los informantes y las instituciones.

**Fase V:** Recoger los datos. Para esta fase, Leininger propone una serie de técnicas y procedimientos que incluyen, entre otros: observación participante, entrevistas, historia oral, historia de vida, además de los propuestos por Spradley (99). En esta fase, tuve el privilegio de pertenecer al contexto de estudio ya que al formar parte de la nomina de enfermería se facilito el trabajo de observar sin entorpecer la labor de los actores sociales.

**Fase VI:** Organizar los datos, clasificar y analizar los datos. Establecer claramente y entendible los testimonios aportados por los informantes, a fin de examinarlos y precisar sin prejuicio alguno los significados emic.

**Fase VII:** Presentar los resultados en la investigación y las recomendaciones. El fin último de todo investigador, es publicar los resultados derivados de la interpretación y descripción del contexto estudiado.

El método de Etnoenfermería proporciona un camino metodológico para que los profesionales de la enfermería descubran, describan e interpreten aspectos desconocidos sobre el cuidado humano, especialmente cuando se trabaja con adultos mayores hospitalizados con cáncer, con un arraigo cultural diverso y de difícil acceso, requiriendo de los enfermeros la suspensión de juicios a priori dando margen para que emerjan desde lo emic las opiniones, creencias y valores de los propios pacientes y familiares.

Con respecto a la amplitud de la investigación representa una microetnografía, término adoptado por Leininger designándolo como un estudio de menor escala, enfocando su atención en áreas de la salud, enfermedad y cuidado lo cual favorece la formación de equipos ampliando el horizonte metodológico en la etnografía focalizada, en contraste con las etnografías propuestas por los antropólogos, los cuales son más clásicas o extensas.

Con este método de investigación se emplea un tiempo limitado para el estudio de una organización, comunidad o grupos sociales y los informantes o actores sociales son escogidos, generalmente aquellos que poseen más conocimientos y experiencias sobre la situación o problema identificado para el estudio, respetando los valores y las creencias de los pacientes y sus familiares.

Al seleccionar este método, comprendí que el mismo permite explorar la perspectiva emica derivada de los significados otorgados por los profesionales de enfermería sobre las prácticas del cuidado que realizas al adulto mayor con cáncer en la unidad de hospitalización a partir de sus Creencias y Valores. Se trata de una etnografía de pequeño alcance, una etnografía tópico orientada o focalizada, hacia un aspecto de la vida.

Por consiguiente, el telos del estudio se refiere a descubrir el significado del cuidado desde los valores y creencias del adulto mayor con cáncer basado en la teoría del sol naciente de Madeleine Leininger utilizando la metodología de James Spradley, este método se basa en cinco principios:

1. Técnica singular: Recomienda utilizar una metodología para la recolección de los datos.
2. Identificación: establece delimitar metas concretas.
3. Secuencia de desarrollo: sugiere la necesidad de establecer pasos a seguir.

4. Investigación original: debe aplicarse en situaciones reales.
5. Resolución de problemas: el investigador encara la problemática y aplica una estrategia de solución (100).

Durante la investigación utilicé la observación-participante dado que hay un involucramiento social entre el investigador y los informantes, es la base sustentadora de la investigación de campo que se ocupa del estudio de los diferentes componentes culturales de las personas en su medio, con este método el observador se introduce y participa activamente con los grupos que estudia; observado las cosas que acontece y hace la gente y escuchando a los grupos, es especialmente indicada para estudiar la realidad social desde el punto de vista de los actores sociales y su organización.

Otro aspecto importante, son las cuatro fases de la Observación Participante propuesta Leininger usadas como estrategia para el desarrollo de recolección de datos cualitativos, las cuales se complementan y se procesan de manera continua.

En la primera fase, llamada observación primaria o inicial, el investigador dedica un periodo de tiempo a hacer observaciones. Observar, escuchar y registrar son las principales tareas en esta primera fase, esto suele ocurrir, cuando el investigador está empezando la entrada en el campo. Esta se caracteriza esencialmente por observar y escuchar, con vistas a obtener amplia visión del local de estudio, antes de que el involucramiento y la participación del investigador empiece a influenciarlo.

En la segunda fase, denominada de observación con alguna participación, la observación sigue siendo el foco principal, pero el investigador ya empieza a interactuar con las personas, observando sus acciones y habla. Es cuando ocurre el inicio de la participación del investigador en el contexto. Algunos investigadores solamente consiguen entrar de hecho en el mundo en estudio tras la fase en que empiezan a participar, en el sentido de hacer lo que ellos hacen en sus actividades.

En la tercera fase, ocurre la participación con alguna observación. Aquí el investigador se vuelve un participante activo, conocedor de la situación y del contexto. En esta fase, el observador comienza una participación más activa y disminuye la observación, con el objetivo de aprender con las personas por medio de la participación directa en sus actividades.

Ya la última fase, llamada reflexiva, posibilita, además de la organización y análisis de los datos, la confirmación de los resultados con las personas o comunidades estudiadas. El objetivo de esta fase es ayudar al investigador a evaluar su propia influencia y la de otros; 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 (100a).

Se percibe que la observación participante parte de la premisa de un trabajo continuo, inmerso en la cultura del grupo, en el cual el cuaderno de campo permite una aprehensión de la realidad y una visión del mundo del grupo. De esa forma, podemos hablar, con riqueza de detalles y con profundización, lo que las personas o el grupo habla, sin que corramos el riesgo del olvido.

### **3.6.- Técnicas para la Recolección de los Datos**

Las técnicas vienen a convertirse en un conjunto de reglas formuladas expresamente para el manejo correcto de los instrumentos, lo cual permite a su vez, la aplicación adecuada del método o de los métodos correspondientes. El investigador se convierte en el principal instrumento de recolección de datos en este tipo de investigación, el trabajo de campo se realiza a través de la convivencia muy cercana en el escenario de la práctica hospitalaria, lugar del fenómeno estudiado.

Utilice la observación participante, la entrevista, los registros etnográficos y otros materiales necesarios que ayudaron a ilustrar la perspectiva de los informantes. Es importante destacar que en este proceso, “la observación participante involucra la interacción social del investigador y los informantes; se trata de captar la realidad social y cultural de una sociedad o grupo social determinado mediante la inclusión del investigador en el colectivo objeto de estudio (101).

En relación con la entrevista, es un intercambio mediante una conversación que se da entre dos o mas personas, con la finalidad de describir los significados culturales que existen dentro de este contexto o grupo social, para la construcción sociocultural de esa realidad, “ya que la entrevista constituye el complemento indispensable de la observación etnográfica, porque permite recoger las percepciones y las observaciones de los participantes en los escenarios” (102).

En ese mismo orden y en correspondencia con Spradley, J. la entrevista permite la obtención de información de fuente primaria, amplia y abierta, en dependencia de la relación entrevistador entrevistado. Por lo tanto, la conducción de la entrevista debe ser planificada precisa, dinámica en un ambiente de cordialidad y confianza para obtener la mayor riqueza de la información (103).

En otro orden de ideas, para recopilar la información procedente de la observación y de los informantes clave, como investigador he utilizado una libreta de campo para registrar y transcribir los aspectos relevantes, la descripción del lugar, persona u objeto que se estudia. También puede emplearse para relacionar los hechos plenamente observados con otros fenómenos, lo cual ya es una aportación nuestra.

### **3.7.- Contexto de la Investigación.**

“Con la Etno enfermería se conocen hechos, sentimientos, visiones del mundo, y otros tipo de datos que descubre un mundo real, verdades y modos de vida de las personas, permitiendo la comprensión de sus creencias y valores. Se utiliza para enfocar el contexto cultural y de cuidados de salud de una cultura específica con sus peculiaridades, formas, ritos de comportamiento, expresiones y consideraciones frente al proceso salud- enfermedad” (104).

Al seleccionar la Etno enfermería para el estudio me enfoque en las unidades y actividades que realizan las enfermeras (os) de hospitalización y quimioterapia del hospital Dr. Miguel Pérez Carreño, Valencia estado Carabobo; representando el escenario social ideal, dada la situación presentada en la cotidianidad del cuidado.

Reflexionando en lo anterior, comprendí que al interactuar con personas de diferentes culturas, se puede obtener una visión mucho más amplia de los aspectos culturales, creencias, valores tanto de los enfermos, como los familiares, hábitos de trabajo y actitudes de las enfermeras, y descubrir cómo desde su cosmovisión ven el cuidado transcultural desde el escenario de la práctica, de manera que el espacio de trabajo representa la interacción social integrada por personas, grupos de trabajo, los objetos presentes a la cual se accede para obtener la información rutinaria de los sujetos investigados y así describir e interpretar el fenómeno de estudio.

Para la selección y el acceso al escenario lo realice considerando el objetivo de la investigación, a su vez soy enfermero y formo parte activa de la institución, al conocer el campo de trabajo y actuar como instrumento de investigación, se hace más fácil observar a los informantes en su contexto natural al mismo tiempo analizar los hallazgos y realizar los registros correspondientes, no obstante seguí el modelo propuesto por Leininger relacionados con las fases de la observación participante.

Lo anterior se corresponde con lo argumentado por algunos teóricos cuando afirman; “la observación participante, es prestar atención activa, escuchar, observar, concentrarse; pasar de una visión amplia a una de ángulo pequeño; focalizar la atención y rehuir al ruido escénico de fondo, prestar atención a palabras clave, concentrarse en la observación primera y última de cada conversación; reproducir mentalmente las observaciones y escenas” (105).

### **3.8.- Criterios para Seleccionar los Informantes del Estudio**

La selección de la muestra en un estudio etnográfico requiere que el investigador especifique con precisión cuál es la población relevante o el fenómeno de investigación, usando criterios que pueden basarse en consideraciones teóricas o conceptuales, intereses personales, circunstancias situacionales u otras consideraciones. Normalmente, los fenómenos seleccionados incluyen personas, sus rasgos individuales o respuestas, eventos, documentos, artefactos u otros objetos,

segmentos de tiempo, de lugares y de situaciones, y en general la acumulación de distintas fuentes de datos que se corroboren mutuamente (106).

En relación con lo anterior, la selección de los actores sociales o informantes que generaron la información pertinente para este estudio, lo constituyeron 10 personas entre enfermeras, pacientes y familiares: seis enfermeras todas ellas licenciadas con experiencia vividas en el área oncológica; dos en el área administrativa, cuatro en atención directa y una de ellas docente, dos familiares con nexo directo del paciente hospitalizado; (esposa, hijos, nietos) y dos pacientes adultos mayores que al momento de la entrevista se encontraban hospitalizados, con las capacidades físicas y psíquicas sanas, aportando información pertinente para el estudio.

De acuerdo, con los requisitos enunciados en el consentimiento informado, los informantes participantes aceptaron formar parte voluntaria del estudio; disponer de tiempo suficiente y las veces que fuese necesario para la realización de las entrevistas; así como aceptar la grabación de la información que ellos aportaron, entre otros aspectos.

### **3.9.- Rigor Metodológico de la Investigación.**

Durante la investigación se garantizó el rigor metodológico, por consiguiente durante el primer contacto con los informantes se les hizo saber que la información proporcionada sería tratada de manera confidencial entre ellos y el investigador,

cuidando el criterio de confidencialidad, tal como se puede apreciar en la hoja de entrevista y consentimiento informado, el término confidencialidad es usado tanto, para “el anonimato en la identidad de las personas participantes en el estudio, como a la privacidad de la información que es revelada por los mismos, por tanto, para mantenerla se asigna un número o un pseudónimo a los entrevistados” (107). La palabra Pseudónimo se define como, “sobrenombre ó nombre ficticio que toma una persona que quiere disimular su identidad. (108).

Cabe recordar, que los criterios a tomar en consideración para evaluar la calidad científica fueron la credibilidad, auditabilidad y la transferibilidad. La credibilidad se refiere a los resultados de una investigación que son verdaderos para las personas, en este caso los adultos mayores que serán estudiados; por lo tanto, la credibilidad se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolecta información que produce hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten (109).

Después de formalizadas las entrevistas las transcripciones fueran realizadas por el propio investigador, tal como fue narrada por los entrevistados. Después de ser grabadas, el informante tuvo acceso al documento transcrito a fin de leer y verificar el material y los comentarios de aclaratoria consensuados, para que se sienta identificado con sus relatos creando un ambiente de confianza necesario entre

investigador y agente informante. Así entonces, la credibilidad se refiere a cómo los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado (110).

El segundo elemento es la auditabilidad o confirmabilidad, este dominio trata de la habilidad de otro investigador en seguir la pista o ruta del estudio de lo que el investigador original ha hecho (109a). Para la objetividad del investigador y la confirmación de la información se deben seguir el siguiente procedimiento: recogida de registros lo más concreto posible, (utilizando grabador, cámara o video y diario de campo), transcripciones textuales, citas directas de fuentes documentales, triangulación. (91a). Esta estrategia permite que otros investigadores examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original siempre y cuando tengan perspectivas similares.

La transferibilidad o aplicabilidad es el tercer criterio que se debe tener en cuenta para juzgar el rigor metodológico en la investigación cualitativa. Este criterio se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones, para explorar qué tanto se ajustan los resultados en otro contexto. En la investigación cualitativa la audiencia o el lector del informe son los que determinan si pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio. Para ello se necesita que

se describa densamente el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado. Por tanto, el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos (111).

### **3.10.-Factibilidad del Estudio**

Para transitar esta ruta del saber, se revisaron los servicios para obtener la información, actualmente se dispone de los profesionales de enfermería como informantes clave y como informantes externos a los adultos mayores y sus familiares, visite la biblioteca de la vida de la Universidad de Carabobo la cual dispone de textos útiles para construir la temática. De la misma manera conté con referentes bibliográficos del internet, los servidores de la web (google texto, google académico y otros servidores), biblioteca Dr. Manuel feo La Cruz de la ciudad de Valencia, la inversión económica fue cubierta con fondos propios, así también como el tiempo para el desarrollo de la investigación y el acceso a la información.

Durante el proceso de la investigación logré tutorías de Doctores expertos en el área, se solicito subvenciones financieras al Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico (CDCH) y otras instituciones como son; Fundación para la Ciencia y Tecnología (FUNDACITE), Carabobo. Banco de Venezuela, Instituto de Previsión Social del Personal Docente y de Investigación. (IPAPEDI).

Además tengo el tiempo requerido para el desarrollo de la investigación, así como el acceso a la institución seleccionada como escenario previa autorización a través de la solicitud de permiso para realizar la investigación en el Hospital Oncológico. Dr. Miguel Pérez Carreño. Naguanagua estado Carabobo. Del mismo modo, se contó con la asesoría permanente de la tutora de la tesis quien es docente de la Universidad de Carabobo. Adicionalmente se cuenta con los colaboradores sociales de la institución de salud seleccionada.

### **3.11.- Aspectos Éticos de la Investigación.**

Este estudio conlleva un mayor grado de duración por lo que solicité de la integración, dialogo, presencia y contacto de las personas participantes. Las cuestiones éticas que surgieron durante el desarrollo fueron menos visibles y menos complejas que en otras metodologías. Se presento y plante a los informantes firmar el consentimiento informado, explicándoles abandonar el proyecto si así lo deseen, se mantuvo el anonimato de las personas para proteger la identidad de los informantes. Las entrevistas se grabaron y se les permitió oír su grabación para suprimir todo aquello en lo que no estaban de acuerdo. También se tomaron en cuenta los principios éticos adoptados en el año 1971, por la Asociación Americana de Antropología los cuales indican que el investigador debe:

1. Proteger los derechos e intereses y sensibilidades de los informantes: Este principio implica que deben examinar las implicaciones que las informaciones obtenidas tienen para los informantes.

2. Comunicar los objetivos de la investigación a los informantes: Este principio se debe considerar no sólo al inicio de cada una de las entrevistas sino durante las observaciones desarrolladas durante el trabajo. Igualmente cada vez que los informantes expresaban alguna duda con relación a su participación, se les informaban las razones y objetivos del trabajo y de su participación como informantes de forma sencilla.

