

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

**Significado que le concede el personal profesional de
enfermería al cuidado desde la perspectiva
transcultural en un Hospital Nacional de Lima
Metropolitana**

TESIS

Para optar el Título de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Fiorella Milagros Vidal Giove

ASESOR

Gladys Carmela Santos Falcón

Lima – Perú

2011

**SIGNIFICADO QUE LE CONCEDE EL PERSONAL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA AL CUIDADO
DESDE LA PERSPECTIVA TRANSCULTURAL
EN UN HOSPITAL NACIONAL DE LIMA
METROPOLITANA**

**A Dios y a mis padres
por su apoyo.**

**A mi asesora,
y a esas personas especiales
que están en mi corazón.**

INDICE

	Pág.
Índice	ii
Resumen	iv
Summary	v
Presentación	vi
CAPÍTULO I: Problematización	
A. Planteamiento del problema	8
B. Formulación del problema	14
C. Justificación	14
D. Objetivos	15
E. Propósito	16
F. Marco teórico:	
F.1. Antecedentes	16
F.2. Base teórica	21
F.3. Definición de términos utilizados en la investigación	37
CAPÍTULO II: Diseño metodológico	
A. Abordaje y tipo de estudio	39
B. Escenario del estudio	40
C. Participantes del estudio	43
D. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	46
E. Proceso de recolección de datos	48
F. Proceso de análisis e interpretación de datos	51
G. Consideraciones éticas	52

CAPÍTULO III: Resultados y Discusión	
Valorando la necesidad de reconocer las expresiones culturales de los usuarios.	54
Diferenciando el cuidado transcultural según niveles de atención.	69
Promoviendo el cuidado transcultural en los servicios hospitalarios	74
Valorando el contacto cultural previo del enfermero(a) para un cuidado con perspectiva transcultural	91
Repensando en la formación del enfermero(a) para un cuidado transcultural	98
Rechazando los aspectos culturales en la atención del usuario	104
Limitaciones para el cuidado transcultural en los servicios hospitalarios	113
CAPÍTULO IV: Consideraciones Finales	130
Referencias Bibliográficas	
Bibliografía	
Anexos	

RESÚMEN

La presente investigación titulada “Significado que le concede el personal profesional de enfermería al cuidado desde la perspectiva transcultural en un hospital nacional de Lima metropolitana” es de abordaje cualitativo, tipo estudio de caso, y tiene por objetivo general comprender el significado que le conceden los enfermeros(as) al cuidado desde la perspectiva transcultural. Los participantes del estudio fueron 10 enfermeros(as) que laboran en dos pabellones de medicina del hospital sede de estudio, la muestra fue definida por el nivel de saturación. La recolección de datos fue a través de la guía de entrevista semi-estructurada, guía de observación participante y lista de chequeo. Los resultados obtenidos fueron codificados y se reunieron en subcategorías y categorías, las que fueron analizadas e interpretadas. Entre las consideraciones finales más resaltantes de esta investigación están los significados que otorgan los enfermeros(as) al cuidado desde la perspectiva transcultural involucrando el considerar, respetar y comprender la cultura de los usuarios. Los participantes del estudio reconocieron que dentro de las limitaciones se encuentra el rechazo de algunos enfermeros(as) hacia la cultura de los usuarios; además de que los enfermeros(as) mostraban comportamientos que caracterizaban una atención no a la persona, sino al motivo de consulta, dando prioridad a la atención biomédica de la enfermedad y al cumplimiento de las actividades laborales. Algunos enfermeros(as) participantes del estudio consideran conveniente el contacto cultural previo de los enfermeros(as) para lograr una sensibilidad y conciencia cultural, además el promover la enseñanza de idiomas nativos como el quechua, para permitir una comunicación adecuada con los usuarios.

PALABRAS CLAVE: Enfermería, cultura, cuidado transcultural, hospital.

SUMMARY

This investigation titled “Meaning that grants the nursing professional personal to the care of the transcultural perspective at a national hospital of metropolitan Lima”, is a qualitative boarding, type of case study, and it has for general aim understand the meaning that the nurses grant to the care from the transcultural perspective. The participants of the study were 10 nurses that work in two pavilions of medicine of the hospital headquarters of study, the sample was defined on having come at the level of saturation. The compilation of information was across the guide of semi-structured interview, guide of observation participant and check list. The obtained results were codified and met in subcategories and categories, which were analyzed and interpreted. In the main final considerations of this investigation allowed to know the meanings that the nurses grant to the care from the perspective transcultural involving to consider, to respect and to understand the culture of the users. The participants of the study admitted that inside the limitations one finds the rejection of some nurses towards the culture of the users; besides that the nurses were showing behaviors that were characterizing an attention not to the person, but to the motive of consultation, giving priority to the biomedical attention of the disease and to the fulfillment of the labor activities. Some nurses participants of the study consider to be suitable the previous cultural contact of the nurses to achieve a sensibility and cultural conscience, in addition to promote the teaching of native languages as the Quechuan, to allow a communication adapted with the users.

KEY WORDS: Nursing, culture, transcultural care, hospital

PRESENTACIÓN

El Perú es un país que alberga en todo su territorio diversas culturas que guardan aspectos en común y diferencias sustanciales, pero ante las migraciones internas dadas en las últimas décadas, la realidad cambió, se ha dado la interacción cultural entre los pobladores provenientes de las distintas regiones naturales, reconociéndose la importancia del concepto de cultura y de la diversidad cultural propia de nuestro territorio.

A medida que nuestra sociedad se vuelve cada vez más diversa culturalmente, el personal profesional de enfermería se ve con la necesidad imperiosa de formarse e interiorizar los conceptos de cuidados culturales para así poder ofrecer cuidados culturalmente competentes, siendo el cuidado desde la perspectiva transcultural un concepto de importancia para la atención adecuada. Pero aún se puede observar, en estudios anteriormente realizados, solo en el ámbito comunitario, que existen deficiencias en la consideración de los aspectos culturales durante la práctica diaria de enfermería, a lo que cabe preguntarse, ¿qué significado tiene para los enfermeros(as) el cuidado desde la perspectiva transcultural en el ámbito hospitalario?

Frente a este escenario, se realizó el presente estudio titulado **“Significado que le concede el personal profesional de enfermería al cuidado desde la perspectiva transcultural en un hospital nacional de**

Lima metropolitana”, con el objetivo general de comprender el significado que le concede el personal profesional de enfermería al cuidado desde la perspectiva transcultural y cómo se evidencia en su práctica cotidiana, utilizando una metodología Cualitativa tipo Estudio de Caso Cualitativo.

La presente investigación consta de cuatro capítulos:

En el capítulo I se presenta la problemática que consta del planteamiento del problema, formulación del problema, justificación, objetivos, propósito y marco teórico.

En el capítulo II se presenta el diseño metodológico, incluyendo el tipo, nivel y método de estudio, la descripción del escenario, los participantes del estudio, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, el proceso de recolección de datos, el proceso de análisis e interpretación de datos y las consideraciones éticas.

En el capítulo III se presenta el análisis temático donde se muestran los resultados obtenidos en la investigación, la interpretación y análisis de las siete categorías emergentes en el estudio.

En el capítulo IV se presentan las consideraciones finales obtenidas con este estudio.

Por último, las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I

PROBLEMATIZACIÓN

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Perú es considerado un país multicultural pues en él coexisten culturas diferentes dentro de un mismo territorio; y en las últimas décadas se ha producido el desplazamiento de un gran número de habitantes del interior del país hacia la capital, la ciudad de Lima, generando una mayor densidad de habitantes en esta ciudad y la interacción entre las diferentes culturas, lo que ha dado paso a procesos de aceptación y negación de esta diversidad, siendo este último un hecho peligroso para nuestra sociedad ya que puede ocasionar actos de discriminación, maltrato y/o indiferencia hacia las personas de una cultura distinta.

Según la Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Niveles de Vida (ENNIV) en el año 2000, el 12.63% de la población peruana tiene como lengua materna: el quechua, aymara, campá, shipibo y otras,

distintas del castellano, con un fuerte porcentaje de población bilingüe; con notoria presencia de curanderos, brujos y chamanes, con autocuidado y medicina casera masivos. ⁽¹⁾

La posición del personal de salud ante esta realidad nacional donde la diversidad cultural es evidente, ya sea tanto en la forma de comunicación, los hábitos y costumbres, tradiciones y creencias, incluso para la forma de tratamiento de enfermedades, donde su cosmovisión influye notoriamente; pone en manifiesto la necesidad de competencia en el cuidado transcultural en un país multicultural como es el nuestro, en el cual las migraciones a la ciudad han presentado una nueva realidad que es el traslado de poblaciones con culturas diversas hacia la capital.

Todo este contexto pone a los profesionales de salud, y en especial a los(as) enfermeros(as) que encuentran como sujetos de su cuidado a un grupo de personas, familias y comunidades de diversas procedencias y acervos culturales. Por lo que se debe dar importancia y valor al reconocimiento de las diversas culturas coexistentes en nuestro territorio nacional; y así, mediante este reconocimiento, desarrollar estrategias de implementación e incorporación de las manifestaciones culturales dentro del plan de atención de salud a dichos grupos humanos.

Durante mis prácticas clínicas en un hospital de Lima Metropolitana, observé una situación suscitada entre un usuario y una enfermera que me llamó la atención: ante la negativa de un usuario natural del interior del país, a realizarse su higiene matutina, argumentando que sentía frío y que

se bañaría al día siguiente. La enfermera, haciendo gestos faciales de disgusto y poca comprensión hacia el usuario, respondió al usuario que en el hospital, a diferencia de su pueblo natal, si tenía que bañarse para estar aseado; y sin darle mayor explicación al usuario y sin hacer mayores indagaciones sobre las costumbres, valores culturales de éste, y sin respetar la autonomía del usuario, ordenó al personal técnico que apoye en su aseo.

Otra de las observaciones realizadas, durante la inmersión inicial en el campo, fue realizada en un servicio de hospitalización en la sede de estudio, en dicha ocasión se iba a realizar el ingreso de un usuario proveniente de la Sierra, la enfermera le indicó cual era su unidad y le proporcionó una bata para que se vista. La usuaria, quien vestía polleras y otras vestimentas propias de su cultura, se dirigió al sanitario de pacientes a cambiarse. Cuando la usuaria salió del sanitario, las enfermeras observaron que la usuaria no se había cambiado la bata y le preguntaron por qué no lo había hecho. La usuaria respondió que la bata estaba rota. La enfermera le explicó que la abertura posterior de la bata era para facilitar el examen del médico, agregando la enfermera el siguiente comentario: "... no puedes quedarte con tus ropas, o quieres dar un concierto y cantarnos acá unos huaynitos...". Las enfermeras rieron, la usuaria sonrió y se retiró a su unidad. Al día siguiente la usuaria comenzó a vestir la bata proporcionada por el hospital.

Estas situaciones observadas en la práctica me llevaron a cuestionarme sobre el cuidado enfermero considerando los aspectos

culturales de los usuarios. Al indagar en la literatura sobre esta problemática encontré mayor información como la proporcionada en el estudio socio-antropológico realizado por el Ministerio de Salud del Perú en el año 2001, se presentan datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Hogares del año 1998, donde establece a los confrontamientos por diferencias culturales como una de las causas de inasistencia de la población a las consultas, éstas eran sorprendentemente altas con 31.7%, manifestando la falta de confianza y credibilidad en los servicios de salud.

El mismo estudio nos refiere que es necesario que el profesional de enfermería, en su práctica cotidiana, realice una interpretación sociocultural del proceso salud-enfermedad-atención, pues en el encuentro de usuarios y prestadores de salud hay muros interiores, bloqueos culturales, trasvases afectivos, flujos étnicos y sociales, que es necesario develar e incorporar en todo esquema de atención, con mayor razón en un país heterogéneo como el Perú. ⁽²⁾

En ese sentido, Stevenhagen, en el año 2002, refiere que una alternativa para buscar solución a esta problemática en el área de enfermería, es brindar el cuidado de la salud desde la perspectiva de la Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales de Leininger. Esta autora se propuso descubrir los puntos de vista culturales, o bien los puntos de vista internos de las personas acerca de los cuidados, dependiendo de lo que sepan, crean y como practiquen los cuidados, para posteriormente, usar estos conocimientos con la adecuada profesionalidad y guiar así las prácticas del cuidado de enfermería. ⁽³⁾

La Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales proporciona un contexto para la comprensión de las creencias, prácticas y problemas relacionados con la salud que forman parte de las experiencias de personas procedentes de culturas diferentes. Tiene como objetivo suministrar una asistencia coherente con el entorno cultural, la enfermera(o) debe esforzarse para explicar el uso y el sentido de la asistencia, de forma que los cuidados, valores, creencias y modos de vida culturales suministren una base precisa y fiable para la planificación y puesta en marcha eficaz de una asistencia específica de cada cultura y para la identificación de los rasgos comunes o universales de esta actividad. ⁽⁴⁾

Asimismo, Kymlicka, en el año 1996, refiere que la pertenencia cultural es la clave en la identidad de las personas, porque afecta la forma en que los demás perciben y responden: el respeto y estima que merece el grupo nacional o étnico al que uno pertenece otorga seguridad o inseguridad, autoestima o auto-segregación. ⁽⁵⁾

Se realizaron investigaciones sobre el tema, una de ellas fue realizada por Kelly Bermúdez en el año 2003, un estudio cualitativo con enfoque etnográfico titulado: “Significado que le conceden las enfermeras al cuidado desde la perspectiva transcultural y su relación con el cuidado que brindan en el componente de Crecimiento y Desarrollo de los Centros de Salud de la DISA V”, en el que dos de las categorías emergentes fueron: “no está presente como debería estar” que revela la realidad del proceso de cuidar que tiene una concepción distinta de lo que en la

práctica se realiza. La otra categoría fue, la realidad del cuidado en CRED es “lo que se hace” cuando lo ideal del cuidado es “lo que se dice”.⁽⁶⁾

Otro estudio fue realizado por Elida Zambrano en el año 2008, quien también presentó una investigación cualitativa - etnográfica titulada: “Percepción de los pacientes sobre la sensibilidad cultural de los profesionales de enfermería al brindar cuidados en los servicios de Medicina del Hospital Dos de Mayo”, donde emergieron categorías como la siguiente: “obviando la valoración de las creencias, costumbres, valores y hábitos de vida de los pacientes por las enfermeras(os)”. Este estudio reveló la falta de sensibilidad cultural de las enfermeras(os) cuando brindan cuidados al paciente, pues su atención se centra sobre todo en actos procedimentales destinados a la curación de la enfermedad y al tratamiento.⁽⁷⁾

Esta situación y otras observadas en la práctica hospitalaria me suscitaron varias interrogantes como: ¿Los(as) enfermeros(as) que laboran en el medio hospitalario consideran la diversidad cultural de la población que atiende?, ¿qué significado le da el(la) enfermero(a) a los cuidados con perspectiva transcultural?, ¿el(la) enfermero(a) interioriza los conceptos del cuidado cultural para la atención diaria que brinda?, ¿qué importancia tiene para el(la) enfermero(a) la diversidad cultural cuándo planifica y brinda sus cuidados?, ¿qué actitudes toma el(la) enfermero(a) cuando brinda cuidados desde la perspectiva transcultural a los usuarios?, ¿se evidencia este cuidado desde la perspectiva transcultural dado por el(la) enfermero(a)?

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Las interrogantes presentadas y la finalidad de profundizar en el tema, me llevaron a formular la siguiente interrogante central de investigación:

¿Qué significado le concede el personal profesional de enfermería al cuidado desde la perspectiva transcultural y cómo se evidencia en la atención brindada a usuarios hospitalizados en un servicio de Medicina de un Hospital de Lima Metropolitana?

C. JUSTIFICACIÓN

El cuidado transcultural, en un país multicultural como el nuestro, es importante para garantizar la calidad de atención de enfermería al considerar el respeto de la identidad cultural de manera horizontal, equitativa y empática, sin actitudes de maltrato ni discriminación, por lo que es necesario indagar cuál es la realidad sobre este tema.