3. Proteger la privacidad de los informantes: Para este criterio, se le informara a los participantes de los derechos en cuanto a permanecer de forma voluntaria durante el desarrollo de la investigación, de sentirse en libertad de expresar si están de acuerdo con los datos que se obtengan de las entrevistas y de hacer las correcciones que ellos consideren necesarias en las transcripciones de ser necesario. Así como también, una vez que inicie el trabajo de campo a cada participante la identifique con nombres pseudónimos, a fin mantenerle sus respuestas en estricta confidencialidad garantizándoles el anonimato además de la confidencialidad en el manejo de los datos (112).

De las consideraciones antes señaladas, se anexó la carta de Consentimiento Informado que contiene información previa, además de la confidencialidad en todo momento para los datos que serán suministrados por los informantes durante la investigación. El Comité de Evaluación Ética y Científica para la Investigación en Seres Humanos y las Pautas (CIOMS), señalan que para ayudar a evaluar la ética de las propuestas de investigación se requiere tomar en cuenta los siguientes requisitos:

1. Consentimiento informado. Las pautas denominan "acuerdo de la comunidad" al respeto a la autodeterminación de ésta.
2. Selección equitativa de la muestra. La distribución de beneficios y cargas de la investigación deben ser equitativa entre los individuos de una comunidad y entre las distintas comunidades afectadas por el problema que se investiga.
3. Protección a la intimidad y confidencialidad de los datos. Los investigadores deben proteger la confidencialidad de los datos, personas o grupos.
4. En el trabajo con poblaciones vulnerables es imperativo implementar medidas positivas para compensar su situación. Los beneficios pueden ser al individuo o a la sociedad. A las personas se les informará de las conclusiones o resultados concernientes a su salud.

5. Reducir el daño al mínimo. La evaluación ética siempre debe evitar el riesgo de que haya participantes o grupos que sufran perjuicios físicos o económicos, o pérdida de prestigio o autoestima como resultado de tomar parte en un estudio.

6. Conflicto de intereses y función de los comités de ética. Los investigadores no deben tener incompatibilidad no revelada de intereses con sus colaboradores, patrocinadores o participantes en el estudio. (113).

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, el artículo 110 de establece: "El Estado reconocerá el interés público de la ciencia y garantizará el cumplimiento de los principios éticos y legales que deben regir las actividades de investigación científica, humanística y tecnológica" (81a).

El Código de Bioética y Bioseguridad contempla en el capítulo I las normas para la Investigación con Humanos cuyo contenido refiere; las investigaciones que se realizan directamente con seres humanos generalmente se realizan en las áreas biomédicas, sociales y humanísticas, frecuentemente a través de experimentos que afectan el cuerpo físico o la condición psicológica, mental y espiritual de la persona esto contempla también estudios sociales y culturales en comunidades y otras colectividades, de manera que el Código de Bioética y Bioseguridad en Venezuela, intenta contribuir al desarrollo del potencial ético de la persona en sus desempeños,

como investigador y como miembro de una comunidad, haciendo énfasis en la construcción de la conciencia bioética (114).

### **3.12.- Descripción del Proceso para recabar la Información.**

1. Se requirió por parte de la Coordinación del doctorado una carta para solicitar por escrito ante el organismo empleador Insalud del estado Carabobo el permiso o aval que permitiera realizar el estudio en el Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño de Valencia estado Carabobo.

2. Se presentó carta ante la dirección de enfermería del Instituto Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño solicitando permiso por escrito para la realización de las entrevistas en profundidad a los informantes claves

3. Se seleccionaron los informantes, considerando los criterios de inclusión establecidos para el estudio.

4. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio, voluntariamente.

5. Para la recolección de la información se utilizó el grabador para las entrevistas previo consentimiento de los informantes.

6. Para la descripción del escenario y los informantes se utilizó cuadernos de notas y de campo.

### **3.13.-Análisis de los Datos Cualitativos**

Me oriente para el análisis de los datos, en las etapas etnográficas sugeridas por Spradley representadas en cuatro tipos de análisis etnográfico, las cuales menciono a continuación:

El primer tipo de análisis es de dominio, que es una búsqueda de las unidades más grandes de los conocimientos culturales. Los otros tipos de análisis son taxonómica, componencial y de tema (115). En el análisis de dominio focalizamos a través de la observación todos los acontecimientos que podemos captar en el campo o contexto de estudio, haciendo una descripción detallada de las personas, cosas u objetos escuchando las sugerencias de los informantes.

Al hacer el análisis de dominio, Spradley sugiere hacer primero una carrera práctica, que él llama búsquedas preliminares. Para ello, se selecciona una porción de sus datos y la búsqueda de nombres que los participantes dan a las cosas. Spradley es famoso por su lista muy útil de las posibles relaciones semánticas que pueden existir en sus datos:

1. La inclusión estricta (X es una especie de Y)

2. Espaciales (X es un lugar en Y, X es una parte de Y)
3. Causa-efecto (X es el resultado de Y, X es una causa de Y)
4. Justificación o racional (X es una razón para hacer Y)
5. Espacial (X es un lugar para hacer Y)
6. Función (X se usa para Y)
7. Forma (X es una manera de hacer Y)
8. Secuencia (X es un paso o etapa en Y)
9. Reconocimiento o atribución (X es un atributo o característica, de Y)

Para realizar el dominio de análisis, primero se elige una relación semántica. Spradley sugiere la inclusión estricta o medios-fines, para empezar. En segundo lugar, se selecciona una porción de los datos y comenzar a leer, a la par se debe llenar una hoja de análisis de dominio en el que a través de una lista se incluyen todos los términos, los mismos se ubican de acuerdo a cada relación semántica correspondiente (116).

Las entrevistas realizadas fueron transcritas y examinadas varias veces buscando las categorías surgidas para establecer relaciones semánticas, facilitando los dominios encontrados. Una vez descubierto los dominios o focos de interés durante la observación descriptiva se profundiza en el análisis para buscar la relaciones entre las categorías que conforman el dominio esta etapa es llamada análisis taxonómico (117).

Luego aplique el análisis taxonómico que permitió organizar las categorías de acuerdo a sus relaciones de significado.

### **3.14.- Procedimiento para el Análisis de los Datos**

Para el análisis cualitativo de los datos se analizaron de acuerdo con las fases propuestas por Madeleine Leininger y a los trabajos de Spradley. Durante la primera fase se recolectaron, registraron y describieron los datos. Para la segunda fase se identificaron cuales dominios emergieron desde la perspectiva émica, es decir, desde los informantes involucrados en el estudio. En la tercera fase se elaboraron las cuestiones estructurales y de contraste permitiendo, buscar nexos que permitan identificar las taxonomías a través de la saturación de las entrevistas en profundidad, atinentes a descubrir patrones recurrentes. En las diferentes fases del proceso de interacción con los actores sociales del estudio, los datos serán presentados a los informantes con el objeto de asegurar que lo escrito por los ellos, e interpretado por el investigador, corresponde con la visión que tienen sobre el fenómeno tratado.

## **CAPITULO IV**

### **PRESENTANDO EL ESCENARIO CULTURAL**

El acceso al ámbito de investigación como situación social esta integrado por personas, con modismos y culturas heterogéneas en un contexto hospitalario de colaboración entre el personal de la salud, enfermos y familiares; en este capitulo se presenta uno de los momentos más relevantes para recabar la información, ya que en ella se describe con documentos históricos el escenario o contexto de estudio.

#### **4.1.- ESCENARIO SOCIOCULTURAL**

El contexto para esta investigación es el Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño de Valencia estado Carabobo, ubicado en el campus de Bárbula Naguanagua estado Carabobo, son los espacios socioculturales donde se construye las significaciones individuales y colectivas de los sujetos en estudio.

#### **4.2.- Reseña Histórica.**

El Instituto Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño, estaba ubicado en la antigua calle el sol, hoy en día es la calle Páez; su ubicación se remonta desde tiempos coloniales. El patio de este hospital daba hacia la calle Páez. En ese patio, según la

costumbre en los antiguos nosocomios, se enterraban a los pacientes que fallecían en ellos, generalmente personas muy pobres que no podían costear un entierro. Pasó el tiempo y en el año 1912 Santiago González Guinan, Presidente para entonces del estado Carabobo, decretó la construcción de un hospital de maternidad en ese patio; en los años de 1939-1941 se crea un pequeño local al lado del hospital para hacer radiología, al frente de ello estaba el Dr. Oscar Perdomo Yáñez.

Desde su fundación cabe destacar que éste prestó servicios a una población que progresivamente se ha ido extendiendo a los estados vecinos. Este es el único hospital especializado en atención a esos enfermos fuera de Caracas. En el año de 1963 se le hicieron remodelaciones por el Dr. Alfredo Celis Pérez, que conllevaron su aplicación a 72 camas aun existentes para el año 1981, construyéndose nuevos ambientes en cirugía y radioterapia, dotándose de equipos para la época, suficientes para una mejor atención que con el correr de los años, se hicieron inadecuadas; para entonces el incremento de sus actividades fue cada día mayor y el servicio se catalogó de excelente, pero con el tiempo la carencia de un mantenimiento eficiente de los equipos se fueron dañando en forma irreparables, como ocurren en tantos hospitales del país.

Al principio de noviembre el año 1985, el Dr. Michele Capocéfalo, Director del hospital señaló que se estaba avanzando en los preparativos internos de la mudanza

del hospital a su nueva sede, ubicada en la antigua Colonia Psiquiátrica de Bárbula, los trabajos de construcción avanzaron rápidamente gracias al gobernador profesor Oscar Celis Gerbasi quien presto toda colaboración posible.

El 31 de enero de 1986 se inaugura la nueva sede del hospital oncológico en Bárbula. En marzo de ese mismo año, el hospital comienza a funcionar con 100 camas. Contaba con un presupuesto aprobado de casi 19 millones de bolívares (Bs. 18.785.359,72) por el Ministro de Sanidad y Asistencia Social.

La nueva sede del Instituto de Oncología Dr. Miguel Pérez Carreño y el servicio que el Gobernador Profesor Oscar Celis prestó a la ciudadanía, lo convirtieron en el primer centro de su tipo en el país. Allí todos reconocen que sin la ayuda del Ejecutivo Regional y el Ejecutivo Nacional, en la persona del Gobernador Oscar Celis Gerbasi, artífice de la obra, la concientización que logro el Dr. Carlos Guevara Cordero a través de su campaña “un Bolívar para el Oncológico” el temple del Dr. Michele Capocéfalo, quien para el año de 1986 seguía siendo su Director, la colaboración del pueblo y la iglesia a través de su nuestro inolvidable Arzobispo Emérito, Monseñor Dr. Luis Eduardo Henríquez, nada se había podido hacer.

En su estructura el Instituto Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño esta clasificado como hospital tipo II según las disposiciones señaladas en la Gaceta Oficial de la Republica de Venezuela nº 32650 del 21 de enero de 1983 vigente, dependiente del

Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) a nivel central y a nivel regional de la Fundación Instituto Carabobeño para la Salud, (Insalud). (118)

Esta Institución esta ubicado en el distrito eje norte municipio Naguanagua del estado Carabobo. Tiene una estructura conformada por 15 departamentos a saber: RRHH, administración, informática, admisión, servicio social, farmacia, Cocina, lavandería, laboratorio, mantenimiento, banco de sangre, anatomía patológica, la morgue, dirección médica, y dirección de enfermería. Otros servicios disponibles corresponden a la área de ampliación; quimioterapia ambulatoria, radioterapia, consulta externa.

#### **4.3.-Marco Normativo Institucional**

La Fundación Instituto Carabobeño para la Salud (INSALUD), es una organización sin fines de lucro, apolítica y eminentemente social, cuyo origen se ubica en un contexto jurídico, político y social superado con la aprobación y legitimación de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela; fue creada en fecha 27 de Diciembre de 1993, según Decreto N° 625/305-A, publicado en Gaceta Oficial del estado Carabobo, Extraordinaria N° 490. (119)

Misión Institucional: Ejercer las políticas públicas establecidas dentro del Sistema Nacional de Salud, para contribuir con el bienestar social de los carabobeños, optimizando la atención integral y la promoción de la salud con la participación

efectiva de las comunidades, logrando condiciones ambientales saludables que permitan mejorar la calidad de vida y el control de los factores de la salud en la población. Visión Institucional: Ser la institución que garantice el cumplimiento de las políticas públicas de salud, ofreciendo al ciudadano carabobeño un servicio eficiente y oportuno, ajustado a las necesidades propias de las comunidades, con instalaciones adecuadas, dotadas y equipadas. Competencias: • Servir de órgano operativo y financiero del Sistema Regional de Salud del estado Carabobo. •

Administrar por delegación del Gobierno del estado Carabobo, los recursos humanos y financieros del Sistema Regional de Salud. • Actuar en coordinación con la Secretaría de Desarrollo Social y Participación Popular del estado Carabobo para la ejecución del Programa de Transferencia aprobado por el Congreso de la República, en fecha 30 de marzo de 1993 y publicado en Gaceta Oficial N° 35.191, de fecha 15 de abril de 1993. • Ejecutar todos los programas de salud pública según se describen en el Convenio de Transferencia aprobado y suscrito entre el Ejecutivo Nacional y el estado Carabobo, en fecha 03 de diciembre de 1993. Memoria 2013– Ministerio del Poder Popular para la Salud 429 • Administrar y mantener las instalaciones médico-asistenciales del estado Carabobo, cuidando de su conservación, ampliación y adecuación de los requerimientos de la población. • Promover la participación activa de la comunidad organizada en la elaboración y supervisión del plan de salud regional. • Desarrollar y ejecutar el programa regional de construcción, equipamiento,

dotación y mantenimiento de la infraestructura médicoasistencial para atender las necesidades del sistema regional de salud, contratando los servicios correspondientes.

## CAPITULO V

### DESCRIBIENDO LOS DOMINIOS CULTURALES

En todo contexto cultural, los dominios son expresados a través de las relaciones y articulaciones convergentes en los actores sociales que hacen vida consecuente en su discurso cotidiano. En este capítulo, se describen las categorías culturales emergentes realizadas y analizadas con la información suministrada por los informantes clave del contexto estudiado.

#### **Dominio Cultural 1:**

Practica de enfermería como forma de dar cuidado al adulto mayor hospitalizado con cáncer

En el contexto del cuidado humano, los profesionales de enfermería deben exhibir un comportamiento institucional acorde con el ambiente que implique un interés por el bienestar de los usuarios a través de una práctica adecuada y consensuada, que da sentido y propósito entre las enfermeras (os) emisoras de la atención y el enfermo receptor del mismo. La definición de la práctica enfermera, según el Consell Assessor d'enfermeria de Catalunya, comporta el desarrollo de las actividades de cuidados que

corresponden al rol autónomo de la enfermera/o, y de aquellas actividades de colaboración interrelacionadas con las actividades de otros profesionales, que integran el equipo interdisciplinario de salud. Los dos roles son importantes y configuran el papel esencial de las enfermeras/os en el ejercicio de su práctica profesional. (120).

Cabe considerar por otra parte, que el termino “practica se remonta desde la antigua grecia como praxis, la cual denota la accion de llevar a cabo algo, pero una accion que tiene su fin en si misma” (121). Por lo que se interpreta como la manera en que toda accion o acto humano deliberado, debe producir satisfaccion a las demandas o necesidades de las personas utilizando todos los medios que conduzcan a tal fin originando espacios y actos motivacionales de acuerdo y entendimiento entre los pares. En consecuencia, “todos los actos sean cuales sean sus fines especificos, el origen de esos actos mas alla de los actos mismos, y sean cuales sean sus efectos en el entorno se define como praxis” (122).

Lo expresado en el parrafo anterior, indica que la práctica profesional es admitida como las acciones del cuidado fundamentados en los modelos teoricos especificos en cada situación presentada, efectuados de manera segura, adecuada y acorde con las necesidades básicas interferidas del adulto mayor, estas acciones promueve como es logico la interaccion humanista de manera directa en los seres humanos.

En terminos praxeologicos; la accion del cuidado no puede pasar desapercibida la escala de valores y la cultura de las personas involucradas en este proceso, ya que este afecta en grado superlativo las potencialidades humanas enriqueciendo la congruencia de las acciones del enfermero determinadas a complementar la teoria y la practica, permitiendo la innovacion o transformacion de las formas como proporcionar asistencia al adulto mayor cuando es hospitalizado en una institucion oncologica.

Asi mismo, el ejercicio diario de enfermeria para la atencion del adulto mayor con cancer, requiere una asistencia continua e integral, considerando las capacidades fisicas, psicicas y sociales del enfermo, familiares y el propio equipo de salud, y asi se pueda satisfacer las demandas de atencion del paciente y la familia, pensando en el cuidado cultural como variable que afecta la relacion terapeutica para el desarrollo eficiente de la practica.

En los servicios de hospitalizacion del hospital oncologico Dr. Miguel Perez Carreño, la practica del cuidado esta envuelta en una compleja gama de estructuras socioculturales dinamicas donde las creencias y valores se manifiestan intrinsecamente y extrinsecamente en las enfermeras y las personas que atiende; por lo tanto, debe proporcionar una asistencia adecuada y congruente en concordancia con las atribuciones significantes del cuidado.

Para los los informantes entrevistados el cuidado es expresado de muchas maneras:

*[...]“la atención proporcionada”, “lo que nosotros hacemos”, “cuidado integral”; “atender, la parte física y la parte espiritual”, “comprender al paciente”; “reconocer sus propias individualidades” “el cuidado es todo” “es todo lo que hacemos nosotros mismos”*

El cuidado está culturalmente integrado en las formas de vida énicas de las personas; además, existen expresiones, patrones y conductas propias atribuidas al cuidado cultural en cada region del mundo. Razon por la cual, los enfermeros debemos observar en el cumplimiento de las funciones, los valores y principios practicados en la cotidianidad hospitalaria o en cualquier otra actividad comunitaria.

Por consiguiente, cada accion del cuidado merece especial atencion ya que representa situaciones concretas e individuales que obliga a actuar en el marco de los principios eticos y morales, interpretando con conciencia reflexiva y social las motivaciones de los adultos mayores hospitalizados con cancer, de manera que el profesional ejecuta las acciones a traves de diferentes modelos facilitando las actividades adecuadas para disminuir las complicaciones naturales derivadas de la enfermedad, y asi proveer la atencion integral tanto fisica y espiritual de las personas en sus contextos.

**CUADRO 1. DOMINIO CULTURAL 1:**

Practica de enfermería es una forma de dar cuidado continuo al adulto mayor hospitalizado con cáncer

**Relación semántica:** medio – fin

**Formato:** X es una manera dar Y

Ejemplo: La atención proporcionada es una manera de dar cuidado

<b>TÉRMINOS INCLUIDOS</b>	<b>RELACIÓN SEMÁNTICA</b>	<b>DOMINIO</b>
1. La atención proporcionada” 2. “ Atender, la parte física y la parte espiritual”	es una manera de dar	cuidado al adulto mayor hospitalizado con cáncer

**CUADRO 2. TAXONOMÍA 1:**

Practica de enfermería como forma de dar cuidado al adulto mayor hospitalizado con cáncer

<p>La atención proporcionada a una persona</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escucharle atentamente.</li> <li>• Conversar con el paciente</li> <li>• Conocerlo</li> <li>• Atención con calidez</li> <li>• Comprenderlo</li> </ul>
<p>Abarca la parte física</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración cefalocaudal.</li> <li>• Higiene y confort</li> <li>• Movilización en cama</li> <li>• Alimentación requerida</li> <li>• Ejercicios pasivos y activos</li> <li>• Administración de tratamiento</li> </ul>
<p>Abarca la parte espiritual</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respetar las prácticas religiosas</li> <li>• Apoyo emocional</li> <li>• Permanecer al lado de su cama.</li> <li>• Hacer acompañamiento al familiar.</li> <li>• Proveerles del guía espiritual</li> </ul>

**Dominio Cultural 2:**

Habilidades técnicas de los profesionales de enfermeras, proporcionan un cuidado integral al adulto mayor hospitalizado con cáncer.

El cuidado integral comprende aspectos afectivos, físicos y sociales relacionados con la actitud de compromiso hacia el paciente hospitalizado, las enfermeras en la cotidianidad ejercen acciones técnicas en el desempeño de sus funciones, tales como; asistenciales, administrativas, educativas y de investigación, que contribuyen con la integralidad del cuidado.

La enfermera como ente elemental terapéutico y experto técnico, debe tener conocimientos, clarificar sus valores y estar comprometida con el cuidado. “Podrá utilizar los recursos disponibles, y todos los avances tecnológicos para mantener la vida y la dignidad de los pacientes” (123).

Por lo antes expuesto, el cuidado es una relación social interactiva entre los humanos en diferentes ambientes; los enfermeros debemos demostrar en el campo de trabajo capacidad terapéutica y experticia técnica adecuada, para dirigir eficientemente cualquier actividad que conforman los distintos procedimientos asistenciales y, así fomentar una mejor calidad de vida, recuperación de la salud, o una muerte digna del adulto mayor cuando es internado en el hospital con patologías neoplásicas.

Las técnicas y procedimientos están implícitos en las diversas situaciones del cuidado en la cotidianidad, por lo que se hace indispensable que el profesional de enfermería la considere como un elemento fundamental en el proceso de cuidar, pues “constituye un medio para la interrelación con otros miembros del equipo de salud en beneficio del paciente y la familia” (52a).

En otras palabras, el hacer de enfermería está marcado por las habilidades y aptitudes inherentes a las competencias aplicadas en el contexto hospitalario, entendiendo por habilidades como: “competencia adquirida por un individuo en una tarea particular. Se trata de una tarea específica, para colaborar y dar una respuesta eficaz” (124). Competencias que contribuyen a resolver problemas de los pacientes y sus familiares, con racionalidad científica y reflexiva; por lo tanto, para los informantes claves la acción técnica del cuidado consiste básicamente en:

*[...] primero valoro si el paciente tiene dolor o, si no tiene dolor, si tiene... si esta esté... si está sucio... llamarlo por su nombre...hacerle bromas [...] darle el respeto que se merece (Cereza **Enfermera III Atención directa**)*

*Bueno, los cuidados que uno puede hacer en este tipo de paciente, es como te dije al principio...; conocer al paciente, de donde viene, su procedencia, que tipo de cultura tiene, porque de repente son personas que son estudiadas y que saben cómo es...pero hay personas que no.... que son personas de campo, que tienen sus creencias,*

*entonces, que tenemos que darles; bueno, ¿cuáles son los cuidados?: explicarle con palabras que sean sencillas, que entiendan; cuales son los procedimiento que se le va a hacer. (Mango Enfermera IV. Supervisora)*

*Son muchas; este... básicamente verdad; hay asistencial propiamente, que se refieren a que si, signos vitales, administración de tratamiento, realización de algunos procedimientos, pero también es conocerlo, es saber; porque están allí, cuanto tiempo tienen con la enfermedad, como lo están afrontando, este..., cuáles son sus recursos familiares, sociales, su apoyo pues, porque de esa manera nosotros este, podemos guiarlos, a que lo utilicen mejor, o brindarles asesoría cuando ellos lo necesiten.(Manzana Enfermera III. Atención directa)*

*[...]muchísimas veces cuando logramos identificar sus necesidades de afecto y en base a eso, también: bueno el saludo, en la palmada, de repente nos inclinamos un poco más la atención hacia él, básicamente su cuidado prioritario para devolver la salud corporal o reintegrarlo nuevamente a la sociedad, pero también la parte afectiva un gesto por ejemplo. (Piña Enfermera III. Atención directa)*

**CUADRO 3. DOMINIO CULTURAL 2:**

Acciones técnicas de los profesionales de enfermería para brindar un cuidado integral al adulto mayor hospitalizado con cáncer

**Relación semántica:** Función

**Formato:** X usado para Y

Ejemplo: Conocer al paciente es usado como acciones técnicas para el cuidado

<b>TÉRMINOS INCLUIDOS</b>	<b>RELACIÓN SEMÁNTICA</b>	<b>DOMINIO</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conocer al paciente</li> <li>2. Explicar los procedimientos.</li> <li>3. Administrar tratamiento.</li> <li>4. Guiarlo.</li> <li>5. Identificar sus necesidades.</li> <li>6. Atender la parte afectiva</li> </ol>	<p>es usado como</p>	<p>Acciones técnicas para el cuidado al adulto mayor hospitalizado con cáncer.</p>

**CUADRO 4. TAXONOMÍA 2:**

Acciones técnicas de los profesionales de enfermería para brindar un cuidado integral al adulto mayor hospitalizado con cáncer

Conocer al paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia clínica</li> <li>• Equipos de trabajo. (guantes, batas, etc.)</li> <li>• Anamnesis y examen físico</li> <li>• Métodos complementarios</li> </ul>
Explicarle los procedimientos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados peri operatorios</li> <li>• Arreglo de la unidad</li> <li>• Procedimientos de laboratorio</li> <li>• Higiene y confort</li> <li>• Dieta</li> </ul>
Administrar tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oral</li> <li>• Intramuscular</li> <li>• Endovenoso</li> <li>• Subcutáneo</li> </ul>
Guiarlo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como asesoría</li> <li>• Ayudarlo</li> <li>• Brindarle confianza</li> </ul>
Identificar sus necesidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fisiológicas</li> <li>• De seguridad y protección</li> <li>• Amor y pertenencia</li> <li>• Emocionales y espirituales</li> </ul>
Atender la parte afectiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Socioemocional</li> </ul>

**DOMINIO CULTURAL 3:**

“Apego a los valores da lugar al cuidado significativo del adulto mayor hospitalizado con cáncer”

Las personas viven en constante intercambio con el mundo que le rodea, integrándose activamente y adaptándose en esos escenarios de socialización logrando entendimientos razonables conforme a las creencias y valores practicados en sociedad.

La dinámica imprevisible de la relación hombre como ente biopsicosocial impreciso en su adaptación con la sociedad, plantea momentos individuales o colectivos de conflictos que modifican la conducta humana, trayendo como consecuencia ruptura en las relaciones interpersonales con la otredad, eventos que ocasionan niveles variados de comportamiento asumidos por la sociedad, es allí donde interviene la cultura, las creencias y los valores para mediar en este proceso de adaptabilidad.

Considerando lo anterior, los valores tienen un lugar preponderante desde la antigüedad para las relaciones interpersonales, estos son transmitidos por generaciones fortaleciendo el espíritu y la concordia entre los ciudadanos, sensibilizando y transformando esas conductas con pautas deliberadas fortaleciendo

el desarrollo de la sociedad, ya que “los valores son normas o modelos de conducta, modelos de vida atribuidas a las personas o los grupos” (125)

Cuando hablamos de valores o cuando buscamos valores en determinadas circunstancias en la vida cotidiana, no es fácil ponerse de acuerdo porque es una expresión difícil de definir, no obstante ellos son ejes que dan sentido, estructura y orientación a las actividades cotidianas de los enfermeros durante la práctica en los diferentes contextos sociales, dado que los valores, “son realidades de carácter constructivista y hermenéutico” o sea, construcciones humanas con carácter subjetivo, social, cultural e histórico, que dan sentido a las cosas, a las actividades. (126)

En las instituciones de salud es necesario contar con profesionales de enfermería cualificados y preparados para discernir, entre sus motivaciones personales y las creencias del enfermo, ser capaces de confiar y desarrollarse desde la experiencia ajena, preparados para tolerar, negociar y concertar con los enfermos, los familiares y el resto del equipo de salud, apegado a los valores como esencia para el cuidar, dando respuestas satisfactoria como profesional, fomentando y preservando la vida de los ciudadanos. Resulta interesante analizar lo aportado por los informantes claves en relación con los valores:

*Es todo lo que nosotros hemos aprendido en el hogar, [...] se reafirman en casa y que tú a medida que vas creciendo como profesional lo vas perfeccionando [...] esos valores son los que tenemos que nosotros que mantenerlo tanto en el trabajo como en cualquier parte donde tu estés. **Mango (Enfermera IV)***

*... los valores son [...] las premisas que puede tener una persona, para actuar en la vida [...] ósea, eso te va a dar como un marco dentro del cual tú vas a actuar, [...] atendiendo tus creencias y respetando la de los demás también. **Manzana (Enfermera III Atención directa)***

*Hay personas que mantienen sus principios [...] aprendidos de los padres, de los maestros, amigos, no se pierden los valores, lo que hay es una ausencia de valores*

**Piña (Enfermera III Atención directa)**

*Nosotros en algún momento de la historia [...] no perdemos los valores, porque los valores están allí, los valores nunca se pierden, los valores están constante con nosotros, lo que pasa es que nosotros obtenemos más antivalores que valores. Todos somos personas que tenemos valores, y unos valores muy bien estructurados [...]*

**Albaricoque (Informante Externo Familiar)**

*Valor para mi es algo intrínseco, algo que nace de nosotros mismos[...] en el caso de la enfermería, para el dolor del paciente oncológico específicamente en este caso, es lo que este...proyecta, ese amor, esa paz que nos deben dar. Nispero*  
**(Informante externo. Paciente)**

Los profesionales de enfermería deben observar y practicar los valores y creencias con sensibilidad en un ambiente de cuidado muy complejo, paradójicamente esta complejidad, obliga a actuar bajo un clima de respeto, sinceridad, y solidaridad, comprometidos con el enfermo cuando es hospitalizado con patologías neoplásicas, esto crea vínculos afectivos para un cuidado amoroso y significativo para el adulto mayor, pretendiente de una atención auténtica capaz de generar, confianza, apoyo emocional, seguridad y sentido del humor, valores inalienables para un cuidado culturalmente congruente.

**CUADRO 5. DOMINIO CULTURAL 3:**

“Apego a los valores dan carácter significativo de interacción al cuidado hacia el adulto mayor hospitalizado con cáncer”

**Relación semántica:** Inclusión.

**Formato:** X crea Y

Ejemplo: La tolerancia da carácter significativo al cuidado

<b>TÉRMINOS INCLUIDOS</b>	<b>RELACIÓN SEMÁNTICA</b>	<b>DOMINIO</b>
1. Tolerancia 2. La comunicación 3. Responsabilidad 4. El amor 5. Solidaridad 6. Respeto	dan carácter	significativo de interacción al cuidado del adulto mayor

**CUADRO 6. TAXONOMÍA 3.**

Apego a los valores dan carácter singular de interacción al cuidado hacia el adulto mayor hospitalizado con cáncer”

Tolerancia	Paciencia Calma
La comunicación	Verbal No verbal
Responsabilidad	Compromiso Trascendencia
El amor	Caridad Cariño Perdonar Preocuparse
Solidaridad	Bondad Apoyo
Respeto	Obediencia Subordinación

**Dominio Cultural 4:**

“Visión interpretativa de la cultura para el profesional de enfermería, es una condición para un cuidado culturalmente congruente”

Los seres humanos están inmersos en una sociedad compleja multiculturalmente; esto da la estructura, el sentido y la manera como viven y disponen sobre la salud – enfermedad, cada individuo interioriza y aplica su cuidado según sus costumbres, este hecho trata de exhortar a los profesionales a orientar el conocimiento acerca de otras creencias culturales y las propias.

Para socializar, es necesario acercarnos más a la realidad social de los diferentes grupos sociales, a fin de conocer los aspectos ideológicos y culturales que rodean a las personas en su cosmos, perspectiva que brinda a enfermería los fundamentos para interpretar y conceptualizar las creencias, que a su vez permita diseñar o planificar estrategias de intervención dirigidos al cuidado en los diferentes grupos étnicos que cimentan el quehacer de la enfermería transcultural.

En relación con la definición de enfermería transcultural se puede definir como, "el área formal de estudio y trabajo centrada en el cuidado basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte" (127).