La presente investigación sustenta su importancia al permitir ampliar los conocimientos sobre la visión, desde la perspectiva transcultural, que posee el personal profesional de enfermería que brinda atención en el medio hospitalario; es decir, el significado que tiene para este profesional el cuidado transcultural que brinda a los usuarios. Además, de reflexionar sobre las prácticas de cuidados transculturales

que se dan en la sede de estudio, si se evidencia o no este cuidado con enfoque transcultural en la práctica cotidiana durante la atención a los pacientes hospitalizados. De este modo, la investigación responde a los Lineamientos establecidos en la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas, y permitirá así que las autoridades pertinentes puedan realizar acciones tendientes a mejorar la atención considerando los aspectos culturales de los usuarios.

D. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Comprender el significado que le concede el personal profesional de enfermería al cuidado desde la perspectiva transcultural en un hospital nacional de Lima metropolitana y cómo se evidencia en su práctica cotidiana.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar la conceptualización sobre el cuidado, desde la perspectiva transcultural, que tiene el personal profesional de enfermería, de un Hospital de Lima Metropolitana.
2. Identificar en la atención que brinda el personal profesional de enfermería los componentes del cuidado desde la perspectiva transcultural.

E. PROPÓSITO

El propósito de esta investigación es que, ante los resultados obtenidos, se tome conciencia sobre la cultura de los usuarios durante la atención brindada en los servicios hospitalarios; y así, las autoridades pertinentes puedan diseñar e implementar estrategias que promuevan la interrelación, comunicación y el diálogo permanente en el personal de enfermería, que favorezcan la convivencia entre las distintas culturas en contacto durante la atención: la propia del personal de enfermería y la del usuario que recibirá la atención, en un ambiente dinámico como es el hospitalario, y así garantizar un espacio para desarrollar en forma autónoma la interacción intercultural y promover su integración a la atención cotidiana, a través de la empatía, aceptación y negociación de las diferencias culturales, en el marco de una sociedad pluricultural, multiétnica y multilingüe, como es la realidad peruana.

F. MARCO TEÓRICO

F.1. ANTECEDENTES

Al realizar la búsqueda bibliográfica sobre el tema de estudio se encontraron las siguientes investigaciones internacionales y nacionales:

CASABONA MARTINEZ, Isabel realizó en España, en el año 2008, el estudio titulado: “Gestión transcultural de los cuidados de enfermería del Proyecto Socio-Sanitario Inter-Europeo Holandés”. Una investigación

de metodología cualitativa, con método etnográfico descriptivo pues recoge datos estadísticos y demográficos. La hipótesis de la investigación señala que las características inherentes al proyecto de disminución de listas de esperas quirúrgicas, ponen de manifiesto la falta de comprensión y, por tanto, de adaptación de la gestión de los cuidados de enfermería a contextos culturalmente diferentes. Presenta entre sus objetivos generales: aportar conocimientos sobre la necesidad de considerar la perspectiva cultural a la hora de comprender cualquier aspecto relacionado con la salud y la enfermedad acerca del usuario de nacionalidad holandesa del plan de choque inter-europeo. La muestra fue de 63 usuarios holandeses seleccionados por saturación de la información por conveniencia y suficiencia.

La información se obtuvo mediante la aplicación de las siguientes técnicas e instrumentos: Participante observador, cuestionario de información demográfica, entrevista semi-estructurada, entrevistas convencionales, grupo de discusión, y entrevistas abiertas al informante privilegiado. Se emplearon entre 60 a 80 minutos aproximadamente en cada entrevista, siendo condición indispensable que el usuario llevara un mínimo de 5 días de hospitalización.

Entre los resultados, concluye que es necesario investigar más a fondo la existencia de enfermedades ligadas a la cultura, para conocer mejor a los usuarios y valorar su actitud hacia los cuidados de enfermería, con el fin de abordarlos de una forma holística. Al tratar estos temas de cuidados transculturales en el ámbito sanitario se puede caer en el etnocentrismo, intentar imponer la propia cultura hospitalaria y occidental.

“Desde el primer momento, se detectó una situación de choque cultural, que fue mitigada con las sucesivas intervenciones. Se demuestra que se cumple la hipótesis de investigación valorando la necesidad de que los profesionales de la gestión de cuidados comprenda las peculiaridades de los pacientes con los que trabajan siendo capaces de tomar decisiones, asesorar e intervenir con una planificación y unas actuaciones que tomen en cuenta los valores de los cuidados culturales de la gente, para obtener resultados beneficiosos y satisfactorios en cuanto a la calidad asistencial global, percibida por este paciente de nacionalidad extranjera”.⁽⁸⁾

La Revista de Investigación y Educación en Enfermería de Colombia en el año 2007 (no indica autor), publicó el estudio titulado: “El mal de ojo y su relación con el Marasmo y Kwashiorkor: el caso de las madres de Turbo, Antioquia, Colombia”. Investigación cualitativa etnográfica, tiene por objetivo describir las percepciones y prácticas socio-culturales de las madres frente a la desnutrición aguda grave: marasmo y kwashiorkor. La población fue de 20 madres que tenían en esos momentos a sus hijos hospitalizados en la Unidad Vida Infantil, por dichas enfermedades, o que habían tenido un mes antes a sus hijos hospitalizados. Se realizaron 20 entrevistas semi-estructuradas y 2 entrevistas grupales, además de observaciones tanto dentro de la Unidad como en las viviendas de las madres.

Dentro de las categorías claves que surgieron en esta investigación se encuentra: el desencuentro entre los sistemas biomédicos y tradicional. Obteniéndose entre sus resultados que las madres responsabilizaban al mal de ojo como causante principal de la enfermedad de sus hijos. La

palabra desnutrición, propia de la cultura médica occidental, difícilmente es conceptualizada por las madres del estudio, ellas no comprendían el significado de la palabra desnutrido. La extrema delgadez de los niños no implica, según ellas, un riesgo de salud, pues mientras el niño consuma los alimentos su estado de salud no está en peligro. Por lo que concluye:

“Muchas veces los profesionales de la salud desconocen los elementos culturales relacionados con la desnutrición y demás enfermedades prevalentes en la infancia, creando un abismo entre el modelo biomédico y el tradicional, lo cual repercute en la atención oportuna de los niños enfermos” (...) “lo importante sería que ningún niño o niña llegara a la desnutrición tipo marasmo o kwashiorkor, y una forma de prevenirlo es indagar los aspectos culturales del colectivo en torno al estado nutricional y las percepciones de las madres frente a la desnutrición de sus hijos, de tal manera que los profesionales de salud puedan comprender el ámbito socio-cultural en el que se construye la enfermedad, y desde esa comprensión construir puentes que permitan realizar prácticas preventivas y curativas incluyentes, interculturales y más humanas”.⁽⁹⁾

A nivel nacional se encontró el estudio realizado por BERMÚDEZ MENACHO, Kelly en el año 2004, titulado: “Significado que le conceden las enfermeras al cuidado desde la perspectiva transcultural y su relación con el cuidado que brindan en el componente Crecimiento y Desarrollo de los Centros de Salud de la Dirección de Salud V. 2003”. Estudio cualitativo con enfoque etnográfico. Tuvo como objetivos conocer el significado del cuidado desde la perspectiva transcultural, caracterizar el cuidado que brindan los enfermeros(as), y analizar la relación entre ambos. Participaron 10 enfermeras, las técnicas de recolección fueron la observación participante, la entrevista no estructurada y la revisión documentaria. La triangulación de toda la información al final sirvió para la

construcción de un tema: el cuidado transcultural “mucho se dice, poco se hace”, el cual contiene las siguientes categorías y subcategorías: “atención a un ser complejo en base a su cultura”, “para cuidar conoces la cultura de la madre”, “una atención con flexibilidad cultural”, “no está presente como debería estar”. Lo que revela la realidad del proceso de cuidar en el componente CRED por enfermeros que tienen una concepción distinta de los que realizan en la práctica. ⁽¹⁰⁾

Otro estudio fue el realizado por ZAMBRANO TAIPE, Elida. (2008). “Percepción de los pacientes sobre la sensibilidad cultural de los profesionales de enfermería al brindar cuidados en los servicios de Medicina del Hospital Dos de Mayo”. Estudio cualitativo etnográfico, cuyos objetivos son identificar a través de la percepción de los pacientes la presencia de sensibilidad cultural en los cuidados que brindan los enfermeros(as), y comprender dicha percepción.

En el estudio participaron 20 pacientes de dos servicios de Medicina, la técnica para la recolección de datos fue la entrevista semi-estructurada, la observación participante y la revisión documentaria. Los datos fueron codificados y categorizados, el análisis se realizó en función a la triangulación de datos obtenidos. La categoría principal emergente fue: “Obviando la valoración de las creencias, costumbres, valores y hábitos de vida de los pacientes por los enfermeros”, y las subcategorías: “obviando los conceptos de salud y enfermedad del pacientes”, “obviando los conceptos de vida y muerte del paciente”, revelando la falta de sensibilidad cultural de los enfermeros(as) cuando brindan cuidados, pues su atención se centra sobre todo en actos procedimentales destinados a la

curación de la enfermedad y al tratamiento. Entre sus consideraciones finales, menciona:

“...las enfermeras(os) consideran para el cuidado, básicamente, aspectos de la enfermedad y tratamiento del paciente y se obvia la valoración del mundo interior del mismo, incluido su cultura...”. ⁽¹¹⁾

Los estudios anteriormente presentados demuestran el interés mundial sobre el tema de estudio, es decir, los cuidados culturales que brinda enfermería a los usuarios, pero aún no se ha investigado convenientemente ya que se encontraron pocos estudios tanto internacionales como nacionales. Entre los estudios identificados se evidenció el significado que tiene el cuidado transcultural para el personal que trabaja en el ámbito comunitario, encontrándose incoherencia entre el significado del cuidado transcultural para los enfermeros(as) y la aplicación de dicho cuidado en su práctica diaria, lo que me llevó a querer indagar si este mismo problema se presenta en el área hospitalaria, y constatar si se da o no, el cuidado con enfoque transcultural.

F.2. BASE TEÓRICA

A. REALIDAD SOCIOCULTURAL PERUANA:

Según Carlos Eduardo Aramburú, citado en el año 2009 en la publicación del Simposio sobre los cambios sociales en el Perú, la clave del proceso poblacional peruano es la distribución por regiones

naturales, las que, de manera gruesa, representan también contextos económicos y socioculturales diferenciados.

Para este autor, las migraciones son, sin duda, el fenómeno demográfico más dinámico y el más vinculado con las condiciones de vida y oportunidades diferenciales que brinda el territorio. ⁽¹²⁾

Asimismo, Marcel Valcárcel, con relación a la migración interna, presentó los resultados de la Encuesta Nacional Continua (ENCO) del Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú, donde señala que el 16.7% de los hogares en el Perú tuvieron en el 2006 al menos una persona que emigró permanentemente a otra provincia, a lo que Valcárcel acotó que existe una mayor movilidad geográfica de los pobladores rurales en relación a los urbanos, es por eso que en la segunda mitad del siglo XX, la sociedad peruana no solo pasó de ser rural a urbana, sino de ser andina a ser costera. ⁽¹³⁾

Según el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática, en el 2008, estas tendencias redistributivas se han reforzado: la costa alberga al 55% de la población total; la sierra, al 32%; y la selva, al 13%. En números absolutos, la costa creció de 1,76 millones a 14,97 millones de habitantes. Lo que se debe principalmente al crecimiento de las ciudades costeras, en especial, la capital Lima, que registra en el censo del 2007 un total de 8.472.935 habitantes. El peso de la metrópoli en la población urbana total ha aumentado del 29% en 1940 al 41% en 2007. En los últimos cinco años, de cada diez migrantes

internos, casi cinco eligieron la capital como su blanco o destino, debido al incremento de la demanda por servicios públicos, entre los más importantes, la salud. ⁽¹⁴⁾

Ante la situación presentada a la población peruana en las últimas décadas, la realidad cambió, se ha dado la interacción cultural entre los pobladores provenientes de las distintas regiones naturales, reconociéndose la importancia del concepto de cultura y de la diversidad cultural propia de nuestro territorio.

La cultura es una entidad compleja y dinámica que se adquiere, transforma y transmite a través del lenguaje y la socialización. En el concepto de cultura convergen la dimensión cognitiva, que sintetiza el mundo simbólico de las personas, sus pensamientos, conocimientos y creencias adquiridas a través del aprendizaje; y la dimensión material, que es manifestación de los simbólico en conductas, prácticas, artefactos culturales y normas de relación social. ⁽¹⁵⁾

Según Cross, Bagron, Dennis, e Isaacs (1989). Pinderhughes (1989), citados por Bant, la cultura puede ser definida como un patrón de creencias, pensamientos, valores, prácticas, comunicaciones, comportamientos e instituciones (familia, instituciones económicas, políticas, religiosas) que son características y sirven para preservar a un grupo social dado. ⁽¹⁶⁾

Para Juan Ansión, las culturas son complejas y polifacéticas, se van transformando según las circunstancias históricas, pero no lo hacen de cualquier manera, sino de acuerdo con una lógica propia de cambio o, si se prefiere, de acuerdo a patrones culturales que se han ido forjando a lo largo de la historia de un grupo humano determinado, mediante un proceso de socialización y su experiencia vital en la sociedad. Es de este modo que, en la ciudad de Lima, se puede apreciar diversas manifestaciones culturales propias de las personas procedentes del interior del país quienes trasladan su cultura y costumbres, es así que se realizan fiestas patronales en celebración del santo religioso de su pueblo natal, traen consigo platos típicos de su tierra, su música y bailes, incluso sus métodos de curación ancestrales dando origen a una mixtura en el tratamiento de sus enfermedades poniendo en práctica la medicina occidental y la de su propia cultura.

Asimismo, Ansión agrega que, los cambios culturales se dan muchas veces en contextos de relaciones entre grupos humanos diferentes por lo que las influencias mutuas son frecuentes, pero las diferencias culturales no deben hacer perder de vista que compartimos todos una misma condición humana. Los intercambios interculturales no podrían darse sin elementos básicos en común, es por ello que se dice que, la multiculturalidad es una realidad y la interculturalidad una acción interactiva de esas diferentes culturas. ⁽¹⁷⁾

Como señala Heise, la interculturalidad es una apuesta por el respeto a la variedad de racionalidades y la heterogeneidad de formas de vida. Es un reto intentar establecer vínculos horizontales entre personas de culturas diferentes. La voluntad de comprender al otro sin ponerle condiciones posibilita que la empatía y la comunicación fluyan superando los obstáculos que se originan en el temor a la apertura y a la inseguridad. ⁽¹⁸⁾

Por otro lado, Carlos Romero, señala que dentro de la cultura nacional, un aspecto importante es la religiosidad, pues en el Perú, encontramos en la Encuesta Mundial de Valores (EMV) que la importancia de Dios en la vida de las personas se mantiene alta para un promedio de 90%. Pero un cambio relevante es que se aprecia la expansión de las iglesias cristianas no católicas, tales como adventistas, evangélicas, pentecostales, entre otras. ⁽¹⁹⁾

En el 2006, la Encuesta Nacional Continua (ENCO) realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú presentó un gráfico sobre la realidad, el cual indica un crecimiento significativo de los peruanos cristianos no católicos, quienes aquel año llegaban al 19% de la población creyente en el área rural. ⁽²⁰⁾

B. RECONOCIMIENTO DE LA DIVERSIDAD CULTURAL EN LA ATENCIÓN DE SALUD:

Según Resolución Ministerial N° 111-2005/MINSA, el 15 de Febrero del 2005, se aprobaron los “Lineamientos de Promoción de la Salud”, los cuales establecen entre otros, los enfoques transversales de: “equidad de género”, “equidad en salud” e “interculturalidad”. Esta resolución conformó la Unidad Técnica Funcional de Derechos Humanos, Equidad de género e Interculturalidad en Salud que elaboró en el año 2006 la Norma Técnica de Salud para la transversalización de los enfoques: Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud. ⁽²¹⁾

En dicha norma, definen a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud es una condición para el goce y ejercicio efectivo de los derechos humanos, y a su vez, depende de ellos su realización. ⁽²²⁾

Además, se refieren al derecho a la salud como un derecho inclusivo y amplio que no solo abarca la atención oportuna y apropiada de la salud, el acceso a servicios y medicamentos esenciales, a sistemas de atención sanitaria culturalmente aceptable y de calidad, así como a libertades fundamentales y el derecho de estar exento de toda forma de discriminación, sea cultural, racial o de género. ⁽²³⁾

Asimismo, en la misma norma mencionan sobre la equidad en salud: significa que los recursos para la salud son asignados de acuerdo con la necesidad de las personas, los servicios son recibidos de acuerdo con dichas necesidades, y la contribución al financiamiento de los mismos se realiza de acuerdo con la capacidad económica. Implican la reducción de desventajas sociales o sus efectos sobre la salud entre los grupos más desprotegidos. ⁽²⁴⁾

En los puntos de encuentro entre la nosología popular de las enfermedades y los contenidos educativos preventivo - promocionales y formas de la atención profesional, es necesario abandonar la idea de que los estilos de vida saludables implican el abandono de las identidades originarias, pues la atención de salud debe ser una construcción social y cultural de poblaciones y proveedores y no sólo de los proveedores. ⁽²⁵⁾

B.1. INTERCULTURALIDAD EN SALUD:

En la Norma Técnica de Salud para la transversalización de los enfoques: Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud, presentan que la interculturalidad reconoce el derecho a la diversidad, a las diferentes racionalidades y perspectivas culturales de los pueblos, expresados en diversas formas de organización, sistemas de relación y visiones del mundo. ⁽²⁶⁾

También se señala en esta norma que, la interculturalidad propone la interrelación, la comunicación y el diálogo permanente para favorecer la convivencia entre las distintas culturas en contacto, garantizarle a cada una un espacio para desarrollarse en forma autónoma y promover su integración a la ciudadanía, en el marco de una sociedad pluricultural, multiétnica y multilingüe.