Las personas tienen sus propias motivaciones y creencias como un arraigo aprendido en el hogar, en la familia, así muchos adultos mayores mantienen sus hábitos y costumbres que los impulsa a actuar de acuerdo con sus creencias, por otro lado las enfermeras (os) tienen sus valores y conocimientos que le dan el poder para modificar conductas, sin obviar el componente humanista del cuidado. Las percepciones que tienen los informantes del estudio sobre cultura se expresan de diferentes maneras;

*Es lo que, hemos aprendido del día a día, están involucrados los valores, bueno; va a depender de cada quien, porque cada quien tiene culturas diferentes porque es crianza, es de lo que a mí me enseñaron, es de lo que yo he crecido, y bueno; cultura es todo, porque todos tenemos cultura...Mango (Enfermera IV Supervisora)*

Estudiar la cultura y los cuidados, abren espacio hacia la creatividad, motivando la reflexión para cuidar del otro, a ayudarlo hacia un máximo de independencia, dando lecciones de vida con sus experiencias, nuestras propias experiencias permiten reconocer que cada persona tiene su propia historia, digna de escucharla y respetarla, de esta manera se perfila y definen los valores institucionales creando estándares dinámicos para el cuidado cultural, ya que ésta "denota un esquema históricamente transmitido de significaciones representadas en símbolos, un sistema de concepciones heredadas y expresadas en formas simbólicas con las cuales los hombres comunican,

perpetúan y desarrollan su conocimiento y sus actitudes frente a la vida" (128) Otros informantes expresan:

*La cultura es muy grande, [...] eso es un concepto muy amplio y es como la forma de ver las cosas, de hacer las cosas, [...] va a estar implicada de muchos elementos: de como tú has vivido, donde has vivido, con quien tú has vivido, y es algo muy personal, ósea; cada quien tiene su propia cultura a pesar que la caracteriza a una cultura general de un pueblo pues, de una zona...Manzana (Enfermera III Atención directa)*

*[...] la cultura es la imagen de un pueblo, son sus antecedentes, de su familia, los hábitos. Y el venezolano es un muy transcultural, nuestra cultura es diversa, es amena, familiar...Piña (Enfermera III Atención directa)*

Las personas son fuentes de comportamientos culturales, que suministran estándares en los procesos sociales modelando la conducta en cada espacio de socialización, esto supone una razón suficiente para crear la necesidad de acercarse más al contexto social del enfermo y la familia, brindando a la disciplina de enfermería las herramientas necesarias para proporcionar intervenciones o estrategias focalizadas y contextualizadas hacia un cuidado mas significativo de experiencias vividas y percibidas en los actores sociales.

Al considerar las experiencias, se supone favorecer las necesidades fisiológicas, sociales, espirituales y ecológicas, del envejeciente durante la hospitalización, es decir, la holicidad de este grupo etareo constituye una visión transpersonal, donde las creencias y valores sea el nexo cultural en cada escenario asistencial. “Por consiguiente, los valores, creencias y prácticas culturales no pueden ser fenómenos ajenos en las prácticas de Enfermería. Además el conocimiento cultural es un patrón indispensable en los sistemas de asistencia de Enfermería” (129).

En relación con el párrafo anterior, concurrentemente los informantes expresan:

[...] *Bueno, la cultura son las creencias, los valores, el comportamiento que están incluidos en todas esas escenas de cada uno de nosotros, todos no tenemos las mismas cultura...***Albaricoque (Informante Externo Familiar)**

Es imperativo para los profesionales de enfermería, estudiar y comprender los fenómenos peculiares que rodean la cultura de las personas y la familia, para entender la conducta asumida por los enfermos, de esa manera el cuidado será más avanzado e integral considerando el universo de cada grupo social, es así como otro informante expresa: [...] *cultura significa para mí nuestra idiosincrasia, nuestra manera de ver las cosas, nuestra manera de percibir el trato, nuestra manera de ser...***Nispero (informante externo. Paciente)**

**CUADRO 7. DOMINIO CULTURAL 4:**

“Visión interpretativa de la cultura para el profesional de enfermería es una condición para un cuidado culturalmente congruente”

**Relación semántica:** Razón para algo.

**Formato:** X es una razón Y

Ejemplo: Las creencias es una razón para un cuidado culturalmente congruente

<b>TÉRMINOS INCLUIDOS</b>	<b>RELACIÓN SEMÁNTICA</b>	<b>DOMINIO</b>
1. La cultura es crianza 2. La familia 3. Los hábitos 4. Creencias 5. Valores 6. El comportamiento 7. Idiosincrasia	es una razón	para un cuidado culturalmente congruente”

**CUADRO 8. TAXONOMÍA 4.**

“Visión interpretativa de la cultura para el profesional de enfermería es una condición para un cuidado culturalmente congruente”

1. Crianza	Establecer Normas de conducta Apoyo Afectivo de la familia Comunicación
2. Familia	Estructura (tipo, parentesco) Roles a cumplir por los miembros
3. Hábitos	Físicos ( para proteger al cuerpo) Afectivos. (Relacionarse con el entorno. Familia, pareja, el trabajo) Sociales. (Costumbres de un grupo, tradiciones, vestuario, modas)
4. Creencias	Ideológicas Religiosas
5. Valores	Morales Sociales Religiosos Afectivos Físicos Estéticos Intelectuales Económicos
6. Comportamiento	Consciente Inconsciente Voluntario
7. Idiosincrasia	Carácter Rasgos Temperamento

**Dominio Cultural 5:**

Sentimientos y emociones experimentados por los profesionales de enfermería que atienden al adulto mayor hospitalizado con cáncer

La profesión de enfermería está orientada hacia el cuidado de la vida, vivenciando las emociones y sentimientos propios y de la otredad que deben ser cuidadosamente atendidos; de allí, la importancia de estar capacitados para afrontar el duelo ocasionado por las pérdidas, el ejercicio profesional supone afrontar enfermedades crónicas en etapa terminal, experimentar el dolor, el sufrimiento de otras personas y finalmente la muerte de sus pacientes, eventos que ocasionan sentimientos en la vida laboral y social de las enfermeras. Betancur, M., Arias, M. Sostienen que “la relación de la enfermera con el paciente en proceso de morir implica un choque o encuentro de concepciones” (130).

A tenor de lo descrito, los sentimientos y las emociones son instrumentos útiles que posee el ser humano para manejar y controlar de manera adecuada su fuerza interior, “son una construcción social y resultado de las relaciones sociales complejas e influyen en la sociedad, es necesario hacer diferenciación de los términos a la luz de referenciales teóricos para narrar las formas expresivas de los informantes.

En relación con las emociones, los autores la señalan como, “impulsos irracionales de animo producidas por ideas, recuerdos, apetitos, deseos, pasiones, las cuales nos hacen reaccionar de manera publica y notoria” (131).

Otros autores las describen como, “respuestas psicofísicas a estímulos o situaciones significativas, que entrañan un estado de sentimiento mas o menos definido (temor, cólera, celos) la alegría, enojo, miedo, la sorpresa, la tristeza, la ira y ciertos cambios orgánicos a los que se les llama resonancia corporal (secreciones glandulares, aumento de los latidos del corazón, procesos digestivos etc.); además puede hablarse de conductas manifiestas (risas, gritos, golpes). Las emociones tienen componente conductuales, se dan por medio de expresiones faciales, gestos, acciones. (132)

En el contexto hospitalario, la emocionalidad en las enfermeras (os) tiene manifestaciones positivas o negativas de acuerdo con la perturbación predisponente, la habilidad y madurez para manejar o asumir los comportamientos derivados de los estados de ánimo esta supeditadas a los hechos o situaciones desencadenadas durante la socialización con el paciente, la familia, colegas o demás miembros de salud; es decir, en mayor o menor grado de estímulos perturbadores se afecta el estado de animo.

Con respecto a los sentimientos, son tratados de acuerdo con los eventos suscitados; es así como, “las personas se sienten mal cuando pierden alguna cosa: una amistad, autoestima, un ser querido o cuando son criticados o tratados como objetos” (133). Las enfermeras no escapan a esta realidad, conviven y enfrentan continuamente situaciones de duelo y aflicción por pérdidas humanas, pero también ambientes de alegría, satisfacción y placer, pese a todas las circunstancias políticas, económicas y sociales que imperan en el contexto social. Por lo tanto, “cuando asumimos la responsabilidad de nuestros sentimientos, asumimos además, nuestra responsabilidad frente a nuestro mundo” (132a)

Al reflexionar en el contexto, la relación terapéutica enfermera-adulto mayor debe estar impregnada de conocimientos sobre el comportamiento humano, esto facilita el entendimiento de los sentimientos y las emociones que puedan generar las posibles respuestas humanas respetando la cultura de los enfermos y sus familiares. Esta interacción intersubjetiva fortalece la relación cuidador – cuidado como “la forma en que existimos y coexistimos con los otros desde el cuidado de sí mismo y el del otro en torno a la libertad del ser y no una lucha de abuso de poder” (134).

Los discursos de las enfermeras entrevistadas, así como las observaciones vivenciadas por el investigador, develan cuales sentimientos y emociones afloran al realizar los cuidados al adulto mayor, algunos testimonios dan cuenta de la cotidianidad en los servicios oncológicos.

*[...] ¡Hay si! me pones a mi poquitico,[...] porque yo hasta lloro[...] Eso es algo que no lo puedo evitar, porque... el sentimiento, el amor, porque uno se pega y uno ve que mientras él ha luchado, ósea, a la final...; bueno, es el resultado que quiere papá Dios;[...]pero, si me ha pegado mucho, y he, he llorado sabe... no delante de ellos, pero; si se me ha puesto el corazón chiquito, porque de verdad, no es fácil. **Mango** (Enfermera III Atención directa)*

Históricamente la disciplina de enfermería tiene el distintivo de ser humanista con vocación altruista, sensibilidad que la distingue de otra profesión, esa combinación singular de alteridad, se acompaña de amistad, amabilidad, afecto, cariño, elementos fusionados con ética y técnica para atender al prójimo; por lo tanto, cualquier pérdida representa un proceso de reorganización de los sentimientos emergentes en ese proceso de cuidar. “Es necesario que el equipo de salud asuma la muerte como un fenómeno natural, universal e inevitable, puesto que si no lo hace, no tendrán los elementos suficientes para ayudar en el proceso de duelo saludable a pacientes y familiares y mucho menos para ayudarse a sí mismo.” (135).

*[...] uno identifica a veces al familiar, uno puede haber tenido vivencias o familiares que, que te lo recuerden, [...], algunas veces los adultos mayores son considerados como que: ¡bueno no, pero él ya está viejo, o él ya vivió! [...]a veces ponerse en los zapatos de ellos: de verse ya mayor, desvalido, dependiendo de otra persona que no te considera, eso... causa así como que... a veces; rabia, como*

*impotencia, de que no lo puedes hacer entender algunas veces a los familiares la importancia de estar allí, con ese paciente. **Manzana (Enfermera III Atención directa)***

*Bueno...Creo que cuando atiendo a un adulto mayor, me veo yo reflejada en esa cama a pesar que tengo familia que amo, y que yo he cuidado, me pregunto si yo tendré la misma suerte, de conseguirme a alguien que me cuide tanto como yo he cuidado, creo que todo ser humano siente eso, siente incertidumbre. Pero siempre tengo el temor de quien nos va a cuidar, entonces, ¿eso es temor de Dios? o ¿temor de que?... ¿la ley del boomerang? Pero mi percepción personal... me da mucho temor, no hacer lo que debo, y después la vida me vaya a cobrar eso. **Piña (Enfermera III Atención directa)***

*Mira va a depender; porque si el paciente está solo; y, está en muy delicadas condiciones, de verdad que eso me parte el alma. Te explico es: ...me da mucha tristeza, porque es un paciente que no debería estar solo, que debería estar acompañado en su última hora indistintamente de cómo se haya comportado en la vida, porque hay personas que han sido mala durante toda su vida, mala de mala, y mal padre y están solos en un hospital, yo digo ¡Dios mío! pero ni un vecino, ni un sobrino, porque en algún momento de su vida esa persona debió haber sido, debió haber sido buena gente con alguien, ¿llamaron?. ¡No! que un número de teléfono y nadie contesta! ¡Dios mío señor! **Cereza (Enfermera III Atención directa)***

**CUADRO 9. DOMINIO CULTURAL 5:**

“Sentimientos y emociones experimentados por los profesionales de enfermería que atienden al adulto mayor hospitalizado con cáncer”

**Relación semántica:** inclusión estricta.

**Formato:** X es un tipo de Y

Ejemplo: El llanto es un tipo de sentimiento experimentado por las enfermeras

<b>TÉRMINOS INCLUIDOS</b>	<b>RELACIÓN SEMÁNTICA</b>	<b>DOMINIO</b>
Llanto Pone el corazón chiquito Causa impotencia Ponerse en los zapatos de ellos Verse desvalido Me recuerda un familiar Me veo reflejada en esa cama Incertidumbre La ley del boomerang Temor Parte el alma Me da tristeza Preocupación	Es un tipo de	Sentimiento que experimenta las enfermeras a realizar el cuidado al adulto mayor.

**CUADRO 10. TAXONOMÍA 5.**

“Sentimientos y emociones experimentados por los profesionales de enfermería que atienden al adulto mayor hospitalizado con cáncer”

Es llorar.	Expresarse con lagrimas
Pone el corazón chiquito	Compungido Afligido
Causa impotencia	Imposibilitado para hacer algo
Ponerse en los zapatos de ellos	Empatía para entenderlos Sentir los que ellos padecen
Verse desvalido	Indefensos Abandonados Descuidados
Me recuerda un familiar	Evocar el sufrimiento de un familiar fallecido
Me veo reflejada en esa cama	Que no tenga a nadie que me atienda
Incertidumbre	Inseguridad incierta del futuro
La ley del boomerang	Como yo trate al paciente, así me trataran a mi
Temor	Incertidumbre de que algo puede ocurrir
Parte el alma	Razonamiento subjetivo de pena hacia el enfermo
Me da tristeza	Sentimiento afectivo de angustia hacia el enfermo
Preocupación	Inquietud sobre el avance de la enfermedad en el enfermo

## **CAPITULO VI**

### **TEMAS CULTURALES**

En este apartado se describen los temas culturales derivadas del análisis de los dominios, surgidas de las entrevistas realizadas a los profesionales de enfermería que laboran en el Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño a los adultos mayores hospitalizados con cáncer y familiares cuidadores. Los temas culturales son representaciones emanadas de las relaciones entre dominios y cómo estos guardan semejanzas con el modelo del sol naciente, esta realidad percibida en el escenario de la práctica se conecta a través de la dualidad cultural de los profesionales de enfermería y los adultos mayores cuando son atendidos en los servicios oncológicos, razón por la cual es esencial responder de forma integral al proceso de relación dialógica donde se pueda establecer los cuidados, bien para mantenimiento, adaptación o negociación de los cuidados culturales.

## **6.1.- VISION ONTOLÓGICA DE LA PRAXIS PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON CANCER.**

Este tema esta orientado por las descripciones textuales obtenidas en las entrevistas de los informantes claves y externos, así como al análisis reflexivo del investigador generado por el contacto permanente con los actores sociales en las unidades de hospitalización del hospital Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño.

La concepción de enfermería como disciplina se centra en el cuidado de la salud y la vida, sea en forma independiente o en colaboración con otros miembros de la salud, su capacidad resolutive esta dirigida hacia la familia o grupos sociales sanos o enfermos, para ayudarlas en el desempeño de sus actividades, que incluyen el fomento a la salud, prevención de enfermedades, rehabilitación de la salud, o una muerte digna.

Por lo tanto, los cuidados de enfermería para el adulto mayor comprenden acciones complejas que involucran el envejecimiento, dado que hay alteraciones que muchas veces compromete la capacidad y reserva funcional del organismo en este grupo etareo, sumado a la enfermedad cuyo comportamiento afecta otras dimensiones como el bienestar, la independencia y la autoestima de la persona, esta dualidad supone emplear las competencias y habilidades de la enfermera para un mejor desempeño que satisfaga la demanda en estos pacientes y sus familiares.

Enfermería ha transitado por momentos históricos y culturales de diferentes corrientes filosóficas, pero, la visión actual que se tiene del cuidado en la práctica profesional del contexto en estudio dista mucho de esa realidad, porque refleja en su discurso el paradigma positivista - biologicista, modelos imperantes, que provienen del empirismo y naturalismo los cuales fraccionan la totalidad del ser.

En ese mundo dinámico, con cambios estructurales, vertiginosos y paradigmáticos, la ciencia de enfermería precisa imperativamente construir su identidad, retomando sus elementos ontológicos como lo que es, la ciencia y arte de cuidar, posibilitar y/o sustentar sus cuidados en el modelo del sol naciente para tener una perspectiva integral de la visión del mundo y los sistemas sociales, eso le dará la identidad, el poder y la libertad de asumir una postura independiente integrando aspectos cualitativos y significativos para un cuidado culturalmente congruente.

Para que esto sea una realidad, debe considerarse la concepción del ser y el hacer de la enfermera, cuyas habilidades cognitivas, técnicas y manuales, motiva la seguridad y la confianza en los adultos mayores y sus familiares cuando son atendidos en las unidades de hospitalización. En ese sentido, “La relación enfermera-paciente con cáncer hospitalizado es un punto central para poder comprender y cualificar las prácticas de cuidado de esta población” (136).

Pensar en el cuidado del paciente con cáncer, implica interpretar y analizar críticamente el contexto que rodea su realidad, es decir, a través de la empatía se da apertura hacia la acción consolidando la interacción de los actores sociales; es así, como “las enfermeras valiéndose de la hermenéutica como herramienta práctica para el logro de objetivos de la praxis profesional, interpreta los problemas de enfermería, inmersos en las personas involucradas en el cuidado otorgado” (137).

En atención con lo anterior, la enfermería se ha desarrollado como ciencia y profesión y que toda consolidación profesional está respaldada por una teoría que le da sentido y metodología, además, demuestre utilidad y funcionalidad en la práctica, que al ser aplicada a la realidad y con sustento teórico adecuado es reconocida como científica, pues implica el uso de un método sistemático para determinar, organizar y evaluar las intervenciones de enfermería (138).

De acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando, es imperativo desarrollar adecuadamente y con criterio científico la práctica, en correspondencia con los componentes del modelo del sol naciente que el profesional de enfermería debe considerar para poder apreciar los cuidados, donde las creencias y valores sean la piedra angular que permean el hacer disciplinario, sustentado en principios humanísticos del cuidado transcultural, estos elementos producen un acercamiento de sensibilidad y humildad hacia las personas atendidas en las unidades oncológicas; por

lo tanto, se dan respuestas a las necesidades sentidas demandadas por los pacientes y sus familiares.

## **6.2.- ETICA Y VALORES EXISTENTES EN EL CONTEXTO DEL CUIDADO AL ADULTO MAYOR CON CANCER.**

La existencia humana transcurre en un sistema social creativo que afecta su sistema de creencias y valores, esto significa antropológicamente que está abierta la posibilidad de constituir culturas expresadas en la cotidianidad de acuerdo con el ambiente socializador. Es inevitable la capacidad de transformación perceptiva en los seres humanos entre si y con la naturaleza, cuyo cambios paradigmáticos enriquecen la convivencia de la humanidad.

Enfermería como disciplina de las ciencias biológicas y sociales propicia el intercambio holístico de las personas o grupos; reconoce y aprecia la dignidad y el valor del hombre como ente biopsicosocial y espiritual, el cual estructura su vida y construye su cultura en torno al contexto social, por lo tanto las enfermeras forman parte de ese acervo cultural percibiendo e identificando situaciones desde la alteridad, eso habla de la holicidad del cuidado.

En relación con el término contexto, suele definirse “como un sistema social y como un entorno físico que evoluciona a través del tiempo” (139). Deriva del latín, *contextus*, que significa “lo que rodea a un acontecimiento o hecho. Es ambiente, marco, entorno físico o simbólico, un conjunto de fenómenos, situaciones o circunstancias, como el tiempo, el lugar” (140).

Aplicando el contenido conferido por los autores, en las unidades de hospitalización se percibe continuamente interacciones recíprocas en enfermería y los demás miembros del equipo de salud, también con el paciente y su entorno; en ese ambiente, se intercambia información, energía y materia que son útiles para el desarrollo humano, por lo tanto, la relación terapéutica es dinámica y compleja por naturaleza.

En ese marco integrador, los profesionales de enfermería desarrollan el potencial humano basado en principios éticos integrados en el cuidado humano, de allí que, “la preservación y promoción del conocimiento y el ejercicio de cuidar, de sanar la salud son esfuerzos éticos” (40a). Son la base fundamental que vela por la protección y bienestar de las personas” (52b).

En el orden de las ideas anteriores, la ética en enfermería estudia las razones con juicio crítico y reflexivo en la práctica del quehacer profesional, es decir; contempla el comportamiento, la conducta, las motivaciones personales e institucionales en

beneficio de la colectividad, considerando el acto humano como una forma para diferenciar lo bueno de lo malo, o el deber ser. Es decir, la ética “deriva de la naturaleza del ser humano, en razón del fin que debe conformarse y de los medios ordenados a conseguirlo, ya sea a razón del impulso motor de la conducta humana y de los actos que la determinan”(80a)

Desde esa visión, el ser humano se relaciona consigo mismo, con la otredad y el contexto, arraigado en la moral y las buenas costumbres, integrándose en un mundo socializador con múltiples miradas o pensamientos, en cuya convivencia compleja expresa y despliega su máximo potencial; pero en esa dinámica, la ética invita a reconocer y normatizar esa interacción social y, examina los principios, las normas y los valores vigentes a la luz de las creencias culturales de la sociedad, los enfermeros son agentes sociales interrelacionados por naturaleza, interdependientes, interactivos y complejos que influyen el comportamiento humano.

Es significativa la importancia que tiene el cuidado para los profesionales de enfermería, ya que involucra aspectos éticos las cuales circundan la relación terapéutica con el paciente, reconociendo en él un ser humano, respetando su intimidad y la confidencialidad en la información suministrada; así mismo desde la intersubjetividad, entender el sufrimiento, el duelo y la muerte por la que transita el adulto mayor y sus familiares merecedores de un trato digno y justo.

Lo anterior nos lleva a citar que, “la intersubjetividad del cuidado responde a procesos de salud y enfermedad, interaccionando personas con el medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado, conocimiento del poder de si mismo y limitaciones en la relación del cuidado” (141). Al contemplar la intersubjetividad en ese proceso recíproco de socialización interactiva enfermero y contexto, se percibe la realidad, la conciencia y el conocimiento de las personas en relación con los otros, dándole sentido social a la practica de los valores en el marco del cuidado; dicho por otros teóricos, la intersubjetividad es “reconocer al ser humano en su dimensión individual y colectiva, como un ser único y una totalidad, una unidad en la que se integran lo afectivo, lo racional, lo natural y lo cultural” (142).

De esta manera, sería un ideal fortalecer la calidad humana de los cuidados de enfermería, es necesario ya que la persona atendida en el oncológico es un ente relacional que trasciende los ámbitos de la vida, pasando por la política, la religión, la vida social, la educación y con poder de decisión; es decir, ligado a todo un contexto complejo; con virtudes y defectos, pero, estas cualidades no basta por si solo para humanizar un cuidado culturalmente congruente desde la integralidad del ser.

El fortalecimiento del cuidado debe impregnarse de amor fraternal hacia al prójimo, que es fuente de energía motivadora del ser humano, allí prevalece; la solidaridad, el respeto, la justicia, verdad, dignidad y equidad, valores que dan la libertad para proporcionar una atención acorde con el contexto que gira entorno al

adulto mayor, buscando que el discurso en la practica de la disciplina, trascienda para consolidarla en el marco interdisciplinar, transdisciplinario y multidisciplinario de la salud.

## **CAPITULO VII**

### **ORIENTACIONES DE CIERRE**

Durante la acción del cuidado, los profesionales de enfermería deben mostrar interés hacia el significado que tiene el marco cultural que envuelve a los adultos mayores, sobre todo cuando son hospitalizados con alguna patología neoplásica, ellos demandan acercamiento, amor fraterno, solidaridad y comprensión de las personas que suponen son sus cuidadores.

Para observar esa realidad, se desarrolló esta tesis Doctoral denominada Cultura del Cuidado en el adulto mayor con cáncer desde la perspectiva del sol naciente de Madeleine Leininger, los informantes claves fueron las enfermeras (os) que laboran en el Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño, a su vez consideré al enfermo y la familia como agentes externos, todos ellos proporcionaron información pertinente que permitió develar como son las prácticas de cuidado a partir del contexto cultural del adulto mayor.

Es necesario señalar algunas orientaciones del investigador en relación con los temas culturales que emergieron en la herística interpretativa de los dominios encontrados, los cuales reflejan la esencia sustantiva de las representaciones emic y

etic compartidas para la estructuración semántica de los dominios culturales, que ofrecen pautas, de conocimiento para guiar las prácticas de cuidado proporcionadas por los profesionales de enfermería, como lo plantea Madeleine Leininger, “la enfermería transcultural trata de lograr que los conocimientos y la práctica tengan una base cultural y una conceptualización de las diferentes culturas” (143).

De acuerdo a lo señalado anteriormente, los profesionales adquieren habilidades y destrezas para proporcionar un cuidado culturalmente congruente acorde con el contexto hospitalario, buscando el interés y bienestar del enfermo a través de una práctica adecuada y consensuada a partir de sus creencias y valores, esta integralidad comprende dimensiones físicas, psíquicas, espirituales y sociales, que la enfermera debe clarificar y anteponer a sus propios valores y creencias; todo ello subordinado ante la mirada, y el interés del paciente y sus familiares, demostrando capacidad para dirigir los diversos procedimientos complejos, con bondad, racionalidad científica, crítica y reflexiva.

Desde esta perspectiva reflexiva, el valor como término es polisémico con sólidas cualidades externas e internas insertado en el campo de la axiología, en el marco asistencial son reales e inalienables convirtiéndose en la fuente esencial y universal de comunicación entre el enfermero, la familia y el adulto mayor cuando es admitido en los servicios de hospitalización del Oncológico.

El encuentro de culturas diversas en las instituciones de salud es una experiencia significativa para los profesionales que hacen vida allí, específicamente en el Hospital Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño, establecido como centro de referencia nacional y regional, confluendo pacientes de diferentes culturas y estratos sociales; es allí, donde enfermería con el conocimiento sobre el comportamiento humano, esta mejor dotada para abordar, entender y comprender la diversidad cultural; facultad que permite incorporar el proceso enfermero y dar seguimiento al cuidado del adulto mayor hospitalizado con cancer.

Ciertamente, la cosmovisión interpretativa que tienen las enfermeras sobre la cultura, es un componente determinante para el cuidado del adulto mayor, desde su visión o perspectiva, estos informantes pueden condicionar un panorama orientador acerca de las estrategias que fundamenten las acciones, basadas en las creencias, en los valores y estilos de vida de los pacientes hospitalizados.

Al considerar la diversidad cultural que determina e influye en el proceso socializador del contexto asistencial, enfermería debe practicar la sensibilidad para saber interpretar y considerar esas diferencias que surgen durante la interacción, que la motivara en la planificación e implementación de estrategias viables para que el cuidado transcultural pueda practicarse, se establezca y logre su consolidación como un modelo alternativo en el hospital Dr. Miguel Pérez Carreño.

Para el enfoque de intencion metodologico utilizado para esta investigacion, fue el metodo propuesto por Madeleine Leininger denominado etnoenfermería, el cual sirvió de guía para la hermeneusis permitiendo descubrir, cuál es el significado otorgado al cuidado del adulto mayor cuando es hospitalizado en las unidades de oncologia; es una alternativa viable como herramienta para describir, interpretar y comprender los fenómenos culturales presentes en el campo de trabajo.

Agregando a lo anterior, el modelo del Sol Naciente va a proporcionar identidad específica en el campo cultural a la disciplina de enfermería, porque permite la participacion activa con el adulto mayor y su entorno, cuya retroalimentacion aumenta el conocimiento, habriendo espacios significativo hacia un cuidado congruente, considerando los aspectos sociales que envuelve al paciente desde la cotidianidad hospitalaria.

Por otro lado, La etnoenfermería orienta a los enfermeros a comprender el sentido de la asistencia en cualquier fenómeno que estudie y a predecir la conducta humana dentro de un contexto cultural, sea comunitario o en el campo hospitalario, ya que está en contacto directo con las actividades diarias de la gente para aprender de su mundo fenomenologico, obteniendo testimonios y observaciones, desde una posición como observador participante, generando conocimientos para el campo de la salud, educacion, y otras disciplinas.

Es importante destacar que a partir de los resultados obtenidos en esta investigación, se puede concienciar a la disciplina de enfermería en el contexto de estudio a utilizar el proceso de atención con el modelo propuesto por Madeleine Leininger, ya que al conocer las creencias y valores de los pacientes oncológicos, fortalecerá las habilidades y destrezas, beneficiando satisfactoriamente al adulto mayor que provienen de otras regiones con diferentes sistemas de vida socioculturales, por ende el cuidado debe dispensarse congruentemente.

#### **7.1.- APORTES DEL ESTUDIO A LA PRACTICA**

El proceso hermenéutico permite comprender el mundo del sujeto y entender las representaciones fenoménicas de la realidad aparente que nos rodea, no podemos dejar de lado que la interpretación es un proceso de ir y venir, es decir, “un arte de entender desde un procedimiento metodológico alcanzar una comprensión descriptiva de los fenómenos” (143a).

En ese mismo orden de ideas, la investigación es una búsqueda constante y disciplinada de información, “sobre cuya base pueda proponer una respuesta a alguna interrogante que por algún motivo le inquiete o le interese dilucidar” (144). “Escudriña cómo el ser humano ha transformado o comprendido su entorno por la vía de métodos experimentales o hermenéuticos en el deseo o necesidad de explicar fenómenos en sus causas y en sus esencias” (145).

De lo antes expuesto, se propone el enfoque pentadimensional, el cual contempla las dimensiones epistemológica, ontológica, axiológica, teleológica y metodológica, con el propósito de establecer los aspectos esenciales que comprenden la hoja de ruta de un proceso de investigación, “herramienta analítica para la interpretación cognoscitiva del quehacer investigativo” (146)

### **7.1.1.- Lo Epistemológico.**

La epistemología centra las bases de la ciencia, dándole firmeza, estabilidad y solidez, hacia nuevas formas de ver el cosmos, el conocimiento transforma el sujeto de acuerdo con sus realidades del mundo, esas realidades “están constituidas por una extensa red interdependientes de ideas referidas a seres, actividades, procesos, ordenes abstractos, sucesos y relaciones”(147). “La epistemología presenta el conocimiento como producto de la interacción del hombre con su medio, conocimiento que implica un proceso crítico mediante el cual se organiza el saber hasta sistematizarlo” (148)

Analizando el párrafo anterior, la dimensión epistemológica guarda relación entre quién y qué; responde al vínculo entre sujeto y objeto; es decir, la interacción entre el enfermero, adulto mayor y el entorno social, abarcando aspectos trascendentales para entender el significado de la salud, la enfermedad, el duelo y el sufrimiento como experiencias de vida, cuyo producto final es el conocimiento científico. En el

Hospital Dr. Miguel Perez Carreño, al vincularse la relacion de ayuda entre profesionales de enfermería, la familia y el adulto mayor, se establecen nuevas concepciones y conexiones de aprendizaje para un cuidado culturalmente congruente, esa realidad transforma y le da trascendencia a la disciplina en un ambiente reflexivo y consono con el contexto.

### **7.1.2.- Lo Axiológico.**

La axiología se encarga del “Estudio y reflejo sistemático del mundo de los valores”(149), Lo axiológico responde al por qué de la investigación; esta dimensión se interroga acerca del valor que se le atribuye a la actividad investigativa, los argumentos por los cuales se la considera valiosa, importante, interesante, meritoria(142a).

Ahora bien, los valores son un conjunto de principios dinámicos que practican las personas en la sociedad, donde la cultura y las costumbres contribuyen subjetivamente con los actos o modos de conducta en función de normas preestablecidas por los grupos sociales a la cual pertenecen. Ellos poseen una fuerte carga afectiva, convirtiéndose en un poderoso catalizador que orienta los sentimientos y emociones de las personas y la colectividad dadas las circunstancias con los ideales percibidos.

En tal sentido, el conocimiento de los valores ayuda a discernir y comprender el contexto histórico, sociológico y humano del cuidado cultural para el adulto mayor hospitalizado con cáncer, la relevancia se apoya en las virtudes constituyentes del soporte ético y moral que subyace en las creencias culturales de los actores sociales presentes en esta investigación.