Además, propugna el respeto a la diferencia cultural como derecho humano y se postula el diálogo intercultural como potencial para el desarrollo y aporte para la construcción de una sociedad integrada y tolerante.

Es así que el reconocimiento de las diferencias y de los requerimientos específicos de los grupos étnico-culturales no debe implicar la creación de nuevas desigualdades sino que debe conducir a la reducción de las desigualdades existentes, sin eliminar ni obviar las diferencias. Para erradicar esta discriminación y exclusión es necesaria también la aplicación del principio de relevancia a través de la adopción de medidas, tales como ⁽²⁷⁾:

1. Promover en los agentes del sistema de salud occidental, actitudes de respeto a la diferencia y a la diversidad, así como de reconocimiento y valoración de la contribución de las medicinas tradicionales.

2. Asegurar la interacción entre los agentes de los diversos sistemas de salud para promover la complementariedad y el enriquecimiento mutuo.
3. Incorporar estrategias para la identificación de factores protectores, individuales y colectivos, sociales y culturales que potencialmente puedan contribuir a incrementar las condiciones que sean favorables a los estados de salud de los miembros de las comunidades étnico-culturales.

La Operacionalización en el concepto de interculturalidad supone el cumplimiento de los siguientes principios ⁽²⁸⁾:

1. Diálogo fundamentado en el respeto a la diferencia.
2. Tolerancia a las contradicciones, que conduzca a la solidaridad.
3. Democracia cultural.
4. Participación que incorpora la representación, la consulta, el consenso y la convergencia de objetivos comunes.

Estos principios traducidos a la práctica se orientan básicamente a ⁽²⁹⁾:

1. Combatir las relaciones asimétricas excluyentes y discriminadoras.
2. Llegar a relaciones de equidad entre los diferentes pueblos, culturas, etnias.

3. Valorar las diferentes culturas para eliminar el racismo.
4. Crear formas de poder compartido en las que todos los actores participan en la dinámica social.
5. Construir la ideología. Los valores, las actitudes, y las prácticas para lograr nuevas formas de relación.

C. RECONOCIMIENTO DE LA DIVERSIDAD CULTURAL EN LA ATENCIÓN BRINDADA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA:

En el encuentro entre usuarios y prestadores de salud hay muros interiores, bloqueos culturales, trasvases afectivos, flujos étnicos y sociales, que es necesario develar e incorporar en todo esquema de atención. ⁽³⁰⁾

Es así que en la década de los años cincuenta, mientras Madeleine Leininger, enfermera estadounidense que obtuvo un doctorado en antropología cultural y social, trabajaba en un centro de orientación infantil, percibió la falta de comprensión de los factores culturales que influían en el comportamiento de los niños de procedencias culturales distintas. Leininger se planteó muchas preguntas a sí misma y también al personal acerca de las diferencias culturales de los niños y acerca de los resultados de las terapias. Posteriormente, decidió estudiar muchas culturas y consideró que el tema cultural debería ser de interés común para las enfermeras. Tras su profundo estudio, elaboró la teoría de los cuidados culturales y el método de la etnoenfermería. ⁽³¹⁾

La Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales de Leininger surgió a principios de 1960, y definió a la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas 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 proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y/o una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura. ⁽³²⁾

La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos, y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables. Leininger afirma que, puesto que la cultura y el cuidado son los medios más amplios y holísticos para conceptualizar y entender a las personas, este saber es imprescindible para la formación y la práctica enfermera.

Leininger distingue entre la enfermería transcultural y la enfermería intercultural. La primera se refiere a las enfermeras que están formadas en enfermería transcultural y que tienen como labor desarrollar el saber y la práctica de la enfermería transcultural, mientras que la enfermería intercultural se refiere a las enfermeras que usan conceptos antropológicos médicos o aplicados; la mayor

parte de ellas no están obligadas a desarrollar la teoría de la enfermería transcultural ni a llevar a cabo prácticas basadas en la investigación. ⁽³³⁾

Es así que la Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales de Leininger proporciona un contexto para la comprensión de las creencias, prácticas y problemas relacionados con la salud que forman parte de las experiencias de personas procedentes de culturas diferentes. Además tiene por objetivo suministrar una asistencia coherente con el entorno cultural, el(la) enfermero(a) debe esforzarse para explicar el uso y el sentido de la asistencia, de forma que los cuidados, valores, creencias y modos de vida culturales suministren una base precisa y fiable para la planificación y puesta en marcha eficaz de una asistencia específica de cada cultura y para la identificación de los rasgos comunes o universales de esta actividad. En la teoría de Leininger se consideran los siguientes conceptos:

1. *UNIVERSALIDAD Y DIVERSIDAD DEL CUIDADO*: Desde las diversas culturas se distingue lo que las personas sienten, piensan y hacen en torno a su propio cuidado de la salud. Al comprender a cada cultura, se le podrá expresar bajo los diferentes modos de promoción y mantenimiento de la salud. Buscar, descubrir, comprender e interpretar el comportamiento de las personas en torno al cuidado. Que las personas develen sus significados y enseñen las

creencias y prácticas que guían sus modos de pensar y de actuar frente al cuidado de su salud.

2. *ETNOENFERMERIA*: Se desarrolló métodos de etnoenfermería concebidos para estudiar de forma específica y sistemática los fenómenos de enfermería transcultural. La etnoenfermería es el estudio y clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería, según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tiene de ellos una cultura determinada, a través de las manifestaciones émic (visión interna), locales de las personas, expresadas por el lenguaje, las experiencias, las convicciones y el sistema de valores, sobre fenómenos de enfermería reales o potenciales, como puede ser la asistencia, la salud y los factores ambientales y no en las convicciones o prácticas étic (visión externa) del investigador.

3. *EL MODELO DEL SOL NACIENTE* ⁽³⁴⁾: en la década de los setenta, Leininger elaboró el Modelo del Sol Naciente para representar los componentes esenciales de la teoría. Este modelo simboliza la salida del sol (cuidados), la mitad superior del círculo representa los componentes de la estructura social y los factores de la concepción del mundo que influyen en los cuidados y en la salud por medio del contexto del lenguaje, la etnohistoria y el entorno. Estos factores también influyen en los sistemas populares,

profesionales y enfermeros, que se hallan en la parte central del modelo.

Las dos mitades unidas forman un sol entero, que viene a significar el universo que las enfermeras deben considerar para valorar los cuidados humanos y la salud. Este modelo describe a los seres humanos como entes que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción del mundo, de su trayectoria vital y del contexto de su entorno, por lo que considera los siguientes factores dentro de la dimensión cultural: factores tecnológicos, factores religiosos y filosóficos, factores sociales y familia, valores culturales y estilos de vida, factores políticos y legales, factores económicos, y factores educativos.

C.1. EI MODO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA:

Leininger considera que el conocimiento y las prácticas específicas basadas en los cuidados culturales deberían hacer una distinción entre la enfermería y el resto de disciplinas.

La primera razón por la que se estudia la teoría de los cuidados es que la idea de los cuidados parece ser vital para el crecimiento, desarrollo y supervivencia de los seres humanos ya desde la aparición de la raza humana.

La segunda razón es que se quiere explicar y entender a la perfección el conocimiento cultural y los papeles que desempeñan los prestadores de cuidados y los usuarios que los reciben en las diferentes culturas, por lo que se podrá ofrecer cuidados que sean coherentes con la cultura.

La tercera razón es el descubrimiento del conocimiento y el uso de éste para fomentar la recuperación de la salud y el bienestar de los usuarios, para afrontar la muerte o para asegurar la preservación de las culturas humanas a través del tiempo.

Y, la cuarta razón, es que la profesión de enfermería necesita estudiar los cuidados sistemáticos desde una perspectiva cultural amplia y holística, con el fin de descubrir las expresiones y los significados de los cuidados, la salud, la enfermedad y el bienestar como conocimiento de la enfermería. ⁽³⁵⁾

Es así que este conocimiento constituye una base sólida para que las enfermeras guíen sus prácticas y consigan así cuidados coherentes con las culturas y métodos terapéuticos específicos para preservar la salud, prevenir la enfermedad, recuperar la salud o ayudar a los usuarios a afrontar la muerte.

Leininger considera que las enfermeras deben trabajar de tal modo que se explique el uso de los cuidados y los significados; y así los cuidados culturales, valores, creencias y modos de vida puedan facilitar bases fiables y exactas para planificar e implementar eficazmente los cuidados específicos de la cultura y para identificar cualquier característica, universal o común, relacionada con los cuidados.

Además sostiene la autora que las enfermeras no pueden separar las concepciones del mundo, la estructura social ni las creencias culturales (tradicionales o profesionales) de la salud, el bienestar, la enfermedad o los cuidados cuando trabajan con culturas diferentes entre sí, ya que todos estos factores están estrechamente relacionados. Los factores procedentes de la estructura social, a saber, religión, política, cultura, economía y parentesco; son fuerzas relevantes que influyen en los modelos, bien de bienestar, bien de enfermedad. También hace hincapié en la importancia de descubrir cuidados genéricos (tradicionales, locales o indígenas) en las culturas y compararlos con los cuidados profesionales.⁽³⁶⁾

Según la Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales de Leininger, se pueden establecer tres modos de actuaciones y decisiones enfermeras:

1. La preservación y mantenimiento de los cuidados culturales: acciones y decisiones que ayudan al cliente,

en una cultura específica, a mantener o preservar su salud, recuperarse de una enfermedad o enfrentarse a la muerte.

2. La adaptación y/o negociación de los cuidados culturales: acciones y decisiones que ayudan a los clientes, en una determinada cultura, a adaptarse o negociar un estado de salud beneficioso o a enfrentarse a la muerte.
3. La reorientación y/o reestructuración de los cuidados culturales: acciones y decisiones que ayudan a los clientes a reestructurar o cambiar sus estilos de vida por patrones nuevos o diferentes que son culturalmente significativos, satisfactorios o el soporte de una vida saludable.

F.3. DEFINICIÓN DE TERMINOS UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN:

A). Personal profesional de enfermería:

Se denomina como “personal profesional de enfermería” a todo aquel personal con licenciatura en enfermería que labora en la sede del estudio.

B). Perspectiva transcultural:

La transculturalidad se centra en la gestión del espacio para incluir las realidades culturalmente diversas, existentes en el país,

evitándose la segregación de las comunidades y la pérdida de patrimonio de conocimientos culturales. ⁽³⁷⁾

Para esta investigación, la perspectiva transcultural se refiere a la gestión que realiza el personal profesional de enfermería para reconocer e incorporar los aspectos culturales de los usuarios dentro de la atención brindada en los servicios hospitalarios, evitando la segregación y la discriminación de las manifestaciones culturales.

C). Significado que le concede el personal profesional de enfermería al cuidado desde la perspectiva transcultural:

Es el sentido que le otorga el personal profesional de enfermería al cuidado desde la perspectiva transcultural que brinda durante su atención a los pacientes en el hospital donde laboran.

CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

A. ABORDAJE Y TIPO DE ESTUDIO:

El estudio es de enfoque Cualitativo que, como señala Lamberto Vera, se interesa en saber cómo se da la dinámica o cómo ocurre el proceso de un tema de investigación ⁽³⁸⁾. Permitió desarrollar un conocimiento fundamental, sustancial y basado en la información recogida sobre los cuidados culturales que brindan los(as) enfermeros(as) en su trabajo.

Se empleó el tipo de Estudio de Caso Cualitativo, lo que permitió profundizar cada unidad para responder al planteamiento del problema, respecto al cuidado transcultural brindado por los(as) enfermeros(as) de los servicios donde se desarrolló el estudio, por lo que este tipo de estudio constituyó un método ideal para obtener información respecto a una instancia compleja, como es el cuidado transcultural. Esta información fue

obtenida a través de las declaraciones dadas por los entrevistados referente al cuidado desde la perspectiva transcultural en los servicios hospitalarios; basándose así en un entendimiento comprensivo, como un “todo” y su contexto, tal como lo refiere Mertens (2005) citado por Hernández, el Estudio de Caso Cualitativo permite el entendimiento del fenómeno de estudio mediante datos e información obtenidos por descripciones y análisis extensivos.⁽³⁹⁾

B. ESCENARIO DEL ESTUDIO:

El estudio se desarrolló en un Hospital Nacional de III nivel en Lima Metropolitana, altamente especializado, de referencia en el ámbito local y nacional, que brinda las facilidades para la atención oportuna de gran cantidad de personas de escasos recursos económicos, sin discriminar su procedencia, cultura o raza, por lo que la elección de esta sede está en coherencia con el objetivo de la investigación.

En el Plan Estratégico Institucional del periodo 2009-2013 del hospital sede de estudio, presentan datos estadísticos sobre la atenciones que brindan, señalando que en promedio se dan 1 600 hospitalizaciones al mes, agregando además que según la procedencia de los usuarios atendidos, el 96.4 % de consultas provienen del departamento de Lima, el 3.6% restante se distribuye como se describe a continuación: Costa (excluyendo Lima) 1.23 %, Sierra 2.26 %, y Selva 0.1%

En dicho plan también señala que los cinco primeros departamentos de los cuales provienen la mayor parte de los usuarios hospitalizados son: Lima, Junín, Pasco, Huánuco y Ancash; por lo que concluyen en dicho documento que estos datos estadísticos significan que su población cautiva pertenece a la sierra central (Junín, Huánuco y Pasco) y al Norte chico (Ancash).

Sobre el número de profesionales de enfermería que laboran en la sede de estudio, la Oficina de Personal refiere que, entre personal nombrado y contratado, dicho hospital cuenta con 486 licenciados de enfermería de alta preparación profesional.

El Hospital sede de estudio brinda los siguientes servicios para la atención de estos usuarios:

- Cirugía General.
- Cirugía Especializada.
- Gineco-Obstetricia.
- Medicina Interna.
- Medicina Especializada.
- Pediatría.
- Emergencia y Cuidados Críticos.
- Anestesiología y Centro Quirúrgico.
- Patología Clínica y Anatomía Patológica.
- Diagnostico por Imágenes.
- Nutrición y Dietética.

- Farmacia.
- Odontostomatología.
- Asistencia social.

En este hospital existen cinco servicios de hospitalización de Medicina Interna, donde ingresan en promedio tres usuarios cada día; y permanecen hospitalizados, según la complejidad de la enfermedad y tratamiento que requieren, desde tres días hasta uno o dos meses, como señalaron dos licenciados de enfermería que laboran en dichos pabellones.

Para el desarrollo del estudio, se seleccionó dos de los pabellones de medicina, según la apertura de los(as) enfermeros(as) jefes de estos servicios hacia la investigación y la facilidad brindada para la recolección de datos. En ambos pabellones la población de pacientes varía según el número de camas ocupadas, siendo en promedio 40 camas en cada pabellón.

Dentro del equipo de trabajo que labora en dichos pabellones, se encuentran: personal médico, enfermero(as), técnicos de enfermería, nutricionista, personal de laboratorio clínico y fisioterapeuta. Donde además se incorporan alumnos de pre-grado de las carreras de medicina, enfermería, nutrición y tecnología médica.

Las patologías más prevalentes que son causa de internamiento de los pacientes en dichos pabellones son: Insuficiencias renales, Diabetes mellitus, Pancreatitis, Celulitis, Síndrome ascítico, Desorden cerebro vascular isquémico, entre otros.

C. PARTICIPANTES DEL ESTUDIO:

La población de licenciados de enfermería que laboran en los pabellones seleccionados es de 17, siendo 2 enfermeros(as) que se dedican a la labor administrativa y el resto están encargados de la labor asistencial.

Su horario de trabajo es de lunes a domingo en el turno diurno de 7:30 a.m. a 7:30 p.m., y el turno nocturno de 7:30 p.m. a 7:30 a.m. del día siguiente, según la programación de turnos que puede ser de uno o dos licenciados por turno.

En los estudios cualitativos el tamaño de la muestra es definido en búsqueda de profundidad y calidad de la información, interesan datos que ayuden a entender el fenómeno de estudio y a responder a las preguntas de investigación ⁽⁴⁰⁾.

Dada las características del estudio cualitativo, no se estableció previamente la muestra; siguiendo lo que nos dice Mertens (2005) citado

por Hernández, que en la indagación cualitativa el tamaño de la muestra no se fija a priori, sino que se establece un tipo de caso o unidad de análisis y a veces se perfila un número relativamente aproximado de casos, pero la muestra final se conoce cuando los casos que van adicionándose no aportan información o datos novedosos (“saturación de categorías”) ⁽⁴¹⁾.

Se solicitó la participación de todos los enfermeros(as) que laboraban en los pabellones sede de estudio, sin tener en cuenta ningún criterio de distinción como edad, sexo, tiempo de servicio ni procedencia.

De la población total de 15 enfermeros(as) asistenciales, al realizar las entrevistas semi-estructuradas a 10 enfermeros(as) se llegó al nivel de saturación.

A continuación se presenta un cuadro con el perfil de los participantes del estudio, a los que se les ha asignado un pseudónimo de origen quechua o aymara para guardar la confidencialidad:

PSEUDÓNIMO	EDAD	TIEMPO DE SERVICIO	UNIVERSIDAD DE ESTUDIO	PROCEDENCIA
Pilpintu	35 años	4 años	Universidad Nacional Federico Villareal	Lima
Taruka	32 años	2 años	Universidad Nacional del Callao	Lima

Naira	43 años	5 años	Universidad Nacional de Huancavelica	Huancavelica
Kusisa	38 años	4 años	Universidad Los Ángeles de Chimbote	Ancash
Sapaki	35 años	3 años	Universidad Nacional del Callao	Lima
Tamaya	42 años	7 años	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	Lima
Kayla	39 años	5 años	Universidad Nacional Federico Villareal	Lima
Kukulí	43 años	5 años	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	Lima
Misky	47 años	6 años	Universidad Nacional del Centro del Perú	Huancayo
Warmi	39 años	4 años	Universidad José Faustino Sánchez Carrión	Huacho

Entre los enfermeros(as) participantes del estudio, se encuentran 2 (20%) enfermeros de sexo masculino y 8 (80%) de sexo femenino. El rango de edades se encuentra entre los 32 a 47 años. El promedio de tiempo de servicio de los enfermeros(as) participantes es de 5 años en los servicios de medicina de la sede de estudio. La mayoría (70%) de los enfermeros(as) participantes son naturales de Lima, mientras el 30% es proveniente del interior del país. Referente a la experiencia laboral en algún establecimiento de salud en el interior del país, 5 (50%) tuvieron esa experiencia que, según sus manifestaciones, les fue útil para obtener conciencia y sensibilidad cultural.

D. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La investigación se desarrolló con la aplicación de las siguientes técnicas:

1. La entrevista que es una técnica flexible, íntima y abierta ⁽⁴²⁾, con la cual se pudo intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) logrando una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema.

La entrevista semi-estructurada brindó la libertad de introducir preguntas adicionales a las ya definidas como guía para el entrevistador, y así precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados, en este caso con finalidad de profundizar en el entendimiento del significado que le concede el personal profesional de enfermería al cuidado desde la perspectiva transcultural. Para la realización de las entrevistas semi-estructuradas se aplicó una Guía de entrevista semi-estructurada con preguntas norteadoras (ver Anexo B).

2. Otra técnica utilizada fue la observación participante, la cual según Patton (1997), citado por Hernández, tiene como propósitos esenciales el explorar contextos, ambientes y la mayoría de los aspectos de la vida social, describir las actividades que se desarrollan en éstos como las personas que participan en tales actividades y los significados de las mismas ⁽⁴³⁾. Para Jorgensen

(1989), citado por Hernández, comprende procesos, vinculaciones entre personas y sus situaciones o eventos que suceden a través del tiempo, los patrones que se desarrollan, así como los textos sociales y culturales en los cuales ocurren las experiencias humanas ⁽⁴⁴⁾.

En el estudio, mi papel como observador fue participante, lo que me permitió formar parte de la escena donde se desarrolló la observación haciendo labores propias de la práctica cotidiana de atención de enfermería en los pabellones seleccionados, y de esta manera pude constatar la aplicación de los cuidados desde la perspectiva transcultural que se brinda a los usuarios a través de una Guía de observación participante (ver Anexo C).

Las observaciones se realizaron durante los horarios en que laboran los licenciados de enfermería que participaron de esta investigación. Para recolectar información pertinente de las actitudes y acciones que realizaban los enfermeros(as) participantes del estudio en el contacto con los usuarios y su cultura se aplicó una Lista de chequeo (ver Anexo D) con la cual se indagó que factores del Modelo del Sol Naciente de la Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales de Leininger fueron considerados durante la valoración cultural que realizaban los participantes del estudio.

E. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

El proceso de recolección de datos de la presente investigación, siguiendo lo referido por Hernández en el 2003, lo que buscó fue obtener datos de personas, contextos o situaciones en profundidad y en las propias “formas de expresión” de cada uno de los participantes del estudio. ⁽⁴⁵⁾ En ese sentido este proceso de recolección de datos se realizó en los meses de Octubre y Noviembre del año 2010, previa coordinación y permiso de las autoridades del hospital donde se desarrolló el estudio, tanto con la Oficina de apoyo a la Investigación como con el Departamento de Enfermería, siendo aprobado por Carta N° 010-2011-OACDI, para obtener en sus instalaciones la información necesaria para la investigación. Así mismo, se contactó con los enfermeros(as) jefes de los pabellones seleccionados para el estudio, a quienes se les informó los objetivos y el modo de recolección de datos que se realizaría en dichos pabellones, obteniéndose el permiso y apoyo de ambos enfermeros(as) jefes.

Durante los turnos de trabajo de los licenciados de enfermería, se contactó con los que laboran en dichos pabellones, para explicarles en forma detallada los objetivos, el propósito de la investigación y el método de recolección de datos; y, según la disponibilidad de tiempo de los participantes del estudio se realizaron las entrevistas. Diez enfermeros(as) accedieron a dar sus declaraciones, previa coordinación del día y horario en que se haría la entrevista. Algunos enfermeros(as) se negaron a acceder a las entrevistas con el fundamento de contar con poca disponibilidad de tiempo.

Se procedió al trabajo de campo, para lo cual se aplicó las técnicas de entrevista a profundidad y observación participante (triangulación de técnicas) a través de la aplicación de la guía de entrevista semi-estructurada (ver anexo B), la guía de observación participante (ver anexo C), y la Lista de chequeo (ver anexo D).

Para la recolección de datos a través de la guía de entrevista semi-estructurada, las declaraciones de los participantes fueron grabadas, previo consentimiento informado (ver anexo A). Además, para guardar la confidencialidad de los participantes y para mayor libertad de respuesta a las preguntas realizadas, se asignó un pseudónimo, eligiéndose nombres quechuas y aymaras al azar, para cada uno de ellos.

Las entrevistas se realizaron, en su mayoría, a la hora de la visita de familiares, momento en que los enfermeros(as) participantes del estudio consideraron conveniente porque los usuarios estaban en compañía de sus familiares. Para realizar las entrevistas en un ambiente cómodo, libre de interrupciones y sin distractores, se decidió realizarlas en el estar de enfermería, disponible en ambos pabellones que consta de un ambiente cerrado con sillones y con ingreso restringido al personal de enfermería. Las entrevistas tuvieron una duración de 50 a 60 minutos por cada entrevistado.

La observación participante, mediante una guía (ver anexo C), se desarrolló durante los turnos de trabajo de los enfermeros(as)

participantes del estudio, mientras se realizaba labores diarias específicas, resaltando más en aquellas ocasiones en que el enfermero(a) interrelacionaba con los usuarios, como se dio durante el ingreso de los pacientes al servicio de hospitalización, durante el reporte de enfermería, durante la administración de tratamiento, entre otros momentos en que se observaba al enfermero(a) participante interrelacionar con los usuarios hospitalizados y/o sus familiares.

De este modo se realizaron 3 observaciones por participante, obteniéndose datos que afirmaban o, en algunos casos, contradecían sus declaraciones. Todos los aspectos observados fueron registrados en la libreta de campo, considerándose la fecha, hora y lugar donde se realizó la observación; también se anotaba la secuencia de acontecimientos, las expresiones faciales del enfermero(a) participante y del usuario, así como, las frases utilizadas en el diálogo entre ambos.

Del mismo modo, en dichas observaciones, para constatar si se aplica la Teoría transcultural de Madeleine Leininger, basándose en el Modelo del Sol Naciente de esta teoría, se observó mediante una lista de chequeo (ver anexo D) si el enfermero(a) participante indagaba sobre factores relacionados a la cultura, tales como: concepción de la vida y de la muerte, concepción de la enfermedad y de la salud, sentimientos y emociones, hábitos de alimentación, de higiene, de sueño, religión y situación económica.

F. PROCESO DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Mientras se iban recolectando los datos, obtenidos con la aplicación de la guía de la entrevista semi-estructurada, la guía de observación participante y la Lista de chequeo, se obtuvieron datos no estructurados, los cuales fueron muy variados, pero en esencia fueron narraciones de los participantes. La información obtenida fue segmentada en unidades de referencia, que posteriormente fueron codificadas cuando se iba otorgando significados a los segmentos, y así se obtuvo una descripción más completa de éstos. La codificación tiene dos planos o niveles: en el primero, se codifican las unidades en categorías; en el segundo, se comparan las categorías entre sí para agruparlas en temas y buscar posibles vinculaciones.⁽⁴⁶⁾

Mediante criterios como el reconocimiento de los aspectos culturales, la manifestación de limitaciones en los servicios hospitalarios para brindar cuidados transculturales, las acciones que realizaban los enfermeros(as) para promover el cuidado transcultural, entre otros criterios que fueron emergiendo con las entrevistas realizadas; de la unión de los códigos se constituyeron 15 subcategorías, las cuales a su vez conformaron 7 categorías emergentes.

Como refirió Erickson en el año 1986, en el proceso cualitativo debe tomarse en cuenta que los datos recolectados habrán de interpretarse y analizarse, de este modo se reflejará el hecho de que los seres humanos, en sus interacciones con el mundo que los rodea,

esbozan sus recursos conceptuales y los utilizan para construir los significados de sus circunstancias.

Para el análisis de la información se confrontó con la literatura sobre el tema y se realizó una revisión de investigaciones anteriores que brindaba una visión comparativa de los datos obtenidos en la recolección, empleando los tres instrumentos de esta investigación.

G. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Previo a la aplicación de los instrumentos para la recolección de datos, se informó a los participantes del estudio los objetivos de la investigación, y se solicitó su consentimiento informado (Ver Anexo A) para participar en la misma.

Toda información brindada por los participantes del estudio fue manejada con total confidencialidad no revelando la identidad del participante, utilizándose códigos al presentar declaraciones de los mismos, en el informe final de la investigación.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Al finalizar el proceso de recolección de datos, se procedió a codificarlos y de la unión de los códigos se constituyeron 15 subcategorías, las cuales a su vez conformaron 7 categorías emergentes, según la semejanza de los contenidos encontrados en las declaraciones de los(as) enfermeros(as) participantes del estudio. Posteriormente, se procedió a analizar e interpretar la información obtenida en cada categoría, teniendo en cuenta la base teórica, las investigaciones anteriores y las observaciones realizadas a la práctica diaria de los(as) enfermeros(as) participantes del estudio.

Las categorías emergentes son las siguientes:

Categoría 1: Valorando la necesidad de reconocer las expresiones culturales de los usuarios.

Categoría 2: Diferenciando el cuidado transcultural según niveles de atención.

Categoría 3: Promoviendo el cuidado transcultural en los servicios hospitalarios.

Categoría 4: Valorando el contacto cultural previo del enfermero(a) para un cuidado con perspectiva transcultural.

Categoría 5: Repensando en la formación del enfermero(a) para un cuidado transcultural.

Categoría 6: Rechazando los aspectos culturales en la atención del usuario.

Categoría 7: Limitaciones para el cuidado transcultural en los servicios hospitalarios.

CATEGORÍA 1: VALORANDO LA NECESIDAD DE RECONOCER LAS EXPRESIONES CULTURALES DE LOS USUARIOS.

Esta categoría nos presenta como los profesionales de enfermería entrevistados definen lo que significa la cultura para ellos, los conceptos que relacionan con la cultura, como tienen en consideración las diferencias culturales de los usuarios, pues son conscientes que muchos de ellos proceden de diversas regiones del país: la costa, la sierra y la selva. Además, comprenden que algunos pacientes, por su propia cultura, asocian la enfermedad como producto de una “maldad” o “susto”, y que estos usuarios asocian su curación a la sanación por el chamán y el uso de hierbas medicinales. Otra expresión cultural que reconocen en los usuarios, es la religiosidad con la práctica de la oración y el acompañamiento de imágenes religiosas.

Para la mejor comprensión de esta categoría, se presenta a continuación las 4 subcategorías que la componen:

SUBCATEGORÍA 1.1: Definiendo la cultura como las costumbres, valores, tradiciones, normas y formas de vivir de cada persona y su comunidad.