### **7.1.3.- Lo Ontológico**

El hombre es una realidad social que accede al mundo interactuando con sus semejantes, y desde la cultura transforma la realidad perceptiva que tiene del cosmos, para acercarnos a ese ser; debemos mirar el modo de ser de ese ente cuya constitución es el hombre propiamente. Para Heidegger, la ontología “es el análisis de lo que se muestra como relación con el ser en el cada vez mío y, caracteriza la existencia del hombre como una tarea del cuidado o cura”(150).

Ontológicamente hablando, el ser constituye un sistema cuyo estudio y comprensión requieren la captación, interpretación y comprensión de esa dinámica interna que la caracteriza, esa esencia nos conduce a modificar los seres; es decir, transformar los modos en los cuales estos se nos presentan en el mundo; es así, como la ontología busca el qué de la investigación en el ámbito sociocultural, buscando los vínculos sociales en el mundo del sujeto, como es el caso de la tesis doctoral que tiene que ver con el cuidado cultural del adulto mayor con cáncer.

#### **7.1.4.-Lo Teleológico.**

La vision que se tiene del hombre es la de un ser privilegiado que participa de la filiacion divina, y todos los hombres juntos forman una comunidad unida por la fraternidad universal. (151) Desde esa perspectiva, se especifican los fines últimos del quehacer del investigador; responde al para qué hacer la investigación, el beneficio de los resultados de esa indagación.

El telos de la investigacion es, descubrir el significado del cuidado proporcionado por los enfermeros al adulto mayor hospitalizado con cáncer basado en la teoría del sol naciente de Madeleine Leininger a los fines de interpretar la realidad circundante del enfermo, y generar una reflexión comprensiva ajustados a los designios de Dios como dador de vida y muerte, siendo de gran interés para la disciplina de enfermeria y como docente en la formacion de nuevas generaciones de profesionales.

#### **7.1.5.-Lo Metodológico**

En concordancia con Landeau, el ambito metodológico, “persigue un enfoque particular fundado en ciertos principios generales, para la comprension y/o la interpretacion de la realidad o la disciplina en estudio”(152) Lo expresado responde a la pregunta ¿Cómo se realizará la investigacion?; es decir, a los modos como es conducido las estrategias, los procedimientos, las actividades, y los medios

requeridos para cumplir con lo propuesto por el investigador, abarcando el aspecto de la disciplinaria de la investigación; esto se relaciona con los principios, reglas, o normas de acuerdo con los cuales se lleva a cabo. Para esta investigación, se empleó un abordaje cualitativo a través de la Fenomenología-Hermenéutica y por otro lado la etnografía focalizada y así describir a las vivencias emic de los informantes entrevistados, reflejando los dominios, taxonomías, análisis de temas y componentes del contexto estudiado.

## **CAPITULO VIII**

### **VOCABULARIO EMICO**

Los profesionales de enfermería requieren dominar la comunicación como componente básico y fundamental para la relación de ayuda, la cual permite hacer frente a los adultos mayores hospitalizados, sus familiares y el resto del equipo de salud. En ese contexto de socialización y compleja hospitalaria, una comunicación efectiva facilita a los participantes la riqueza del vocabulario necesario y esencial para la dialéctica con los interlocutores. Como evidencia y principio comunicacional podemos decir que, “Las relaciones tan complejas que se desarrollan durante la satisfacción de las necesidades humana sería literalmente imposible sin la interacción comunicativa. (153)

En el proceso comunicativo, suelen presentarse conflictos interculturales dadas las variaciones dialécticas y sus significados configurados de acuerdo con las creencias y valores dándole realidad y sentido de pertenencia a las personas, comunidades o grupos sociales, impregnando todos los acontecimientos de la vida en cada contexto histórico.

En ese sentido, las enfermeras visualizan el lenguaje verbal y no verbal de los pacientes, familiares y entorno social, eso con el propósito de proyectar desde una perspectiva significativa de los actores sociales, cuidados adecuados con la diversidad cultural.

Es necesario separarnos de la cultura en la cual hemos sido socializados técnicamente, y a través de una mirada reflexiva comprender el punto de vista de la otredad, en cuanto al valor y significado que le otorgan a las expresiones comunicativas como agente catalizador, esto favorece la toma de decisiones y retroalimentación en el equipo de enfermería, fortaleciendo la práctica del cuidado.

#### **CUADRO N° 11 Vocabulario Emico**

<b>TERMINO</b>	<b>SIGNIFICADO EN EL CONTEXTO</b>
<b>Amor</b>	Sentimiento de afecto, inclinación y entrega a alguien o algo.
<b>Atender</b>	Mirar por alguien o algo, tener en cuenta o consideración por la salud de los adultos mayores.
<b>Comunicación</b>	Acción de comunicar o comunicarse
<b>Costumbres</b>	Prácticas adquiridas en nuestras vidas.
<b>Cuidado Humano</b>	Actividad humana de relación de ayuda que va más allá de la enfermedad, es la esencia de la enfermería.

<b>Cuidado Transcultural</b>	Cuidado de enfermería centrado en la cultura y creencias de la salud del adulto mayor y sus familiares.
<b>Cultura</b>	Conjunto de hábitos y creencias adquiridas por el adulto mayor que pueden ser transmitidos de generación en generación.
<b>Diversidad Cultural</b>	Interacción entre dos o más culturas cuya socialización pone de relieve los valores y creencias de los grupos.
<b>Empatía</b>	Es ponerse en el lugar del adulto mayor y su familia, para poder entenderlas, apoyarlas o ayudarlas.
<b>Etnoenfermería</b>	Estudio y clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas aplicadas en el ámbito hospitalario por los profesionales de enfermería de acuerdo con los conocimientos y /o subjetividades que tenemos de las culturas.
<b>Hábito</b>	Práctica habitual que hacemos las personas
<b>Llorar</b>	Derramar lágrimas en señal de pena o tristeza hacia las personas enfermas.
<b>Modelo</b>	Representación que se tiene de acuerdo con sus características sobre una cosa, o persona para copiarla o emularla
<b>Necesidad</b>	Hecho o circunstancia que alguien o algo lo requiere
<b>Ley de Boomeran</b>	Es una ley de causa o efecto según la cual lo que hagamos a los demás, ya sea bueno o malo será devuelto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. Kornblit AL, Camarotti AC, Wald G. Salud sociedad y derechos. Investigaciones y debates interdisciplinarios [Internet]. 1.ª ed. Editorial Teseo; 2012 [Citado 16/03/2016]. Disponible en: <https://books.google.co.ve/books?isbn=9871867271>
2. Martin Caro CG, Martínez Martin ML. Historia de la Enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero [Internet]. 1.ª ed. Editores Elsevier; 2001 [Citado 19/03/2016]. Disponible en: <https://books.google.co.ve/books?isbn=8481745464>
3. Veliz R L, Ceballos V. P, Valenzuela S. S, Sanhueza A. O. Análisis crítico del paradigma positivista y su influencia en el desarrollo de la enfermería. . Index Enferm [Internet]. 2012 [Citado 22/02/2022] ;(21(4) ):224–228. . Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300010>.
4. Waldow VR. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. 6<sup>ta</sup> Edicion Editora Vozes, Petrópolis. Brasil 2012.
5. Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duguet A, Major. F. El Pensamiento Enfermero. [Internet]. 1.ª ed. Barcelona España: Ediciones Masson; 1996 [Citado 25/03/2016]. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=fEYop7piOTkC&printsec=frontcover&hl=es>
6. González Ortuya P, Carrasco A, Delfino M, Pi V. Cuidado Humano. Reflexiones Interdisciplinarias [Internet]. 1.ª ed. Montevideo: Universidad de la República del Uruguay. 2011 [Citado 13/03/2016]. Disponible en: <https://psico.edu.uy/sites/default/files/2017-07/El-Cuidado-Humano.pdf>

7. Ariza Olarte C, Daza de Caballero R. Calidad del Cuidado de Enfermería al paciente hospitalizado [Internet]. 1.ª ed. Bogotá Colombia: Editorial. Pontificia Universidad Javeriana; 2008 [Citado 23/04/2016]. Disponible en: <https://books.google.co.ve/books?isbn=958716119X>
8. Guillen Velasco R del C, Compton García CC. Calidad del Cuidado de Enfermería al paciente hospitalizado [Internet]. 1.ª ed. México. : Editorial El Manual Moderno; 2016 [Citado 11/12/2016]. Disponible en: [https://books.google.co.ve/books?id=9uyzCwAAQBAJ&lpg=PP1&dq=5.%09Guillen%](https://books.google.co.ve/books?id=9uyzCwAAQBAJ&lpg=PP1&dq=5.%09Guillen%llen%)
9. Comelles J, Allue X, Bernal M, Fernández-Rufete J, Mascarella L. Migraciones y Salud. URV [Internet]. 2010 [Citado 8/01/2017]: p17 -. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/232242709\\_Migraciones\\_y\\_salud](https://www.researchgate.net/publication/232242709_Migraciones_y_salud)
10. Gailly A. Culture as expressed in transference and countertransference processe in acros-cultures therapy. Comelles J, Allue X, Bernal M, Fernández-Rufete J, Mascarella L. Migraciones y Salud. URV [Internet]. 2010 [Citado 8/01/2017]: p20 -. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/232242709\\_Migraciones\\_y\\_salud](https://www.researchgate.net/publication/232242709_Migraciones_y_salud)
11. Muñoz de Rodríguez L, Vásquez ML. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. Colombia Médica [Internet]. 2007 [Citado 16/04/2016] ;(Vol. 38 N° 4 (Supl 2),):98–104. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28309811>
12. Heidtmann Vagheti H, Coelho De Sousa MI. Clifford Geertz como un referencial para los estudios de Enfermería sobre la cultura de las Organizaciones de salud. .

- Ciencia y Enfermería [Internet]. 2009 [Citado 16/04/2016] ;(XV (1):9–15.  
Disponible en: [www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717)
13. Pérez MA. Cultura organizacional: algunas reflexiones a la luz de los nuevos retos. Revista Venezolana de Gerencia [Internet]. 2009 [citado 01/03/2022] ;(Vol.14Nº46):183–194. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1315-99842009000200003&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-99842009000200003&lng=es&tlng=es).
14. OMS. Informe de la 2<sup>da</sup> Asamblea Mundial sobre envejecimiento. Madrid España 2002. En Rito Prado Pérez. Tópicos Clínicos del adulto mayor. 1<sup>era</sup> Edición. Pp 15- 2007. Caracas. Venezuela
15. Bernard S. Un acercamiento a la teoría de los radicales libres y el estrés oxidativo en el envejecimiento. Revista Cubana Investigación Biomédica. 2000; 19 (3): 186-190
16. González Barón, M.; Ordoñez, A. García de Paredes, M. L; Felia, J.; Zamora, P. Oncología Clínica. Fundamentos y Patología General. 1era Edición. Interamericana Mc Graw-Hill. 1992-. Madrid. En: Arias, J. Aller, María A.; Arias, José I. Lorente, L. Fisiopatología quirúrgica, infecciones, tumores. 1999 P: 603
17. Zuluaga MI; Galeano ME, Saldarriaga Ruiz GJ. Calidad de vida en la Vejez: propuesta Metodológica y Teórica para su Caracterización. Medellín. Universidad de Antioquia. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Fondo Editorial FCSH. Suramericana. Colombia. 2019. 1era edición.

18. Arias, J. Aller, María A.; Arias, José I. Lorente, L. [Internet] Fisiopatología quirúrgica, infecciones, tumores. [Citado el 23/12/2016.]1999-p-445 Editorial Tebas. En <https://books.google.co.ve/books?isbn=8493038040>
19. Long BC; Phipps WJ. Tratado de enfermería Médico quirúrgica. Vol. 1. 1<sup>era</sup> edición. Interamericana McGraw- Hill. pp. 224. México 1989.
20. Luckman J. Cuidados de Enfermería. Saunders. Vol. I Mc Graw-Hill Interamericana. Pág. 573. 2000. México.
21. Alatorre A. ¿Qué es cáncer? 1<sup>era</sup> edición 2004 pp.14- 20. México
22. Departamento de las Naciones Unidas de Economía y Asuntos Sociales. (UNDESA) [Internet] Índice Global de Envejecimiento, AgeWatch 2015: Informe en profundidad. [Citado 02/12/2016]. p 7-8. 2015 Disponible en: <http://www.helpage.org/silo/files/ndice-global-de-envejecimiento-2015-resumen-ejecutivo.pdf>
- 22a. UNDESA [Internet] Índice Global de Envejecimiento, AgeWatch 2015: Informe en profundidad. [Citado 02/12/2016]. p 7-8. 2015 Disponible en: <http://www.helpage.org/silo/files/ndice-global-de-envejecimiento-2015-resumen-ejecutivo.pdf>
23. Instituto Nacional de Estadísticas. 2000. [internet] Proyecciones de población. [consultado el 8/4/2016.] P. 2. Disponible en: [www.ine.gov.ve/poblacion/distribucion.asp](http://www.ine.gov.ve/poblacion/distribucion.asp)

24. Instituto Nacional de Estadística [Internet] 2014 XIV Censo Nacional de Población y Vivienda. Resultados por Entidad Federal y Municipios del Estado Carabobo 2011. [Citado el 05/11/2015] p16en:  
[www.ine.gov.ve/documentos/.../CensodePoblacionyVivienda/.../carabob](http://www.ine.gov.ve/documentos/.../CensodePoblacionyVivienda/.../carabob).
25. León Rugeles F. Teoría del Conocimiento. Biblioteca Ciencias de la Educación 3.  
ª ed. Valencia-Venezuela: Universidad de Carabobo; 2014.
26. Leal Gutiérrez J. La Autonomía del Sujeto Investigador y la Metodología de la Investigación. Editorial Azul Intenso C.A. Segunda Edición. Valencia-Venezuela: Producido y editado en Valencia Carabobo; 2009. P-44
- 26a. Leal, G. J. La Autonomía del Sujeto Investigador y la Metodología de la Investigación. Editorial Azul Intenso C.A. Segunda Edición. Valencia. Venezuela. 2009. P-120
27. Ferrater M. Diccionario de Filosofía. Tomo I. 5.ª ed. Buenos Aires: Editorial Sud Americana.; 1964. P-645-647
28. Esté de V, M.E. Reflexiones Sobre la Investigación Cualitativa. En Esté, María E. Compiladora. Tópicos de Investigación Cualitativa. Temas teóricos de conversación cualitativa en busca de su afirmación en la práctica. 2<sup>da</sup> edición. Pp 47. Valencia. Venezuela. 2011
- 28a Esté de V, M.E. Reflexiones Sobre la Investigación Cualitativa. En Esté, María E. Compiladora. Tópicos de Investigación Cualitativa. Temas teóricos de conversación cualitativa en busca de su afirmación en la práctica. 2da edición. Pp 48. Valencia. Venezuela. 2011

29. Gómez AE [Internet] 2015 España disponible en:  
<http://entreperegrinos.mforos.com/1854518/9212270-definiciones-de-hermeneutica/> [Citado el 14/06/2018]
30. Morse JM. Asuntos Críticos en los Métodos de Investigación Cualitativa. 1.ª ed. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. P-193
- 30a Morse JM. Asuntos Críticos en los Métodos de Investigación Cualitativa. 1.ª ed. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. P-196
- 30b Morse JM. Asuntos Críticos en los Métodos de Investigación Cualitativa. 1.ª ed. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. P-106 - 209
31. Angrosino M. Etnografía y Observación Participante en Investigación Cualitativa [Internet]. España: Morata; 2012 [Citado 8/01/2022]. Disponible en:  
<https://books.google.co.ve/books?id=N51yAgAAQBAJ&lpg=PP1&dq=que%20es%20etnografia&hl=es&pg=PP1#v=onepage&q&f=false>
32. Denis Santana, L.; Gutiérrez Borobia, L. La Etnografía en la Visión Cualitativa de la Educación. En Sánchez M.; Nube S. Metodología Cualitativa en Educación. Acarigua Estado Portuguesa. Candidus. Sep \_ Diciembre. 2003. P- 122
- 32a Denis Santana, L.; Gutiérrez Borobia, L. La Etnografía en la Visión Cualitativa de la Educación. En Sánchez M.; Nube S. Metodología Cualitativa en Educación. Acarigua Estado Portuguesa. Candidus. Sep \_ Diciembre. 2003. P- 138
- 32b Denis Santana, L.; Gutiérrez Borobia, L. La Etnografía en la Visión Cualitativa de la Educación. En Sánchez M.; Nube S. Metodología Cualitativa en Educación. Acarigua Estado Portuguesa. Candidus. Sep \_ Diciembre. 2003. P- 145