Los(as) enfermeros(as) entrevistados mencionaron el significado que daban a la palabra cultura, considerándolo como aspectos que involucran las costumbres que tiene un determinado pueblo y que cada persona ha adquirido según la creencia de su comunidad. Consideran también como cultura la forma de vivir de las personas que han aprendido de sus padres, sus tradiciones, como podemos verificar en las declaraciones que se presentan:

“...La cultura es los conocimientos, las costumbres que tiene un determinado pueblo, comunidad, una nación de un determinado lugar...” (Naira)

“...La cultura es esa forma como vive cada persona, que ha aprendido de sus padres y antepasados, las costumbres que ha adquirido según la creencia de su comunidad...” (Kayla)

“... La cultura es la forma como vive cada persona, sus creencias y tradiciones en su vida, y que comparte con su pueblo, porque de ellos, de sus padres ha aprendido esas tradiciones y creencias...” (Misky)

Además los entrevistados consideran dentro de la cultura los valores que tiene cada persona y que lo han ido formando en su educación y le

inculcaron sus familiares desde la infancia, como se puede apreciar en las siguientes declaraciones:

“...La cultura, ¡ay! una palabra simple pero difícil de decir, es las costumbres, los valores que tiene cada uno, que lo han ido formando...” (Pilpintu)

“...La cultura es el nivel o es la educación, la que recibió de sus familiares, esos conocimientos y valores que le inculcaron desde pequeño, que tiene un paciente o la familia, y de acuerdo a como está formado, de acuerdo a sus costumbres, a su educación...” (Taruka)

Los(as) enfermeros(as) relacionan la cultura a las ideologías, los conocimientos, y las formas de pensar que son transmitidas por generaciones:

“... La cultura es el conjunto de costumbres, de ideologías, es decir, la forma de pensar que va de generación en generación; y de formas de vivir que tiene cada persona...” (Kusisa)

Además, se hace referencia a que la cultura es el conjunto de normas que regulan las acciones de las personas y las corrientes de pensamiento de un grupo de personas, como lo menciona Sapaki:

“... La cultura es el conjunto de normas que regulan las acciones de cada uno, un conjunto de costumbres, de ideas, de ideologías es decir de las corrientes de pensamiento de un grupo de personas...” (Sapaki)

En la literatura existen varias definiciones de la cultura, así tenemos que el Ministerio de Salud del Perú, en el año 2006 en la presentación de

la Norma Técnica de Salud para la transversación de los enfoques: Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud, la define como una entidad compleja y dinámica que se adquiere, transforma y transmite a través del lenguaje y la socialización. En el concepto de cultura convergen la dimensión cognitiva, que sintetiza el mundo simbólico de las personas, sus pensamientos, conocimientos y creencias adquiridas a través del aprendizaje; y la dimensión material, que es manifestación de lo simbólico en conductas, prácticas, artefactos culturales y normas de relación social. ⁽⁴⁷⁾

Según Cross, Bagron, Dennis, e Isaacs (1989), Pinderhughes (1989), citados por Bant en el año 2000, la cultura puede ser definida como un patrón de creencias, pensamientos, valores, prácticas, comunicaciones, comportamientos e instituciones (familia, instituciones económicas, políticas, religiosas) que son características y sirven para preservar a un grupo social dado. ⁽⁴⁸⁾

Del mismo modo, Myers en el 2005, se refiere a la cultura como las formas de comportamiento, ideas, actitudes y tradiciones duraderas compartidas por un grupo de personas y transmitidas de una generación a la siguiente. Agregando que aunque algunas normas son universales, toda cultura tiene las suyas propias, reglas sobre las conductas sociales aceptadas y esperadas. ⁽⁴⁹⁾

Otra definición de cultura que refuerza las mencionadas anteriormente, es la del antropólogo Siles, quien menciona que la cultura

es el conjunto o totalidad de comportamientos, pensamientos y sentimientos que define una comunidad o grupo humano. ⁽⁵⁰⁾

Comparando las definiciones de cultura que nos refiere la literatura con las manifestaciones de los entrevistados, se puede ver que coinciden en muchos aspectos, lo que indicaría que para la profesión de enfermería es importante tener en cuenta una correcta definición de la cultura. Tal como lo fue para Madeleine Leininger, enfermera teórica que se propuso descubrir los puntos de vista culturales en la atención de enfermería; por lo que refirió que la cultura consiste en los valores, creencias, normas y modos de vida aprendidos, asumidos y transmitidos por un determinado grupo y que guían sus pensamientos, decisiones, acciones o patrones de comunicación.

La misma autora, en el Modelo del Sol Naciente, describe a los seres humanos como entes que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción del mundo, de su trayectoria vital y del contexto de su entorno, por lo que considera los siguientes factores dentro de la dimensión cultural: factores tecnológicos, factores religiosos y filosóficos, factores sociales y familiares, valores culturales y estilos de vida, factores políticos y legales, factores económicos, y factores educativos. ⁽⁵¹⁾

SUBCATEGORÍA 1.2: Considerando las diferencias culturales de los usuarios por proceder de diversas regiones del país.

Los(as) enfermeros(as) entrevistados refirieron que en el hospital de estudio se hospitalizan usuarios transferidos de diversas regiones del país: costa, sierra y selva, lo que fue corroborado por la Oficina de Estadística del referido hospital que registra los ingresos de usuarios, quienes en la búsqueda de una mayor capacidad resolutive a sus problemas de salud, son transferidos de instituciones de salud del interior del país. Ante esta situación, los licenciados de enfermería entrevistados refieren que reconocen varios aspectos de la cultura de los usuarios, y consideran necesario tener en cuenta la interculturalidad, como lo mencionan en las siguientes expresiones:

“...Sería bueno tener en cuenta la interculturalidad de todas las regiones del país, porque en este hospital que es de referencia nos llegan de las tres regiones...” (Naira)

“...Se ven varios aspectos culturales por la misma variedad del país, en este hospital al menos se ven pacientes de distintas procedencias que han sido transferidos aquí desde el norte, sierra y selva...” (Sapaki)

Sin embargo, en las observaciones realizadas en la práctica diaria de los participantes del estudio, se notó que no todos realizan una valoración cultural considerando esta diversidad, es decir, del total (100%) de profesionales de enfermería, solo 1 (10%) indagó sobre los aspectos culturales de sus pacientes a través del diálogo que mantenían durante la hora de visita de los familiares, como podemos constatar en la siguiente observación:

El licenciado Sapaki se dirige a la cama N° 28, donde se encuentra con un paciente de sexo masculino, de 52 años de edad, natural de Ancash. El licenciado se acerca y se produce el siguiente diálogo:

Lic. Sapaki: “¿Qué pasó papá, no vino tu familia hoy?”

Usuario: “no han venido pues, están en la chacra seguro allá en mi tierra, mi hijo, él se ha quedado allá trabajando mi chacra”.

El enfermero Sapaki le coloca la mano sobre el hombro del paciente y le responde:

Lic. Sapaki: “así es cuando hay que trabajar para comer, ¿dónde tienes tu chacra?”

Usuario: “en Pomabamba, allá en Ancash, si pues hay que hacer platita para comprar las medicinas”.

El licenciado Sapaki, le da unas palmadas suaves en el hombro al paciente y se retira diciendo: “ya te estás poniendo mejor, ya te van a venir a recoger para que regreses a tu tierra”

(Observación realizada el día viernes 15 de Octubre del 2010 a las 15:20 hrs.)

A través de esta observación, podemos notar que la valoración cultural que realizó el enfermero no consideró todos los factores dentro de la dimensión cultural para los cuidados que refiere el Modelo del Sol Naciente de Leininger, pues solo obtuvo información sobre factores sociales y familia, estilos de vida y factores económicos, como fue corroborado a través de la Lista de chequeo aplicada durante las observaciones en el trabajo de campo donde se observaron los factores valorados por el enfermero durante la atención al usuario hospitalizado, tales como los hábitos de higiene, hábitos de sueño, hábitos de alimentación, religión, situación económica, entre otros.

Según Carlos Eduardo Aramburú, citado en la publicación del Simposio sobre los Cambios Sociales en el Perú: 1968-2008, llevado a

cabo en la Pontificia Universidad Católica del Perú en el año 2009, la clave del proceso poblacional peruano es la distribución por regiones naturales, las que, de manera gruesa, representan también contextos económicos y socioculturales diferenciados. ⁽⁵²⁾

Ante la situación presentada a la población peruana en las últimas décadas, la realidad cambió; se ha dado la interacción cultural entre los pobladores provenientes de las distintas regiones naturales, reconociéndose la importancia del concepto de cultura y de la diversidad cultural propia de nuestro territorio.

Otro autor presentado en el mismo Simposio, Juan Ansión, refiere que en la ciudad de Lima, se pueden apreciar diversas manifestaciones culturales propias de las personas procedentes del interior del país quienes trasladan su cultura y costumbres, es así que se realizan fiestas patronales en celebración del santo religioso de su pueblo natal, traen consigo platos típicos de su tierra, su música y bailes, incluso sus métodos de curación ancestrales dando origen a una mixtura en el tratamiento de sus enfermedades poniendo en práctica la medicina occidental y la de su propia cultura.

Este autor agrega que, los cambios culturales se dan muchas veces en contextos de relaciones entre grupos humanos diferentes por lo que las influencias mutuas son frecuentes, pero las diferencias culturales no deben hacer perder de vista que compartimos todos una misma condición humana. Los intercambios interculturales no podrían darse sin elementos

básicos en común, es por ello que se dice que, la multiculturalidad es una realidad y la interculturalidad una acción interactiva de esas diferentes culturas.⁽⁵³⁾

De esta manera, el multiculturalismo no debe abordarse como un problema, sino como la descripción de nuestra realidad donde observamos la coexistencia dentro de un mismo territorio de culturas diferentes. Y frente a esta realidad, para enfermería, un ideal a alcanzar, más allá de tomar conciencia de este multiculturalismo, debe empoderarse en la transculturalidad, centrándose así en la gestión del espacio para incluir las realidades culturalmente diversas, existentes en el mismo territorio, evitándose la segregación de las comunidades y la pérdida de patrimonio de conocimientos culturales.

SUBCATEGORÍA 1.3: Comprendiendo que algunos usuarios asocian la enfermedad como una “maldad”, “susto”; y su curación a través del chamán y hierbas medicinales.

Los(as) enfermeros(as) participantes del estudio refieren que un aspecto cultural que pueden observar en los usuarios, es como curan su enfermedad, manifiestan que hacen uso de hierbas medicinales y emplastos; así como su concepción de curación a través de un chamán o curandero para ayudar al usuario y evitar que este empeore en su estado de salud:

“...Los conocimientos podría ser curar una determinada enfermedad mediante hierbas, el hacer emplastos. Los aspectos culturales que vi en el hospital, la forma de tratamiento que usan son las hierbas para que les pase...” (Naira)

“...Los tiene que ver un chamán, un curandero para que pueda ayudar al paciente porque sino empeoran y no mejoran. Este sería el aspecto en cómo curan su salud. Aparte otro aspecto no, generalmente esto es lo que vi acá...” (Naira)

Además, los(as) enfermeros(as) entrevistados refieren que los usuarios del interior del país tienen una concepción diferente al modelo biologista del proceso de salud-enfermedad, pues asocian la enfermedad al hecho de haber recibido una “maldad”, “daño” o “susto”, a lo que el(la) enfermero(a) refiere comprender esta concepción pues reconoce que es un aspecto cultural que ha sido transmitido desde sus antepasados:

“... los pacientes del interior del país no tienen los conceptos de microbiología y patología que te enseñan en la universidad, ellos asocian la enfermedad al “daño” o al “susto”, y hay que comprenderlos porque ese concepto se les ha dado desde sus antepasados...” (Kukulí)

La salud, el bienestar, la alimentación, la enfermedad y las formas de curar corresponden a construcciones socio-culturales. ⁽⁵⁴⁾ Desde el punto de vista de enfermería y la gestión de cuidados, el multiculturalismo constituye una gran oportunidad para constatar la universalidad de los cuidados y su diversidad de manifestaciones culturales. Es en este hecho que se fundamenta el Modelo de Enfermería Transcultural, formulado por Madeleine Leininger durante los años sesenta en EE.UU.: “la práctica de los cuidados en los seres humanos es un fenómeno universal, pero las

expresiones, procesos y modelos de cuidados varían de una cultura a otra”.⁽⁵⁵⁾

Por lo que Leininger menciona dentro de su Teoría a la Universalidad y Diversidad del Cuidado, que desde las diversas culturas se distingue lo que las personas sienten, piensan y hacen en torno a su propio cuidado de la salud. Al comprender cada cultura, se le podrá expresar bajo los diferentes modos de promoción y mantenimiento de la salud. Buscar, descubrir, comprender e interpretar el comportamiento de las personas en torno al cuidado; que las personas develen sus significados y enseñen las creencias y prácticas que guían sus modos de pensar y de actuar frente al cuidado de su salud.⁽⁵⁶⁾

A partir de este tema, se realizaron algunas investigaciones, como la elaborada por Casabona en el año 2008 donde investigó la gestión transcultural de los cuidados de enfermería del Proyecto Socio-Sanitario entre España y Holanda, en el estudio donde participaron usuarios holandeses que eran atendidos por enfermeros españoles, pudo constatar, que los usuarios de culturas diferentes, poseían un concepto de salud resultado de una reinterpretación cultural donde prevalece una explicación holística basada en los valores de la cultura indígena (entorno, mitología, religión, determinismo, remedios tradicionales, etc.) Para lo cual, Casabona concluyó que era necesario incorporar estos conceptos de salud propios de los usuarios de culturas diferentes para lograr así un cuidado culturalmente congruente.⁽⁵⁷⁾

Además de considerar el concepto de salud propia de la cultura de las personas, es necesario también conocer el concepto de enfermedad, el proceso de enfermar y curar propia de la cultura de los usuarios, y así conocer más a fondo la existencia de enfermedades ligadas a su cultura, para valorar su actitud hacia determinada medicación, y su actitud hacia los cuidados de enfermería, con el fin de abordarlos de una forma holística, tal como fue en la investigación publicada en la Revista Investigación y Educación en enfermería de Colombia, realizada con las madres habitantes del municipio de Turbo, Colombia en el año 2007, se les preguntó por qué su hijo llegó a esta enfermedad (Marasmo o Kwashiorkor), a lo que ellas respondieron que resultó ser el “mal de ojo secador” el causante, al que se referían como una malquerencia o envidia de gente extraña, lo que causaba en sus hijos que tosa raro, estén decaídos, llloren, no duerman, no coman, y presenten diarrea y vómitos.

Ante esto, las madres refieren que llevan a sus hijos a un santiguador para que les rece. El “mal de ojo” ha estado presente en la historia de la humanidad desde tiempos muy antiguos, ha pasado de generación en generación y el municipio de Turbo no ha estado libre de la transmisión de este conocimiento, como una de las enfermedades de filiación cultural de la localidad.

En el mismo estudio se encontró que para el tratamiento del “mal de ojo” se hacían uso de prácticas curativas como una gama amplia de bebidas, que se basan en plantas vegetales solas, algunas mezcladas con licor, ajo, cebolla, u otras sustancias disponibles en la flora local. ⁽⁵⁸⁾

SUBCATEGORÍA 1.4: Considerando las imágenes religiosas y la oración como expresión cultural.

Dentro de las expresiones culturales que los(as) enfermeros(as) entrevistados manifiestan observar en los usuarios, se encuentra la religiosidad, señalan que no es un aspecto aislado de una cierta región del país, pues refieren observarlo en usuarios tanto de la costa como de la sierra, mediante la oración, las imágenes religiosas, rosarios, como lo señala Misky:

*“...Otro ejemplo de los aspectos culturales, y no sólo de la sierra, también se puede ver de la cultura de los pacientes de acá de Lima; hace unos meses hubo la procesión del Señor de los milagros, los limeños son muy creyentes de esta imagen, y se hace un recorrido muy bonito y la imagen permanece en el servicio unos días, y ves a los pacientes orarle, persignarse...”
(Misky)*

Como se aprecia, según los licenciados de enfermería, la religiosidad está presente en los usuarios; e incluso, se considera dentro de las actividades del hospital, al organizar misas y procesiones de imágenes religiosas, como fue observado en el mes de Octubre:

La licenciada de enfermería se dirige al personal técnico:
Enfermera: “... va a pasar el Señor de los Milagros, va a entrar la imagen a la entrada del hospital, vamos a seleccionar unos pacientes que puedan ir, más o menos a las 7 estará por acá”.
La licenciada le hace entrega a la técnica de enfermería una lista donde están los nombres de los pacientes seleccionados. Posteriormente, la licenciada se acerca a uno de estos pacientes y le dice:

Enfermera: "vas a ir a ver al Señor de los Milagros, va a venir la procesión, es de la imagen grande de las Nazarenas, no la de acá del hospital".

Usuario:" si señorita, me gustaría ir, si puedo ir, estaría muy agradecida, para orarle por mi salud".

La enfermera le pide que se abrigue y se retira.

(Observación realizada el día Viernes 8 de octubre, a las 18 hrs.)