33. Grove S, Gray J. Investigación en Enfermería. Desarrollo de la Practica Basada Enfermera Basada en la Evidencia [Internet]. 7.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019 [Citado 25/02/2022]. Disponible en: <https://books.google.co.ve/books?id=->
34. Vázquez Atochero A. Incidencia de la brecha digital en grupos de iguales a partir de la interactividad entre identidad física y la identidad digital [Internet]. 2.ª ed. Barcelona: European scientific institute; 2014 [citado 3/12/2016]. Disponible en: <https://books.google.co.ve/books?isbn=608464208X>
35. Olcese Zulueta, C. Modelos transculturales de los cuidados enfermeros: hacia un cuidado integral, individualizado y universal. [Internet]. Valladolid España. Universidad de Valladolid. 2015. [Citado el 01/05/2016] Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/11869>
36. Ayasta Vega TM. Cuidado de enfermería en el sufrimiento de personas oncológicas en fase terminal según la teoría del cuidado caritativo, 2014. [Internet] Perú. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo 2015 [Citado el 01/05/2016]. Disponible en: V Ayasta, M Teresa - 2015 - tesis.usat.edu.pe
37. Vergara Escobar O; Carrillo G GM Intervención de enfermería para el automanejo en adultos con cáncer colorrectal en tratamiento quirúrgico. [Internet]. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia 2020 [Citado: 26/02/2022] Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/78593>
38. Mozo CF.; Urbina MM. Estilos de vida y salud de los usuarios en el Centro del Adulto Mayor Essalud Guadalupe. [Internet] Trujillo Perú. Universidad Nacional de Trujillo. 2021. [citado. 26 de Febrero 2022]. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/17901>

39. Tellez I, Guerra A. Prácticas culturales de cuidado de los diabéticos Trujillanos. [Doctor]. Universidad de Carabobo; 2016.
40. Fernández V, Rondón R. significado que le otorga la enfermera (o) al cuidado del adulto mayor en los escenarios de su práctica [Doctor]. Universidad de Carabobo; 2016.
41. San Miguel F, Guerra A. Modelo Teórico con Enfoque de Enfermería Cultural Sobre la Lactancia Materna en Diabéticas. [Doctor]. Universidad de Carabobo; 2012.
42. Figuera G E, Vásquez ML. Significado del cuidar y del cuidado humano dentro de la cultura organizacional desde la perspectiva de la Enfermera [Doctor]. Universidad de Carabobo; 2006.
43. Diccionario Enciclopédico Estudiantil. Definición de cultura. P-272-1998
44. García A.; Escarbajal A.; Escarbajal de HA. La interculturalidad. Desafío para la Educación. Dykinson. Pp 20 -22, 2007.
45. Esquirol RM. La cultura en la Palabra. Editorial Redactum. Edición Universitaria Europea. P 28.2014.
46. Babolin S. Producción de Sentido. Filosofía de la Cultura. [Internet] 2005 Colombia. Universidad Pedagógica Nacional. 1era edición. Ediciones San Pablo [Citado el 23/11/2018] PP. 11-12. 2005 Disponible en: <https://books.google.co.ve/books?isbn=9586928209>

47. Sobrevilla D. Filosofía de la Cultura. Consejo Superior de Investigación Científica. Enciclopedia Iberoamericana de Filosofía. [Internet] 2006 Editorial Trotta. Primera re-impresión. [Citado el 24/11/2018] P34- Disponible en: <https://books.google.co.ve/books?isbn=8481641944>
48. Zurita A. EL rol del centro de salud en un sistema local de salud basado en la estrategia de atención primaria. [internet] PP. 1-2 [Citado el 23/11/2018] . Disponible en: <https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/salud.../012.pdf>
49. Moreno M., Muñoz S., Alvis T. El arte y la ciencia del cuidado. Facultad de Enfermería. Grupo de Cuidados. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Colombia. Edit. Uniblos. 2002
50. Boff, L. Saber Cuidar. Ética do Humano. Compaxaio pela Terra. Editoras Vozes. Metrópolis-Brasil. pág. 91. 1999.
51. Plaza FJ.; Soriano AE. Competencia comunicativa intercultural de los profesionales de enfermería con pacientes inmigrantes musulmanes. [Internet] Almería. Universidad de Almería. Departamento de Ciencias Humanas y Sociales. 2008. [Citado el 25/11/2018]. Disponible en: <https://books.google.co.ve/books?isbn=8482409042>.
52. Oberto DI. Técnicas y Tecnología Para el Cuidado Humano en la Enfermería Contemporánea. [Doctor]. Universidad de Carabobo; 2014.

53. López MA. El cuidado un imperativo para la bioética. Relectura filosofica\_teologica desde la epiméleia. Universidad Pontifica de Comillas. Madrid. Pp349-353. 2011
54. Arenas N.; Lorenzini A. La cotidianidad del Cuidado Humano. Una vivencia de un grupo de cuidadores. Primera edición. Asociación de Profesores Universitarios de la Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela pp 30 -34. 2011.
55. Arve Ochandiano M. Estudios de las Instrucciones Previos en el Ámbito Sanitario a través del Ordenamiento Jurídico Español. [Internet]. 1.ª ed. Salamanca España: Colecciones Victor; 2011 [Citado el 07/05/2016]. Disponible en: <https://books.google.co.ve/books?isbn=8478001220>.
56. Reyes Gómez E. Fundamentos de Enfermería. Ciencia, metodología y tecnología. [ Internet] México. Manual Moderno 2015. Capítulo 3. (Citado el 07/05/2016) Disponible en: <https://books.google.co.ve/books?isbn=6074484937>.
- 56a Reyes Gómez E. Fundamentos de Enfermería. Ciencia, metodología y tecnología. [Internet] México. Manual Moderno 2015. Capítulo 3. (Citado el 07/05/2016) Disponible en: <https://books.google.co.ve/books?isbn=6074484937>
57. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías de enfermería. 4.ª ed. Harcourt; 2000
- 57a. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías de enfermería. 4.ª ed. Harcourt; 2000. P-25

58. Almerida Moreira TO. Cultura de los Cuidados en la Perspectiva de la Profesionalización de la Enfermería en diferentes partes del mundo y en el Brasil. En: Siles González J, Oguisso, T, Fernández F, Campos S. Cultura de los Cuidados: Historia de la Enfermería Iberoamericana. Capítulo II. eds. Club Universitario; 2013. pp. 62–65.
59. Wesley RL. Teorías y Modelos de Enfermería. Segunda Edición. McGraw Interamericana. PP. 120-121. 1997
60. Leininger Templin \_ Tompsom Etnoscript qualitative Software program. Para analisis de datos cualitativos. P 434.
61. Rodríguez YM. Discurso y Sociedad. Una visión emergente hacia la enfermería. Primera edición. Universidad de Carabobo. Venezuela. P.89. 2006
62. Paniagua Fernández R. El Proceso de Envejecimiento y la Intervención Social. RBCEH, Passo Fundo [Internet]. 2007 [Citado 8/12/2018] ;(V 4 N° 1):57–75. Disponible en: [seer.upf.br/index.php/rbceh/article/viewFile/117/92](http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/viewFile/117/92)
63. Staab A y Hodges L. Enfermería Gerontológica. Editorial Mc Graw Hill Interameicana. México. p.3-1998
64. Filardo Llamas C. Trabajo Social para la Tercera Edad. Documentos de Trabajo Social nº49 [Internet]. Rioja: Dialnet; 2011 [Citado 8/12/2018]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4111475>
65. Montilla R E. Viviendo la Tercera Edad: Un Modelo Integral de Consejería Para el Buen Envejecimiento. [Internet]. Rioja: CLIE; 2009 [Citado 8/12/2018]. Disponible en: [https://books.google.co.ve/books? isbn=8482674374](https://books.google.co.ve/books?isbn=8482674374)

66. Mishara BL. Rieder RG. El Proceso de Envejecimiento. Ediciones Morata. Tercera edición. Madrid España. Pp 20 – 27. 2000
67. Ley Orgánica para la Atención y Desarrollo Integral de las Personas Adultas Mayores. Caracas: Gaceta Oficial de la Republica Bolivariana de Venezuela. N° 6641. Extraordinario; 2021. [Citado el 27/02/2022]. Disponible en: <https://tugacetaoficial.com/2021-09-13-gaceta-oficial->
68. Organización Mundial de la Salud. Programa de Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento Activo un Marco Político. Rev Esp Geriatr Geronto [Internet]. 2002 [Citado 14/04/016]. Disponible en: GOEN Transmisibles, S Mental - Rev Esp Geriatr Gerontol, 2002 - imsero.es
69. OMS Definición de Enfermedad según la OMS y concepto de salud. [Internet] [Citado el 11/12/2018] Disponible en: <https://tratamientoyenfermedades.com/definicion-enfermedad-segun-omsconcepto-salud/>. 2018.
70. Castro Perozo ME. Sosa Álvarez MI. Alfonso Martin MR. Garzón Rodríguez E. Mirando la Salud y la Enfermedad a Través de los Ojos del Paciente. [Internet]. España. Editorial Bubok 2011. [Citado el 10/12/2018]. Disponible en: <https://books.google.co.ve/books?isbn=8490096864>.
71. Geroux E. Después de Canguilhem: definir la salud y la enfermedad. Colombia. Pp20-21. 2011

72. Montero D, Fernández de Larrino P. Calidad de Vida, Inclusión Social y Proceso de Intervención. [Internet]. Deusto: Deusto Digital; 2012 [citado 10/12/2018]. Disponible en: <https://books.google.co.ve/books?isbn=8498303516>
73. Benazet AB. Miret GMT. Botella SR. Introducción a la Antropología de la Salud, la Enfermedad y los Sistemas de Cuidado. Colección Ciencias de la salud. [Internet] 2007. P-54 (Citado el 10/12/2018). Disponible en: <https://books.google.co.ve/books?isbn=1597542679>
- 73a Benazet AB. Miret GMT. Botella SR. Introducción a la Antropología de la Salud, la Enfermedad y los Sistemas de Cuidado. Colección Ciencias de la salud. [Internet] 2007. P-54 (Citado 10/12/2018). Disponible en: <https://books.google.co.ve/books?isbn=1597542679>
74. Lain EP. Antropología Médica. Barcelona-España: Para Clínicos Salvat Editores S: A Barcelona España. P- 213-1984.
75. Laplantine F. La antropología de la enfermedad. Buenos Aires: Eds. Del Sol, p-237-1999
76. Salaverry O. Psicología en Salud. [Internet] USA. 2013. [Citado 13/12/2018]. Disponible en: <https://books.google.co.ve/books?isbn=1463344384>
77. Chiozza L. Cáncer: ¿Por qué a mí, por qué ahora? / Why Me, Why Now? [Internet] Argentina. 2010. 1era edición. Libros del Zorzal. [Citado 13/12/2018] Disponible en: <https://books.google.co.ve/books?isbn=9875991597>.

78. Real Academia Española. Cáncer. [Internet] Madrid. 2014 23<sup>a</sup> edición. (Citado 04 de Mayo del 2016) Disponible en: [dle.rae.es/?w=cáncer](http://dle.rae.es/?w=cáncer).
79. Werebe DM. Depressão no câncer. En: Fráguas JR-Figueiró JAB, editores. Depressões em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias. São Paulo: Atheneu, 2000; 159-164.
80. Barbera F, Varón M. Una Perspectiva Ética y Humana Para Enfermería. 1.ª ed. Valencia-Venezuela: Universidad de Carabobo; 2005.
81. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela Caracas-Venezuela. Editorial Distribuidora ML, C.A. 1999 p. 52
82. García JA La enfermería Venezolana, compendio, concepciones y argumentos del ejercicio. Primera edición. Valencia. Venezuela. Asociación de Profesores Universidad de Carabobo. Pp.41-45. 2013
83. Castro MF, Bernal Y, Escobar J, Hottois G, Maldonado CE, Mendoza-Vega J, Duran R, Márquez J, Cely G. Bioética y Biotecnología en la Perspectiva CTS. 2.ª ed. Bogotá Colombia: Universidad El Bosque; 2004.
84. Guevara B. Zambrano A. El cuidar de para la persona que ha tenido la vivencia de un infarto al miocardio. [Doctor] Universidad de Carabobo. 2010
85. Rojas B. Investigación Cualitativa. Fundamentos y Praxis. Segunda edición. Caracas Fedupel. 2010. P- 57.

- 85a. Rojas B. Investigación Cualitativa. Fundamentos y Praxis. Segunda edición. Caracas Fedupel. 2010. P- 59.
86. Parse, RP y Coyne AB. Nursing Research: Qualitative Methods. Bowie, MD. Brady Communications.1985.p 13
87. Taylor SJ. Bogdan R. Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación. La búsqueda de Significados. Ediciones Paidós Iberia. S.A Barcelona. 1987- pp19-20
88. Herrera J. Investigación Cualitativa. [Internet] 2008[Citado 12/01/ 2017] Disponible en: <https://juanherrera.files.wordpress.com/2008/05/investigacion-cualitativa>.
89. Martínez N.; Cabrero J.; Martínez Richart M. Investigación Cualitativa y Evaluativa. En Norelys Sánchez R. Stephan Nube A. Metodología Cualitativa en Educación. Cuadernos Monográficos. Cándidos. N° 1 Venezuela. 2003 Pp48-50.
90. Minayo M.; De Souza C. (org). La Investigación Social. Teoría, Método y la Creatividad. [Internet] 2001. 18 ed. Petrópolis: [Citado 12 de Enero 2017] p 20-21- Disponible en: [www.faed.udesc.br/arquivos/id\\_submenu/.../minayo\\_2001](http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/.../minayo_2001)
91. Ruiz JI. Metodología de la Investigación Cualitativa. 5ta Edición. Serie Ciencias Sociales. Vol. 15. Universidad de Deusto Bilbao. 2012 pp-23 24

92. Díaz A. Visión Investigativa en Ciencias de la Salud (Énfasis en Paradigmas Emergentes). Editado: IPAPEDI Universidad de Carabobo. 2011. p. 101-5.
93. Martínez MM. El método Etnográfico en Investigación. [Internet] 2001 [Citado 12/04/2016] Disponible: <http://prof.usb.ve/miguelm/metodoetnografico.html>
94. Rivas R. Reseña de "La escuela por dentro. La etnografía en la Investigación Educativa" de Peter Woods. Educere [Internet] 2006, 10 (abril-junio): [Citado 20/12/ 2018] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35603324>> ISSN 1316-4910
95. Sequera FM de J. La Etnografía: Un Método de Investigación para el Ámbito Educativo. En Govea, V. y otros. Etnografía: una Mirada desde Corpus Teórico de la Investigación Cualitativa. Omnia, [Internet] 2014 Universidad del Zulia. [Citado 17/12/2017] (V17 N° 2,) mayo-agosto. pp. 26-39 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73719138003>
96. Avila V. De lo cualitativo a la sabidurías en otredad. Etnografía y Etnometodología una visión de mundo y de vida. En: Viviana G, ed. by. Competencia cultural para enfermeras hospitalares que cuidan pacientes con enfermedad crónica. doctrina y ley; 2014. pp. 25 -28 Colombia
97. Tellez Infante Anastasia. La Investigación Antropológica. Editorial Club Universitario. Pp. 64-68.2007
98. Romani O. Etnografía, Metodologías Cualitativas e Investigaciones en Salud: Un debate abierto. [Internet] 1.ª ed. Publicaciones URV; 2013 [citado 20/12/2018]. Disponible en: <https://books.google.de/books?id=8469591754>

99. Leininger M. Importance and uses of ethnomethods: ethnography and ethn nursing research. *Recent Advances in nursing*. 1987; 17:12-36.
100. Spradley J. Participant observation. New York: Holt, Rinehart Winston. En: García V, ed. by. *Comunicación para la Inclusión: Fortalecimiento de las Culturas Juveniles y de sus Familias en el Espacio Escolar* Institución: [Internet]. San Pedro: Institución: IFDC; 2011 [citado 25/11/2016]. p. 9. Disponible en: <https://cursounneherasfadycc.files.wordpress.com/2011/traduccic3b3npradley5.p>
- 100a. Spradley J. Participant observation. New York: Holt, Rinehart Winston. En: García V, ed. by. *Comunicación para la Inclusión: Fortalecimiento de las Culturas Juveniles y de sus Familias en el Espacio Escolar* Institución: [Internet]. San Pedro: Institución: IFDC; 2011 [citado 25/11/2016]. p. 9. Disponible en: <https://cursounneherasfadycc.files.wordpress.com/2011/traduccic3b3npradley5>
101. García E. *Investigación Etnográfica*. En García V. *Problemas y Métodos de Investigación en Educación Personalizada*. [Internet] 1994. Madrid Ediciones Rialp, SA. [citado 25/11/2016] Pp 346-375 disponible en: <https://books.google.co.ve/books?isbn=8432130451>.
102. Castillo M.; Torregrosa, E. *Cultura de la investigación para los estudios urbanos, políticos e internacionales*. Editorial. Centro de estudios políticos e internacionales. CEPI [Internet] 2013 Bogotá. Universidad del Rosario. 1era edición. Editorial P 236
103. Spradley J. *The Ethnographic Interview*. New York: Harcourt B.J.C; 1979.