A menudo se observa que en las personas la cultura y la religión van entrelazadas. Es así que en las personas, la religión puede ser modelador, por así decirlo, de los valores, creencias y prácticas relacionadas con la salud. ⁽⁵⁹⁾

En relación al tema, en la investigación realizada por Élide Zambrano en el año 2008, donde buscaba conocer la percepción de los pacientes sobre la sensibilidad cultural de los profesionales de enfermería, tras entrevistar a los usuarios, estos le refirieron que cuando se sienten mal rezan a Dios para pedirle ayuda en su curación. Estos usuarios a través de sus creencias religiosas, tienen esperanza en un poder sobrenatural que de ser posible los sanará y los librá de la muerte, y su fe se acrecienta más con la enfermedad; relacionan su enfermedad como una prueba de Dios para corregirse de sus malos hábitos. El ser humano es un ser biopsicosocial y religioso-espiritual. La mayoría de servicios que se le ofrece están relacionados con el área biológica, dejando de lado los otros aspectos como el área religioso-espiritual que es importante conocer por que éste; direcciona las emociones, sentimientos y estados de ánimo de las personas y se acrecienta en la enfermedad. ⁽⁶⁰⁾

En la misma investigación, respecto al cuidado del área religiosa, algunos usuarios refieren rezar todos los días, aunque ningún enfermero(a) sepa sobre esta actividad; asimismo, la única persona que se ha acercado a invitarla a ir a la misa ha sido una religiosa, pues la enfermera no le ha preguntado nada acerca de su religión. Ante estas manifestaciones, se pudo concluir lo importante que es conocer estos aspectos de la vida del paciente como la fe, su necesidad espiritual de orar, rezar y la esperanza que tiene en los poderes sobrenaturales de Dios; esto permite conocer más el lado religioso-espiritual de la persona.

Sin embargo, refiere la autora que a través de las referencias de los usuarios se evidencia que los(as) enfermeros(as) obvian estos aspectos y lo expresan en que las enfermeras no preguntan sobre sus creencias en Dios, hábitos de rezar, orar, escuchar misa, entre otros. Esta realidad refleja que los(as) enfermeros(as) no son sensibles a los aspectos religioso-espirituales de los usuarios.⁽⁶¹⁾

Al respecto, Carlos Romero en el año 2009, señala que dentro de la cultura nacional, un aspecto importante es la religiosidad, pues en el Perú, encontramos en la Encuesta Mundial de Valores (EMV) que la importancia de Dios en la vida de las personas se mantiene alta para un promedio de 90%.⁽⁶²⁾ Sin embargo, un cambio relevante que se aprecia es la expansión de las iglesias cristianas no católicas tales como adventistas, evangélicas, pentecostales, entre otras. En el 2006, la Encuesta Nacional Continua (ENCO) realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú, presentó un gráfico sobre la realidad, el cual indica

un crecimiento significativo de los peruanos cristianos no católicos, quienes aquel año llegaban al 19% de la población creyente en el área rural. ⁽⁶³⁾

Confrontando lo que nos dicen las encuestas nacionales con las manifestaciones de los(as) enfermeros(as), se puede apreciar que dentro de su valoración hacen referencia mayormente a la religiosidad católica, más no a la no católica como la evangelista, adventista, entre otras.

CATEGORÍA 2: DIFERENCIANDO EL CUIDADO TRANSCULTURAL SEGÚN NIVELES DE ATENCIÓN.

Algunos enfermeros(as) participantes del estudio refirieron que por su experiencia laboral previa en la atención a usuarios que acudían a un centro de salud, consideraban que existía una diferencia con la atención que ahora brindaban en el hospital, pues según ellos observaron, en los centros de salud era más factible poder realizar una valoración de los aspectos culturales de los usuarios, alegando que en el hospital la atención es más rápida y se dispone de poco tiempo para poder tomar en cuenta estos aspectos en la atención, como lo refiere Pilpintu a continuación:

“...Yo trabajé en un centro de salud hace muchos años, y creo que allá es más posible que se observe la cultura de los pacientes; en cambio, en el hospital no, porque todo es más rápido y no alcanza mucho tiempo...” (Pilpintu)

De la misma forma, Kukulí, afirma lo anteriormente señalado por Pilpintu, agregando además que en los centros de salud se torna más importante los aspectos culturales de los usuarios pues en este nivel de salud se trata de adaptar los cuidados de enfermería a la cultura de las personas, a diferencia de la atención brindada en los hospitales donde lo que se busca es adaptar al usuario a las normas y rutinas hospitalarias sin consideración de su cultura:

“...Yo trabajé hace algunos años en un centro de salud, y ahora que trabajo en el hospital, veo que hay ciertas diferencias en este tema, pues en el centro de salud se torna más importante los aspectos culturales y se trata de adaptar los cuidados a la cultura de las personas; en cambio en el hospital es al revés, se trata o incluso se busca adaptar a los pacientes a las normas y la rutina del hospital...” (Kukulí)

Como señaló Escartin en el año 1999, cada vez son más los contextos donde se pone de manifiesto la diversidad cultural de los pacientes-clientes que acuden a un determinado entorno de salud.⁽⁶⁴⁾

En el sistema sanitario peruano, existen niveles de atención donde el centro de salud es el entorno de salud donde se dan las atenciones primarias, teniendo en cuenta las actividades preventivo-promocionales, dirigidas a las comunidades; por lo que en este nivel de salud es importante tener en cuenta los aspectos generales de la población a la que se va a atender, entre estos aspectos, la cultura juega un rol decisivo, para lograr la identificación, representación y aprobación de los usuarios sobre los cuidados que se brindan al ser estos congruentes y compatibles con su cultura.

Sin embargo, cuando un problema de salud se agrava y es necesario acudir a una institución de salud con mayor capacidad resolutoria de dicho problema, es que se producen las transferencias de los usuarios a hospitales de referencia nacional, como es la institución sede de estudio, donde en promedio, cada servicio de hospitalización cuenta con 40 camas de las cuales casi la mayoría siempre se encuentra ocupada por un usuario. Ante esta situación, los licenciados de enfermería que laboran en dichos servicios hospitalarios, se encuentran frente a una gran demanda de atención, y en muchos casos, como ha sido manifestado en las declaraciones de los participantes, no consideran dentro de su valoración a los aspectos culturales, ya sea por falta de tiempo o por cumplimiento de las normas hospitalarias, que en muchos casos son contrarios a las concepciones culturales de los usuarios.

Ante a esta situación, los usuarios, según refiere Luckman en el año 1999, su percepción de salud, de su enfermedad y del periodo de hospitalización que van a atravesar, les produce un “shock cultural” al enfrentarse su cultura nativa a otra nueva. Es entonces que se visibiliza las contradicciones de un sistema sanitario excesivamente rígido. ⁽⁶⁵⁾

Del mismo modo, Weber (1990), compara los servicios de salud con una férrea fortificación impenetrable y laberíntica, esta comparación la hace cuando describe el itinerario que el usuario debe recorrer por los pasillos de un centro asistencial antes de ser atendido. En efecto, los centros hospitalarios están regidos por una férrea maquinaria burocrática y asume grandes masas de seres humanos. La masificación y la

burocratización de la asistencia repercuten evidentemente, en detrimento de la calidad asistencial, porque dificulta el trato personalizado y la percepción singular de cada usuario. ⁽⁶⁶⁾

Los constructos que el modelo transcultural persigue para la competencia cultural, según Campinha-Bacote, son la conciencia o adecuación cultural, la habilidad cultural, deseo o interés cultural. Estos constructos tienen una relación interdependiente entre ellos y no importa donde los proveedores estén ofreciendo el cuidado, ya sea un centro asistencial de alto nivel o de menor complejidad. ⁽⁶⁷⁾

Para lograr esta implementación del cuidado transcultural en todos los niveles de atención, el Ministerio de Salud del Perú, en sus Estudios Operativos en la Salud Materno Infantil (1999), descubrió que uno de los principales problemas es que el sistema no contempla el rol que juega la cultura en el proceso de salud-enfermedad, ya que no considera plenamente las alternativas que emanan de ese patrimonio cultural, que es el saber tradicional. ⁽⁶⁸⁾

Contrariamente a lo referido por los entrevistados en esta investigación, en relación a que en los centros de salud se hacía un mayor hincapié al cuidado transcultural; en la investigación desarrollada por Kelly Bermúdez en los Centros de Salud de la Dirección de Salud V en el año 2003, durante la observación de la atención de enfermería en el componente Crecimiento y Desarrollo (CRED), se dejaba entrever una atención que se regía más por el modelo biomédico, donde la

investigadora observó a la enfermera mientras atendía a la madre y su niño; y, desvalorando los alimentos que la madre proporcionaba a su hijo le recomendaba a la madre darle de comer a su hijo alimentos más espesos como sopas o mazamorras para su ganancia de peso, porque lo que la madre le daba en casa no lo ayudaba a subir de peso.

Así, a pesar de que en esta investigación, las enfermeras refirieron la importancia del cuidado transcultural, muy poco lo hacían en la práctica, ya que sus actividades, no reflejaban esa atención a la persona en forma integral, pues la atención se inicia, cuando la enfermera solicita el carnet de CRED, mientras tanto la madre retira la ropita al niño, luego la enfermera lo pesa, talla, examina y evalúa su desarrollo psicomotor con el test abreviado. La enfermera termina informándole a la madre como está su niño y le dice que debe dar de comer a su hijo y cuando es su próximo control.

De esta manera muestra que el cuidado en CRED, solo se dirige al aspecto físico del niño como es evaluar su crecimiento y desarrollo, es decir, reflejan una atención con tendencia biologista.⁽⁶⁹⁾

Entonces, al observar el contexto real en la atención en los centros de salud, permitió constatar una dicotomía existente entre la teoría y la práctica, ya que a pesar de que las enfermeras conceptualizaron el cuidado transcultural como atender con flexibilidad cultural conociendo la cultura de la madre; las enfermeras mostraban comportamientos que caracterizaban una atención no a la persona, sino al motivo de consulta, lo

cual sugiere que no hay diferencia en la atención de los centros de salud y los servicios hospitalarios, pues en ambos no se consideran totalmente los aspectos culturales de los usuarios.

CATEGORÍA 3: PROMOVRIENDO EL CUIDADO TRANSCULTURAL EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS

Esta categoría presenta el significado que tiene, para los(as) enfermeros(as) entrevistados, el cuidado desde la perspectiva transcultural, donde nos refieren la utilidad de conocer el idioma quechua para lograr este cuidado transcultural, también consideran que para promover este cuidado se debe tratar de adaptar los aspectos culturales a las normas del hospital mediante la interrelación y comunicación con los usuarios. Así mismo, los participantes del estudio consideran importante y necesario la capacitación del enfermero(a) y la investigación sobre el cuidado transcultural. Esta categoría tiene 4 subcategorías, las cuales se presentan a continuación:

SUBCATEGORÍA 3.1: Definiendo el cuidado desde la perspectiva transcultural como el respeto y aplicación de la cultura del usuario.

El significado que tiene el cuidado desde la perspectiva transcultural, para los(as) enfermeros(as) participantes del estudio, involucra el considerar, respetar y comprender la cultura de los usuarios, su forma de pensar, sus costumbres; es decir, involucrando todos los aspectos

culturales de cada persona de forma individual, humana y cálida. Por lo tanto, según Sapaki la atención a los pacientes debe ser diferenciada, de acuerdo a su cultura, como lo señala a continuación:

“...El cuidado es la esencia de enfermería, entonces sería un cuidado involucrando estos aspectos culturales del paciente, porque yo no puedo cuidar de la misma forma a dos pacientes, cada uno tiene su propia cultura, por eso es importantísimo tener en cuenta estos aspectos para el cuidado que brinda enfermería...” (Sapaki)

“...El cuidado transcultural involucraría que respeten las diversas culturas, más que todo su forma de pensar, sus costumbres, y dando un servicio humano, cálido, que recuerden que están cuidando personas, que estas personas vienen con todas sus experiencias previas, su cultura y tradiciones de sus pueblos...” (Misky)

“...El cuidado transcultural sería el cuidado tomando en cuenta la cultura de las personas ¿no?, pues sería comprender su idioma, comprendiéndolos, para lograr darles un cuidado integral...” (Warmi)

Ante estas declaraciones de los enfermeros(as) participantes del estudio, se indagó en la literatura el significado del cuidado transcultural, encontrándose que, Martha Vásquez en el año 2007 mencionó que el cuidado es esencial e inherente a la vida humana. El cuidado de la vida es quizás la acción mínima fundamental de un conglomerado humano. Es algo no sólo relacionado con la reacción instintiva de protegerse en forma individual o grupal, ante un agente externo que amenace a la persona o al grupo, sino que se trata de una acción consciente, concertada y premeditada, con hondas bases filosóficas. ⁽⁷⁰⁾

Esta misma autora, hace referencia a dos teóricas de enfermería: Leininger y Watson, quienes se manifiestan en sus obras: “Enfermería transcultural: Conceptos, Teorías y Prácticas” (1978) y “Enfermería Ciencia Humana y Teoría de Enfermería sobre el Cuidado Humano” (1985), respectivamente; donde refieren que la enfermería define magistralmente el quehacer de sus profesionales, como el de cuidadores y cuidadoras. ⁽⁷¹⁾

Consideran también, los(as) enfermeros(as) entrevistados, que el cuidado transcultural se relaciona con adaptar los aspectos culturales del usuario al medio hospitalario, y viceversa, orientando a los usuarios sobre los cuidados de enfermería para así lograr su colaboración, como lo señalan Kukulí y Tamaya:

“... El cuidado es el arte de enfermería, entonces sería un cuidado involucrando estos aspectos culturales del paciente, tratando de adaptar los aspectos culturales al hospital, y viceversa...” (Kukulí)

“... Yo creo que es el respetar sus creencias, primero orientándolo en que cuidados se va a dar y explicándoles el porqué, para así lograr que colaboren...” (Tamaya)

Del mismo modo, Leininger en el año 1991, refiriéndose a la Enfermería transcultural, menciona que: “el cuidado es la esencia de la Enfermería y el cuidado cultural corresponde a los valores, creencias y estilos de vida transmitidos y que son necesarios para conservar el estado de bienestar y salud de los individuos o grupos”. ⁽⁷²⁾

Es de este modo que Leininger introduce el término de enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturales 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 proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y/o una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura.

Para lograr proporcionar esta práctica de cuidados, la autora sostiene que las enfermeras no pueden separar las concepciones del mundo, la estructura social ni las creencias culturales (tradicionales o profesionales) de la salud, el bienestar, la enfermedad o los cuidados cuando trabajan con culturas diferentes entre sí, ya que todos estos factores están estrechamente relacionados. Los factores procedentes de la estructura social a saber, religión, política, cultura, economía y parentesco; son fuerzas relevantes que influyen en los modelos, sea de bienestar o de enfermedad. También hace hincapié en la importancia de descubrir cuidados genéricos (tradicionales, locales o indígenas) en las culturas y compararlos con los cuidados profesionales.

Además, Leininger considera que las enfermeras deben trabajar de tal modo que se explique el uso de los cuidados y los significados, y así los cuidados culturales, valores, creencias y modos de vida puedan facilitar bases fiables y exactas para planificar e implementar eficazmente

los cuidados específicos de la cultura y para identificar cualquier característica, universal o común, relacionada con los cuidados. ⁽⁷³⁾

Para los(as) enfermeros(as) participantes del estudio, el cuidado desde la perspectiva transcultural involucra el considerar útil el uso de hierbas medicinales en la curación de los usuarios que según su cultura no aceptan ciertos medicamentos, por lo que refieren los(as) enfermeros(as) entrevistados, que no se puede obligar o imponerles el cuidado:

“... Por eso para mí el cuidado transcultural me parece muy bien, porque si bien es cierto desde nuestros antepasados han hecho uso de estas plantas, anteriormente no habían hospitalizaciones, y muy bien se curaban ellos...” (Naira)

“... El cuidado involucraría que tu sepas respetar su cultura, más que todo su forma de pensar, sus costumbres; y no le puedes obligar, como por ejemplo si un paciente refiere que no quiere un cierto medicamento porque dice que le hace mal, no le puedes obligar y solo lo escribes en la historia si es posible con su firma y huella digital, para nosotras también cuidarnos de la parte legal, porque el día que le pueda pasar algo no van a decir el paciente no quiso sino la enfermera no se lo colocó...” (Kusisa)

Asimismo, Vásquez agrega que, el cuidar desconociendo la piedra angular de la cultura de quien es cuidado, nos llevaría de un lado, a desconocer al ser humano como producto y productor de cultura, y de otro lado, a abolir el carácter relacional que tiene el cuidado y el cual es indispensable para que exista valoración. Concebir el cuidado participando con, por y para el otro precisa de involucrarnos solidariamente en esa relación de alteridad exenta de dominio, explotación, desconfianza y

paternalismo. El hecho de que haya ese conocimiento cultural, nos induce a responder preguntas como ¿qué hay que conocer? y ¿cómo hay que conocerlo?, no sólo desde el exterior sino desde el interior de cada ser humano. ⁽⁷⁴⁾

Como vemos, para esta autora, el cuidado desde la perspectiva cultural implica, describir qué piensan las personas, qué están haciendo y con qué finalidad piensan que lo están haciendo. Este abordaje del conocimiento y la comprensión del otro, de nuestro sujeto de cuidado, requiere adquirir una formalidad operacional con los conjuntos de significados en medio de los cuales él transita con su vida. ⁽⁷⁵⁾

A partir de este tema surgieron investigaciones como la desarrollada por Kelly Bermúdez en el año 2003 donde buscaba conocer el significado del cuidado transcultural para las enfermeras que laboraban en los servicios de Crecimiento y Desarrollo, la información contrastada que fue directamente representativa del tema de estudio fue: Cuidado transcultural “mucho se dice, poco se hace”. Este tema revela la paradoja que se da entre el significado del cuidado transcultural y el proceso real de cuidar por la enfermera en el componente Crecimiento y Desarrollo de los centros de salud que se estudiaron; esto demuestra que las enfermeras tienen una concepción distinta o diferente a lo que hace durante su atención. ⁽⁷⁶⁾

A través de estas manifestaciones, se puede ver que sus significados de cuidar transculturalmente, como menciona Boff (1999) envuelven verdaderamente una interrelación entre dos personas, cada

una de las cuales con diferencias y similitudes, donde se concibe la idea de ayudar y dejarse ayudar; esto demuestra que para la enfermera es necesario acercarse a la persona como la madre, para poder conocerla y ayudarla. ⁽⁷⁷⁾

SUBCATEGORÍA 3.2: Valorando el conocimiento del idioma quechua para lograr un cuidado transcultural.

Algunos de los(as) enfermeros(as) entrevistados afirmaron la utilidad que tenía el conocer el idioma quechua por parte de los(as) enfermeros(as), ya que una población considerable de usuarios quechua-hablantes son referidos al hospital sede de estudio. Algunos refieren que el hecho de hablar un poco de quechua les ha facilitado entender y atender a usuarios que son quechua-hablantes, provenientes del interior del país, por lo que ellos consideran importante y necesario la enseñanza de este idioma a nivel universitario, durante la formación del enfermero(a), como lo refirió Kuisa:

“... Yo soy ancashina, pero estudié en la ciudad de Chimbote, yo creo que en toda universidad, acá en el Perú, deberían exigir el idioma quechua, al menos en mi universidad sí me enseñaron para llegar a entender algo de quechua; y cuando trabajé en la sierra me ayudó, no lo sé a la perfección pero me ayudó a poder comunicarme con las madres, porque yo trabajaba en el área de Crecimiento y desarrollo, y en todos los programas del Centro del Salud...” (Kuisa)

La misma entrevistada nos refirió, además, que cuando se desconoce el idioma del usuario, se pueden presentar situaciones

conflictivas debido a la falta de comunicación por este desconocimiento, y observó que los trabajadores de salud pueden malinterpretar y creer que el usuario está desorientado al no entender el idioma; y de este modo brindan cuidados culturalmente incongruentes que pueden incluso afectar la adaptación del usuario al medio hospitalario, como lo señala a continuación:

“... como en el caso de una abuelita, le comenzaron a amarrar los brazos a la abuelita porque pensaron que no estaba orientada, pero no era que no estaba orientada sino que hablaba quechua y nadie le entendía, y como no entendían su idioma entonces creen que esta desorientada van y la sujetan, pero no decimos ella que estará pensando, que al hacerle eso es más estresante, dirá que me están haciendo y ella de repente querrá irse...” (Kusisa)

Otros enfermeros(as) entrevistados refirieron desconocer el idioma quechua, pero que consideran necesario conocerlo para así entender la cultura de los usuarios y satisfacerlos en sus necesidades básicas, porque si no logran esta atención a los usuarios, los mismos enfermeros(as) sienten una sensación de frustración que interfiere en su labor diaria, como refiere Warmi:

“... para conocer más de la cultura de los pacientes, sería bueno saber el idioma, yo no hablo quechua, y cuando vienen pacientes quechua hablantes, no les entiendes, no sabes que quieren, y es frustrante porque una vez me pasó que el paciente llamaba y no sabíamos que quería, y era que quería orinar, pero como no entendíamos, resultó orinándose en la cama, tuvimos que enseñarle a decir “pís” para llamarnos cuando quería orinar, porque sino iba a seguir pasando en los demás turnos lo mismo...” (Warmi)

En el 2006, Ximena Ibarra, se refirió al ser humano como un ser social por naturaleza y a la comunicación como constituyente de la base de todas las relaciones interpersonales. En el ámbito concreto del desarrollo profesional, la capacidad para comunicarse eficazmente constituye una habilidad indispensable; y tanto más en aquellos trabajos, como el de enfermería, en los que el contacto con los demás es la esencia misma de la labor profesional. ⁽⁷⁸⁾

Del mismo modo, Bárbara Koziar señala que una comunicación clara y eficaz es esencial en el trato con el usuario. Pero ¿qué sucede cuando existen barreras idiomáticas? Éstas pueden constituir el obstáculo más importante a la hora de proporcionar cuidados multiculturales creando así una barrera cultural. Si las enfermeras se ven privadas del medio más habitual de interacción con el paciente –la palabra hablada- a menudo se sienten frustradas e ineficaces, influyendo estos sentimientos en todas las fases de la relación paciente-cuidador. ⁽⁷⁹⁾

Es así que podemos afirmar que la comunicación es uno de los problemas comunes, tanto para los usuarios como para el personal de la institución. Los participantes del estudio refirieron que si no se logra comprender al usuario, conociendo su idioma nativo, es imposible brindar cuidados coherentes al modo de ser del usuario, vale decir coherentes culturalmente. Como consecuencia el usuario experimentará un choque cultural y puede reaccionar retrayéndose, no cooperando, o comportándose de manera hostil y agresiva. Y por el lado de los trabajadores de salud, pueden llegar a sentir frustración e ineficacia en la comunicación.

Si los usuarios no logran hacerse comprender y los(as) enfermeros(as) no los comprenden, con frecuencia evitarán la comunicación verbal entre ambos, con lo que se agravará la actitud de aislamiento. Por lo que se sugiere, concordando con los entrevistados, el aprendizaje de otros idiomas como el quechua.

SUBCATEGORÍA 3.3: Valorando la adecuación cultural de los servicios hospitalarios al cuidado transcultural mediante la interrelación.

Algunos de los(as) enfermeros(as) participantes del estudio refirieron que tratan de adaptar el ambiente hospitalario a ciertos aspectos culturales de los usuarios, como por ejemplo su modo de curación para lograr así conciliar las creencias del usuario sobre los cuidados de su salud con el tratamiento establecido por el hospital. Los(as) enfermeros(as) reconocieron que en el hospital hay un cierto conflicto por la forma de curación de estos usuarios, de culturas diferentes, pero que dentro de su labor, ellos respetan sus creencias y orientan estos modos de curación mediante la comprensión y explicación, evitando reprimir a los usuarios y familiares en el cuidado de su salud. Así lo manifestaron Naira y Kusisa:

*“... acá en el hospital hay una cierto conflicto por la forma de curación, pero conversando uno se entiende, hay que explicarles a los familiares también, para hacerles entender...”
(Naira)*

“... pero nosotras como enfermeras que podemos hacer, ellos tienen sus creencias de que les hace bien, yo creo que

conversando que lave bien esa hierbita para que no esté contaminado; pero decirle señora no lo haga, eso de repente cree ella va contra su salud, yo al menos no le diría...” (Kusisa)

Dentro del marco de promoción del cuidado desde la perspectiva transcultural, Bant y Motta en el año 2000, refieren que es un reto intentar establecer vínculos horizontales entre personas de culturas diferentes. La voluntad de comprender al otro sin ponerle condiciones posibilita que la empatía y la comunicación fluyan superando los obstáculos que se originan en el temor a la apertura y a la inseguridad. ⁽⁸⁰⁾

Es así que el Ministerio de Salud del Perú en el año 2006 presentó la Norma Técnica de Salud para la transverzación de los enfoques: Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud, donde señala que para erradicar la discriminación y exclusión es necesaria también la aplicación del principio de relevancia a través de la adopción de medidas, tal como asegurar la interacción entre los agentes de los diversos sistemas de salud para promover la complementariedad y el enriquecimiento mutuo. ⁽⁸¹⁾

Con el objetivo de promover la vida mediante el cuidado cultural, Leininger (1991), afirma que son necesarios modelos de indagación que permitan la exposición y la consideración de complejas interacciones y que de esta forma tenga en consideración los múltiples significados que las personas adjudican a su propio cuidado, conductas y prácticas. Pues como señala esta teórica, las características culturales de cada persona van a influir en el desarrollo de su enfermedad, en su recuperación, en su

bienestar y en la forma que viven todo este proceso, por lo que se impone una negociación-acomodación en la gestión-organización de cuidados desde la competencia, la congruencia y el respeto. ⁽⁸²⁾

Como nos refieren los(as) enfermeros(as) entrevistados, enfermería puede lograr esta adaptación de los aspectos culturales de los usuarios al ambiente hospitalario, mediante la empatía, el respeto a su cultura, la comprensión a través de la interrelación y la comunicación, siendo este último recurso crucial para hacer una valoración cultural, pues como refiere Sapaki, de este modo obtiene información sobre sus estilos de vida y de los aspectos culturales de los usuarios, conociéndose mejor de esta manera a los usuarios:

“... entonces yo trato de darles un poco de compañía y distracción con la charla, y es así que me cuentan de ellos, de sus vidas, como era todo en sus pueblos, que todo era más libre...” (Sapaki)

Del mismo modo, Vásquez (2007), señala que los cuidadores deben adoptar una postura que vaya más allá de una escucha atenta, respetuosa y tolerante con el punto de vista del “otro”. Esta relación implica un diálogo abierto y sin complejos entre ciencia y saber local mediante el cual se intente buscar mejores alternativas de cuidado, que enaltezcan y promuevan la vida, el vivir y el cuidar de ella. Este diálogo de saberes implica, además del respeto por las concepciones, percepciones y conocimientos de la gente, un estudio para lograr descubrir la visión completa de su modo de ser, vivir y cuidar la vida. Todo, en su conjunto,

podrá darnos muchas claves en relación con el cuidado para que sea congruente con la cultura. ⁽⁸³⁾

Asimismo, Misky agregó que mediante la comunicación obtiene también información sobre las emociones, sentimientos y necesidades de los usuarios durante su hospitalización, notando así que los usuarios se sienten comprendidos cuando el(la) enfermero(a) muestra interés por ellos y su cultura e incluso, se llegan a adaptar a las actividades que se realizan en el hospital:

“... y es esa parte, la comunicación, es la parte crucial, porque cuando te interrelacionas con las personas, puedes aprender muchas cosas, ya sea de su cultura, de sus emociones y sentimientos, de sus necesidades; ya tienes una visión distinta de los pacientes, ves la persona que está en esa cama, a ella y a toda su cultura y su realidad. Y ellos se sienten más cómodos en el hospital, lo notas cuando empieza tu turno y te saludan con cariño, se alegran que tú los vayas a cuidar porque se sienten comprendidos...” (Misky)

“... hay otros pacientes que bueno ya están más concientizados sobre como es el manejo acá en el hospital, y ya no hay tanto problema; problema me refiero a que no se oponen ya a ese cuidado y lo aceptan, es decir, no rechazan a que se les haga ese aseo...” (Tamaya)

Dentro de la comunicación, Kusisa toma importancia a la comunicación no verbal, al observar las expresiones, los gestos de los usuarios para poder entenderlos:

“... y también el ver las expresiones no verbales, los gestos para entender a las personas...” (Kusisa)

Según Lipson (2001), para lograr una comunicación efectiva que tenga un impacto en la interacción cultural, es necesario reconocer que existen dos tipos de comunicación:

- La *comunicación verbal*, en la cual señala que todos nos comunicamos de diferentes maneras, que son influenciadas por la cultura; es importante, entonces, tener conciencia de nuestra manera de comunicarnos para ser más flexibles, así tenemos que el lenguaje es una de las principales influencias durante un contacto cultural. El estilo de comunicación implica la forma como nos comunicamos, el tono de voz que utilizamos, también es un patrón cultural muy importante a considerar durante una interacción en salud.

- La *comunicación no verbal*, que es una de las características más sutiles, según Lipson, que implica por ejemplo:
 - ✓ El espacio personal, describe como las personas de diferentes culturas se relacionan en un espacio físico, así estableció que la distancia personal varía entre 1.5 a 3.5 metros, y es empleada para los contactos sociales.
 - ✓ El contacto visual, varía de intenso a sutil. El contacto directo a los ojos tiene una variedad de significados, las personas mantienen el contacto cuando prestan atención y están hablando y escuchando al otro.

- ✓ La expresión facial, relacionada con el contacto visual es la expresión del rostro que manifiesta el estado de ánimo frente a una situación dada.

La misma autora refiere que es necesario reconocer nuestros estilos de comunicación. Una buena comunicación se basa en la comprensión mutua que se da cuando la versión del significado del receptor se acopla con el significado que propone el emisor. Esto implica que más que hablar, se debe tener presente nuestro lenguaje corporal, el espacio que guardamos cuando nos dirigimos a las personas, el contacto visual, el toque adecuado y, por supuesto, nuestro tono de voz. Toda esa gama de posibilidades harán, de acuerdo con su manejo, más o menos efectiva nuestra comunicación cuando interactuamos con las personas. ⁽⁸⁴⁾

SUBCATEGORÍA 3.4: Considerando importante la capacitación e investigación del enfermero(a) sobre el cuidado transcultural.

Varios de los(as) enfermeros(as) entrevistados consideran importante la capacitación no solo de los(as) enfermeros(as) sino también de los profesionales de salud en general, para lograr un trabajo en equipo y evitar conflictos culturales. Dentro de los temas que proponen para las capacitaciones están la interculturalidad, el trato y sensibilidad cultural, las diversas culturas y sus idiomas, el manejo de las personas para adaptar mejor las costumbres de los usuarios al hospital, tal como lo señalan Kukulí y Misky:

“... es importante que se capacite a los colegas sobre el trato y la sensibilidad a los aspectos culturales, para evitar esos conflictos entre enfermero y paciente, para que se logre dar el cuidado transcultural...” (Kukulí)

“... yo creo que promovería mucho que se comience a dar este cuidado transcultural en los hospitales, sería que se hagan capacitaciones sobre el tema, porque parece ser que muchos colegas no lo conocen, o en todo caso, no están conscientes o sensibilizados sobre el tema, y no sólo a los enfermeros, sino a todos, médicos, técnicos, nutricionistas...” (Misky)

Los(as) enfermeros(as) entrevistados también consideran a la investigación como un recurso para promover el cuidado transcultural, pues mediante la investigación creen que se puede generar conocimiento sobre aspectos culturales, relacionados con la salud, como por ejemplo, las propiedades de las hierbas medicinales; y de este modo incorporarlas en los modelos de tratamiento y llevarse a la práctica la medicina complementaria. Así lo señala Naira:

“... si bien es cierto, las medicinas, los fármacos que se elaboran están a base de investigación científica, pero hay unos trabajos científicos que hacen ver que determinada planta tiene efecto curativo; y teniendo ese conocimiento sería bueno que tal vez nosotros podamos hacer uso de esas plantas medicinales...” (Naira)

Por lo manifestado por los participantes del estudio, según la realidad que ellos han observado en su actuar diario, en los servicios hospitalarios, es necesario la programación de capacitaciones relacionadas a la promoción del cuidado desde la perspectiva transcultural, para lograr que el personal de salud sea sensible y congruente culturalmente. Este aporte de acuerdo a la vivencia propia de los licenciados de enfermería, muestra

la visión que tienen ellos mismos de lograr un cuidado integral a los usuarios que son hospitalizados en la sede de estudio, este aporte debe ser considerado para la mejora de la atención y la satisfacción del usuario, de los familiares y del mismo equipo de salud.