104. Zapata R.; Soriano E; González A.; Márquez V.; López M. Educación y Salud en una Sociedad Globalizada. [Internet] 2015. Almeria. Editorial Universidad de Almería. [Citado 07/01/2018] P. 38. Disponible en: <https://books.google.co.ve/books?isbn=841602782X>.
105. Caías.; Folguera L.; Formosa C. Investigación Cualitativa Longitudinal. Cuadernos Metodológicos 52. Madrid. 2014 Centro de Investigaciones Sociológicas. 1<sup>era</sup> edición. P. 74-
106. Martínez MM. La Investigación Cualitativa Etnográfica en Educación. Manual teórico – Práctico. [Internet] 2002. [Citado el 11/1/19.] Cuarta reimpresión. Disponible en: [https://books.google.co.ve/books?id=\\_](https://books.google.co.ve/books?id=_) Pp. 52,53
107. Noreña A, Alcaraz-Moreno N, Rojas J, Rebolledo-Malpica D. Aplicabilidad de los Criterios de Rigor y Éticos en la Investigación Cualitativa. Aquichan [Internet]. 2012 [citado 20 marzo 2022];(12(3):263–274. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972012000300006&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000300006&lng=en)
108. García CB. El Control de Calidad en los Registros de la Base de Datos Librunam a Través de los Catálogos de Autoridad: Una experiencia Práctica. [Internet]. México: Universidad Autónoma de México; 1999 [citado 20 marzo 2022]. Disponible en: <https://books.google.co.ve/books?id=MsLpdlX->
109. Dora M. Rada C. El Rigor en la Investigación Cualitativa: Técnicas de Análisis, Credibilidad, Transferibilidad y Confirmabilidad. [Internet] 2016. [Citado el 11/1/19.] Pág. 6. Disponible en [revistas.upel.edu.ve/index.php/sinopsis\\_educativa/article/viewFile/3539/1715](http://revistas.upel.edu.ve/index.php/sinopsis_educativa/article/viewFile/3539/1715)

- 109a Dora M. Rada C. El Rigor en la Investigación Cualitativa: Técnicas de Análisis, Credibilidad, Transferibilidad y Confirmabilidad. [Internet] 2016. [Citado el 11/1/19.] Pág. 6. Disponible en [revistas.upel.edu.ve/index.php/sinopsis\\_educativa/article/viewFile/3539/1715](http://revistas.upel.edu.ve/index.php/sinopsis_educativa/article/viewFile/3539/1715)
110. Miles MB y Huberman AM. Producing Reports. In: Qualitative Data Analysis. Thousand Oaks California: Sage, 1994.pp 298-3016
111. Castillo E., Vásquez ML. El Rigor Metodológico en la Investigación Cualitativa. [Internet]. 2003 Colombia Médica; 34(3):164-167. [Citado el 13/1/19]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334309>
112. Tójar JC. y Serrano J. Ética e investigación educativa. [Internet] (2000). *RELIEVE*, vol. 6, n. 2. [Citado. 05/03/22] Disponible en: [http://www.uv.es/RELIEVE/v6n2/RELIEVEv6n2\\_2.htm](http://www.uv.es/RELIEVE/v6n2/RELIEVEv6n2_2.htm)
113. Olivero R., Domínguez A., Malpica CC. Principios Bioéticos Aplicados a la Investigación Epidemiológica. *Acta bioeth.* [Internet]. 2008 [citado 13/01/2019]; 14(1): 90-96. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-)
114. Código de Ética para la Vida. Bioética y Bioseguridad. Pp 7-39. 2008 Venezuela
115. Coffey A. Atkinson P. Encontrar el sentido de los datos cualitativos. Estrategias complementarias de Investigación. 2003. Antioquia. Editorial Universidad de Antioquia. 1era edición. Pp 108-109

116. Bonilla CE. y Rodríguez SP. Más Allá del Dilema de los Métodos: La Investigación en Ciencias Sociales. [Internet] 2005. Colombia. Ediciones Uniandes. Grupo Editorial Norma. 3<sup>era</sup> edición. [Citado el 12/12/16] Pág. 254 Disponible en: <https://books.google.co.ve/books?isbn=9580485429>
117. Rojas Soriano R. Guía para Realizar Investigaciones Sociales. [Internet] 2006. Editores. Plaza y Valdez. Trigésima tercera edición. [Citado el 26/11/2016] Pp. 94-118. Disponible en: <https://books.google.co.ve/books?isbn=9688562645>.
118. Gaceta Oficial de la Republica de Venezuela, n° 32650 del 21 de enero de 1983. Clasificación de hospitales. [Internet]. 1983 Caracas. [Citado el 20/12/2019]. Disponible en: <http://gacetaoficial.tuabogado.com/gaceta-oficial/decada-1980/1983/gaceta-oficial-32650-del-21-enero-1983>.
119. Constitución de Republica Bolivariana de Venezuela n°625/305-A 27 de diciembre de 1993. Gaceta oficial estado Carabobo, extraordinario n°490. Creación Fundación Instituto Carabobeño para la Salud. INSALUD. [Internet]. Valencia [Citado el 20/12/2019]
120. Ramió Jofre A.; Domínguez Alcón C. Valores y Actitudes Profesionales Estudio de la Práctica Profesional Enfermera en Catalunya. [Doctor]. Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales Universidad de Barcelona. España. P-23. 2005
121. Sánchez VA. Filosofía de la Praxis. Siglo Veintiuno Editores. 1<sup>era</sup> edición. México. Pp28-30. 2003

122. González A. Seguimiento hacia una Ontología de la Praxis. Ediciones USTA. Bogotá. Pp264- 3007. 2013
123. Arredondo-González CP.; Siles-González J. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. [Internet]. 2009. Index Enferm Mar [citado 19/04/2019]; 18(1): 32-36. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962009000100007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007&lng=es).
124. Hernández JL; Velázquez R.; Alonso D.; Castejón FJ; García I.; Rodríguez A.; Maldonado A.; Martínez ME. La evaluación en Educación Física: Investigación y Práctica en el Ámbito Escolar. 1ª edición. Editorial Grao de Irif, SL. P.139. 2004
125. Eserverri Chaverri C. Enfermería Facultativo. Reflexiones filosoficoéticas. Ediciones Díaz De Santos. 2006. Pp27
126. Gracia D. La cuestión del Valor. Discurso de recepción del Académico. [Internet]. 2010. Real Academia de Ciencias Morales y Políticas. [Citado el 02/07/20129). Disponible en: <http://www.racmyp.es/docs/discursos/D81.p>
127. Bonill de las NC, Celdrán Mañas M. El cuidado y la cultura: Génesis, lazos y referentes teóricos en enfermería. Index Enferm [Internet]. 2012 Sep [citado 28/07/2019]; 21(3): 160-164. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-)
128. Geertz, C. La Interpretación de las culturas. 1987. P 43 Barcelona, edisa

129. Castillo Mayedo J. El Cuidado Cultural de Enfermería: Necesidad y Relevancia. Rev haban cienc méd. [Internet]. 2008 (Citado 30/08/2019);(7(3). ). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2008000300003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300003&lng=es)
130. Lopera Betancur, MA., Arias Valencia MM. El interés de las enfermeras por el alma de los pacientes en proceso de morir: asuntos culturales y espirituales. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo [Internet]. 2017, 19(1), 47-63 (Citado el 31/08/2019). ISSN: 0124-2059. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145249416004>
131. Payares M. Emociones y Sentimientos. Donde se Forma y como se Transforma. 1ª edición. [Internet] 2010Editores Marge Books. Pp71-73- (citado el 11/09/19). Disponible en: <https://books.google.co.ve>
132. Duque YH; Vieco, PL. Conozca sus Emociones y sus Sentimientos. Talleres Vivenciales. [Internet] 2017. Colombia. Sociedad de San pablo. 1ª edición. Pp.15-18. (Citado el 11/09/19). Disponible en: <https://books.google.co.ve>
- 130a Duque YH; Vieco, PL. Conozca sus Emociones y sus Sentimientos. Talleres Vivenciales. [Internet] 2017. Colombia. Sociedad de San pablo. 1ª edición. Pp.15-18. (Citado el 11/09/19). Disponible en:<https://books.google.co.ve>

133. Maurus, J. Cultive sus Sentimientos. [Internet] 2001. Editorial San Pablo. Tercera Edición. Pp. 11-19. (Citado el 12/09/19). Disponible en: <https://books.google.co.ve>books>
134. Pérez Martínez BM. Fortalecimiento el buen vivir en la relación cuidador cuidado en la vejez: hacía una pedagogía emergente. (Doctor). Corporación Universitaria Minuto de Dios. 2018. Colombia. (citado el 31/08/2019). Disponible en: BM Pérez Martínez - 2018 - repository.uniminuto.edu
135. Berrios EC, and Brancho de L. CE "La muerte, el duelo y el equipo de salud." Revista de salud pública 12.2 (2007): 14-23. [Citado el 11/09/2019]; Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/viewFile/7197/8281>
136. Santamaría N. Percepción del cuidado de enfermería dado a los pacientes con cáncer hospitalizados. Revista Latinoamericana de Bioética [Internet]. 2016 [Citado 11/09/2019];(16 (1). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-47022016000100007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-47022016000100007)
137. Flores IE.; Buitrago LA. Ramírez CA. El cuidado de enfermería: entre la dialéctica de la explicación y la comprensión. Index Enferm [Internet]. 2017 Dic [Citado 11/09/2019]; 26(4): Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962017000300008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000300008&lng=es).

138. Cáceda ÑS. Epistemología y el problema del conocimiento en enfermería. [Internet]. 2008 En slideshare.net [citado el 09/09/2019]. Disponible en: [www.slideshare.net/prob...epistem...com](http://www.slideshare.net/prob...epistem...com).
139. Corral I, Pardo L. Psicología Evolutiva I, volumen I. Introducción al desarrollo. [Internet]. Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2012 [citado 15/09/2019]. Disponible en: <https://bookc.google.co.ve>>books.
140. Contexto [Internet]. significado.com. 2019 [citado 15/09/2019]. Disponible en: <https://www.significados.com>.
141. Sagrado Acebedo U, Sánchez. VR, Aguaron. MJ, Tió Molist C, Vives Retals. C. Practicas Clínicas. Manual para el alumno y el tutor de enfermería y otras carreras de ciencias de la salud [Internet]. URV; 2014 [citado 22/09/2019]. Disponible en: <https://books.google.co.ve>>books
142. Sánchez M, Varón M. Significado de la teoría y práctica de cuidado desde la perspectiva del profesional de enfermería. [Doctor]. Universidad de Carabobo; 2017.
143. Marriner –Tomey- Modelos y Teorías en Enfermería. Tercera edición, Harcourt Brace. Pp125-430. 1994. España.
144. Navia A M, Rodríguez V A. Hermenéutica. Interpretaciones desde Nietzsche, Heidegger, Gadamer y Ricoeur. 1.ª ed. Mérida Venezuela: Universidad de Los Andes. Consejo de Publicaciones; 2010.

145. González FE.; Villegas MM. "Fundamentos epistemológicos en la construcción de una metódica de investigación." *Atos de Pesquisa em Educação* 4.1 (2009): 89-121.
146. Jaramillo E. LG. ¿Qué es Epistemología? Cinta de Moebio [Internet]. 2003; (18):0. Recuperado de: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/10101802>
147. Martínez MM. La nueva Ciencia. Su Desafío, Lógica y Método. Editorial Trillas. Primera edición. Pp33-61. 2007
148. Tamayo TM. El Proceso de la Investigación Científica. Cuarta edición. Pp23- 24. 2007
149. Pienda JA. Educación, axiología y Utopía. Universidad de Oviedo. Servicio de Publicaciones. P.36. 1994
150. Guevara RH. Aproximaciones Teóricas a la Calidad de Vida de Docentes Universitarios de la Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social. [Doctor] Universidad de Carabobo. 2011.
151. Rodal LS. "la Disposición ontológica de la creación como ser-en-el- mundo." Pp.11-12. 2017.
152. Landeau R. Metodología y Nuevas Tecnologías. 1era edición. Editorial Alfa. P. 17. 2012
153. Nordmark M; Rohweder A. Bases Científicas de la Enfermería. Segunda edición. Editorial El Manual Moderno. Pp.585-1979

## ANEXOS

## **ANEXO 1**

### **GUIA DE INFORMACION RAPIDA**

Saludos, soy enfermero trabajo como docente e investigador de la Escuela de Enfermería Dra. Gladys Román de Cisneros de la Universidad de Carabobo en la asignatura Cuidados al Adulto Mayor. Actualmente curso estudios Doctorales en Enfermería Área de Concentración, Salud y Cuidado Humano, en el área de Postgrado de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, y estoy realizando una investigación titulada Cultura del Cuidado en Adultos Mayores con Cáncer desde la Perspectiva del Sol Naciente de Madeleine Leininger.

El Objetivo general del estudio es Descubrir el significado del cuidado proporcionado por los Enfermeros al Adulto Mayor hospitalizado con cáncer basado en la teoría del Sol Naciente de Madeleine, la información que usted aporte será muy útil para el estudio.

Usted será entrevistado (a) al menos dos veces en el servicio donde laboras, en su casa u otro sitio que usted disponga o prefiera, es importante que sepa que las entrevistas serán grabadas y transcritas. Se utilizara un nombre ficticio o un Pseudónimo para identificarla como participante del estudio y así resguárdale su nombre en anonimato.

Usted puede interrumpir la entrevista en el momento que lo desee si siente incomodidad hacia alguna pregunta o el investigador. También solicitar que finalice la entrevista en el momento que usted lo desee, también puede decidir que preguntas responder o no. Su participación en el estudio es voluntaria puede negarse a participar sin que le traiga consecuencias negativas en su trabajo.

Si puede hacer una pregunta o aportar alguna información adicional al estudio puede ponerse en contacto conmigo al siguiente número de teléfono. 04144709007, o dirigirse a la Escuela de Enfermería de la Universidad de Carabobo y solicitar a mi persona en el Departamento de Salud Integral del Adulto.

**ANEXO 2**

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

Yo, \_\_\_\_\_, Cedula de Identidad

Numero: \_\_\_\_\_ expreso por este medio, mi voluntad de

participar en la investigación titulada CULTURA DEL CUIDADO EN ADULTOS

MAYORES CON CANCER DESDE LA PERSPECTIVA DEL SOL NACIENTE

DE MADELEINE LEININGER realizada por el MSc. Carrizales Douglas, titular de

la Cedula de Identidad Numero 8796621, para optar al título de Doctor en

Enfermería: Área de Concentración, Salud y Cuidado Humano. Doy fe de que se me

ha explicado los objetivos de la investigación y la confiabilidad de la información que

yo aporte durante la recolección de los datos. Asimismo expreso si en algún momento

decido no participar en la investigación podré hacerlo libremente.- Autorizo que esta

información solo sea manejada por el personal que esté realizando la investigación

En Valencia a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ año 2016

MSc. Carrizales Douglas

Participante

Investigador.