Respecto a la investigación, como señala Vásquez en el año 2002, es necesario continuar trabajando para que los cuidadores se formen en rigor con las metodologías cualitativas para aprehender y comprender los significados y significantes del cuidado. Los cuidadores tienen la cotidianidad de cada contacto con las personas. En ese sentido, la investigación, a partir de lo cotidiano, es un constructo que se hace en la medida que se conoce. ⁽⁸⁵⁾

Además, la misma autora refiere que la investigación del cuidado con perspectiva cultural debe estar orientada a caracterizar, inventariar, evaluar, utilizar y conservar la riqueza cultural que las comunidades tienen en torno al cuidado. Esta orientación implica nuestro compromiso denodado para descubrir en profundidad las diferentes manifestaciones del cuidado en las culturas en que trabajamos, la revisión y validación, con la gente o en el contexto del estudio, de las formas o maneras de cuidar y el análisis explícito de las intervenciones aplicadas a situaciones culturales específicas. Objetivar este componente investigativo para que se consoliden y fortalezcan grupos de investigación y redes especializadas en temas de diversidad cultural del cuidado facilitaría una rica formación de talento humano. ⁽⁸⁶⁾

CATEGORÍA 4: VALORANDO EL CONTACTO CULTURAL PREVIO DEL ENFERMERO(A) PARA UN CUIDADO CON PERSPECTIVA TRANSCULTURAL

Esta categoría presenta el valor que tiene para los(as) enfermeros(as) entrevistados el contacto con la realidad cultural, en poblados del interior de nuestro país, para que el(la) enfermero(a) sea sensible culturalmente y así brindar cuidados congruentes con la cultura de los usuarios, notando que existe una diferencia en relación a la sensibilidad cultural entre los(as) enfermeros(as) provenientes de provincias y de Lima.

Algunos enfermeros(as) participantes del estudio refirieron que son provenientes del interior del país o sus antepasados son de provincias, motivo por el que han observado, comparten y comprenden las manifestaciones culturales de las personas con culturas diferentes, e incluso se sienten identificados con ellas, lo que genera en los(as) enfermeros(as) entrevistados el respeto a estas personas y la consideración de los aspectos culturales. Manifiestan también que han observado que sus colegas no comprenden las diferencias culturales y tienen un trato distinto al culturalmente congruente a los usuarios provenientes del interior del país, tal como señalan Kusisa y Misky:

*“... Yo si he tenido en cuenta estos aspectos, porque mis padres son de la sierra y he tratado con gente de la sierra que tienen estas costumbres, he tratado directamente con ellos...”
(Kusisa)*

“... pero hay colegas que no comprenden mucho esto; ya depende de cada uno, que servicio y trato, va a dar a sus

pacientes; y según mi experiencia y lo que he vivenciado, más que nada creo yo por lo que me siento identificada con las personas del interior del país, les tengo ese respeto...” (Misky)

En relación a lo manifestado por los entrevistados anteriores, Vásquez (2007), refiere que el cuidado como actitud esencialmente humana no podría tener la sintonía necesaria si no se conoce la realidad cultural de ese depositario del cuidado. ⁽⁸⁷⁾

En ese sentido, otro de los enfermeros entrevistados señaló que el contacto cultural por el cual tuvo la oportunidad de conocer la cultura de los usuarios y obtener esa sensibilidad cultural, fue cuando trabajó en un establecimiento de salud, en el interior del país, así nos cuenta su experiencia Sapaki:

“... cada licenciado de enfermería se aferra a sus experiencias, yo he trabajado en provincias y eso creo me ha sensibilizado más en el trato y cuidado que doy a los pacientes con culturas distintas...” (Sapaki)

En lo referente a la convivencia con culturas distintas, Geertz en el año 2001, afirma que es prácticamente imposible pensar o sentir como el otro, sino por el contrario, nuestra tarea debiera centrarse en aprender a vivir como él, siendo uno de otro lugar con un mundo diferente. ⁽⁸⁸⁾

Del mismo modo, Vásquez, agrega que es en la convivencia donde sustentamos y reafirmamos la importancia de los conocimientos de las distintas comunidades como una articulación dinámica, como patrimonio

colectivo, como sistemas organizados de investigación y descubrimientos, con experiencias rutinarias de practicar, mirar, aprender, aprehender, probar y transformar esa realidad; y es a partir de esa realidad, que desde el cuidado se deben descubrir, para preservar, negociar o reestructurar las prácticas en pro del bienestar de las comunidades. ⁽⁸⁹⁾

Asimismo, Mauss en el año 1995, señaló que es importante considerar el contacto cultural que se produce en forma diaria en nuestra realidad y que muchas veces provoca modificaciones, intercambio y adopción de elementos y patrones culturales en mayor o menor medida, en todos los grupos que están o entran en relación, es lo que se denomina proceso de aculturación, de ahí la necesidad del conocimiento teniendo en cuenta que las diferentes formas de ver y explicar el mundo que nos rodea, y es la interacción de las personas con sus contextos lo que define su realidad. ⁽⁹⁰⁾

Como se puede observar, el proceso de contacto cultural es múltiple y complejo, tal como menciona Amescua (2001); asimismo, lo es también la resistencia que la persona y los grupos ofrecen a la aculturación, y esta resistencia es lógica, ya que todos somos enculturados en nuestra propia cultura, y son los mecanismos del etnocentrismo, de protección cultural, los que hacen que consideremos a nuestra cultura como la correcta, y que está por encima de las demás. ⁽⁹¹⁾

Sapaki afirma que para lograr empatía con las personas de culturas diferentes, es importante tener contacto con la realidad cultural del interior

del país, pues de este modo la actitud de los(as) enfermeros(as) hacia un cuidado culturalmente congruente sería más asequible y se manifestaría en un mejor trato a los usuarios y a los familiares, tal como el entrevistado ha observado en los(as) enfermeros(as) provenientes de provincias:

“... porque yo sé que si las licenciadas de enfermería fueran a otras realidades del interior del país, y hubiera una empatía, definitivamente cambiaría su actitud hacia brindar un cuidado que considere la cultura., pues es la insensibilidad a tomar en cuenta estos aspectos en su cuidado, esa creo es la gran diferencia entre una licenciada de provincia y una de acá de lima, las de provincia son más accesibles, y se ve eso en el trato que dan a los pacientes y los familiares cuando vienen...”
(Sapaki)

Como lo manifiesta Sapaki, el contacto cultural previo que tuvo al trabajar en el interior del país le brindó la oportunidad de adquirir la sensibilidad y empatía, necesaria para comprender y establecer una relación de ayuda con los usuarios, como fue observado en el trabajo de campo realizado:

El licenciado de enfermería Sapaki se acerca a la cama N° 28, donde se encuentra un usuario de sexo masculino proveniente de Ancash, quien no ha recibido visita de sus familiares, se produce el siguiente diálogo:

Usuario: “ya vino las familias, ahora está más tranquilo usted, bajó el trabajo”.

Lic. Sapaki: “no para nada, aún hay trabajo que hacer, y ¿cómo te sientes?”

Usuario: “ya mejor ya”

Lic. Sapaki: “y lo que me estabas contando el otro día, de allá de tu tierra, no terminaste de contar, vino tu primo y me dejaste con la historia a la mitad, cuéntame ahora”

El usuario luego de reírse responde: “si pues, te iba a decir justo que es en Agosto la fiesta, de tu patrona también pues como me contaste, Santa Rosita, ¡uy! pero allá hacemos una

fiesta grande de días, matan toro y su sangre te da fuerza si te la tomas, eso me curaría seguro (risas), y le dan comida a todos los del pueblo, te invito pues a que vayas, para que conozcas”

Lic. Sapaki: “ojalá se pueda pues, según mis vacaciones, porque si se de esas fiestas, son buenas, cuando trabajé allá hubo en el pueblo que estuve, son bonitas...”.

(Observación realizada el día Viernes 15 de Octubre de 2010, a las 15 hrs.)

Durante la conversación no se observó en el licenciado Sapaki gestos de desaprobación o desagrado ante lo que refiere el usuario sobre sus costumbres, como el hecho de beber sangre de toro, para su curación. Aunque no se realizó una valoración cultural profunda, sobre la cultura del usuario, se observó una relación empática y de confianza entre el usuario y el licenciado, lo que reafirma la declaración dada por el enfermero entrevistado, que aunque nació en Lima, su experiencia de trabajo en el interior del país le dio la oportunidad, de sentirse identificado con el usuario, al haber vivido en una comunidad donde también observó la cultura y las costumbres del pueblo, como la fiesta patronal.

Aparte de este acercamiento por parte del licenciado Sapaki hacia uno de los usuarios proveniente de una provincia del Perú, no se observó a otro de los participantes del estudio en una situación similar, donde realice una valoración cultural, de alguno de los usuarios. Muchas veces, los profesionales de la salud en general desconocen o menosprecian los elementos culturales, creando un abismo entre el modelo biomédico y el tradicional, lo cual repercute en la atención. Conocer las prácticas culturales facilitaría a los profesionales del área de la salud un

acercamiento humano, obteniendo sensibilidad hacia las personas de culturas diferentes. Es fundamental que los(as) enfermeros(as) sean sensibles a las particularidades de cada cultura, ya que las diferencias en cuanto a creencias, valores y comportamientos sobre la salud determinan las expectativas de los usuarios respecto a los cuidados de enfermería.

En ese sentido, Vásquez (2007), nos señala que nuestras instituciones de salud deberían procurar desarrollar en las prácticas de cuidado directo abordajes dialógico-reflexivos para que cuidadores y seres cuidados en conjunto, busquen nuevos y mayores niveles de conciencia crítica en pro del cuidado de la vida humana. A manera de ejemplo, podríamos pensar en estimular la discusión, el intercambio de información y de experiencias de profesionales cuidadores, investigadores y comunidades locales en torno a la experiencia de lo vivido del cuidado cultural. ⁽⁹²⁾

En el terreno de la enfermería, como señala Ximena Ibarra, en el año 2006, para que se dé en la práctica ese respeto reclamado hacia todos los colectivos que integran la comunidad sanitaria, es preciso comprender que es imposible respetar sin conocer. Dicho de otro modo, para practicar eficazmente la enfermería transcultural, se debe profundizar en el conocimiento de esa comunidad plural. Y aún más, no sólo existe una enfermería transcultural, sino que más bien, este tipo de enfermería holística y armonizadora es el ideal u objetivo a alcanzar en una sociedad plural.

La misma autora refiere que para brindar cuidados competentes culturalmente, se requiere de dos requisitos: conciencia cultural y sensibilidad cultural. La conciencia o conocimiento cultural es el reconocimiento consciente e informado de las diferencias y similitudes entre distintos grupos culturales. La sensibilidad cultural es el respeto y la estima por las conductas culturales, basados en la comprensión del punto de vista de la otra persona.⁽⁹³⁾

Ante esta necesidad de sensibilidad y conciencia cultural en los(as) enfermeros(as), Kittler y Sucher, citados por Kozier en 1999, sugieren un proceso de cuatro etapas para mejorar la sensibilidad cultural:⁽⁹⁴⁾

- Cobrar conciencia de la herencia cultural propia. Los(as) enfermeros(as) deben identificarse con sus propios valores y creencias culturales. Sólo conociendo su propia cultura como valores, prácticas, creencias puede prepararse una persona para aprender sobre la cultura de otros.
- Cobrar conciencia sobre la cultura del usuario, tal y como éste la describe. Es importante evitar asumir que todas las personas del mismo grupo étnico tienen la misma cultura. Es más probable que se dé un respeto mutuo entre el usuario y el(la) enfermero(a) cuando ésta tiene cierto grado de conocimiento sobre la cultura de aquél.
- Cobrar conciencia de las adaptaciones que ha debido hacer el usuario para vivir en una subcultura sanitaria. Durante la entrevista, el(la) enfermero(a) debe identificar también las preferencias del usuario en cuanto a prácticas sanitarias, dieta, higiene, entre otras.

- Desarrollar un proceso de atención de enfermería con el usuario incorporando su propia cultura. De esta manera pueden incluirse los valores, prácticas y creencias culturales, con cautela y buen juicio.

En la actualidad, sería importante tener en cuenta lo que señala Rorhbach (2001), que para trabajar hacia la flexibilidad transcultural, un aspecto en el que es necesario profundizar más es en tener una relación empática con los individuos, comunidades, el comunicarse con habilidad, en los diferentes escenarios culturales, y adquirir conocimiento cultural de las distintas comunidades, para identificar las diferencias y similitudes del cuidado, y ofrecer finalmente acciones sensitivas y competentes desde la perspectiva cultural. ⁽⁹⁵⁾

CATEGORÍA 5: REPENSANDO EN LA FORMACIÓN DEL ENFERMERO(A) PARA UN CUIDADO TRANSCULTURAL

Esta categoría presenta las referencias que tienen los(as) enfermeros(as) entrevistados sobre la formación universitaria, en el tema del cuidado desde la perspectiva transcultural; donde además nos refiere la mayoría de ellos, que estudiaron en universidades de Lima, que sólo recibieron información teórica sobre el cuidado transcultural y que fue recién a partir de su trabajo, como profesionales de enfermería, que percibieron la importancia de la cultura de los usuarios. Además refieren, algunos de los participantes del estudio, que observan en la formación de los(as) enfermeros(as) del interior del país un mayor énfasis en los

aspectos culturales. Esta categoría tiene 2 subcategorías, las cuales se presentan a continuación:

SUBCATEGORÍA 5.1: Refiriendo haber recibido en su formación profesional, en universidades limeñas, sólo información teórica sobre la cultura.

Del total de enfermeros(as) participantes del estudio, 7 estudiaron la carrera de enfermería en una universidad de Lima, ellos refirieron que dentro de su formación profesional recibieron información sobre la variedad cultural del país y la teoría de la Interculturalidad de Leininger, pero que esta información fue netamente teórica, es decir, en sus prácticas pre-profesionales no aplicaban estos conocimientos. Agregan además que, cuando iniciaron su labor profesional, notaron la importancia de la aplicación de estos cuidados, culturalmente congruentes, para atender a los usuarios, respetando su cultura, tal como lo señalan Kayla y Tamaya:

“... anteriormente en la universidad que estudié acá en Lima me enseñaron la teoría de la interculturalidad, pero solo era teoría, como aplicarla pues no...” (Kayla)

“... y bueno todo es más teórico, ya cuando trabajas aplicas las cosas que sabes, y diferencias que es bueno para el paciente y que no; y bueno, sabes que lo bueno es respetarlos en su cultura...” (Tamaya)

Ante estas declaraciones, cabe rescatar que la enfermería transcultural, va más allá de los conocimientos, pues hace uso del saber de los cuidados enfermeros, para practicar cuidados culturalmente

congruentes y responsables. La cultura y el cuidado son los medios más amplios y holísticos para conceptualizar y entender a las personas, este saber es imprescindible para la formación y la práctica enfermeros.

Considerando la diversidad cultural de nuestro país y para lograr brindar cuidados culturalmente congruentes, se debe promover la formación transcultural de los profesionales de salud, entre ellos el enfermero(a), con competencia cultural, manteniendo una actitud activa y participativa para que las propuestas de cambio sean sensibles a la diversidad cultural y responder así a los retos de salud de una sociedad cada vez más compleja, como la nuestra.

De acuerdo con lo referido anteriormente, Vásquez (2007), señaló que el desafío actual es la construcción de una plataforma de acciones orientada a la docencia, a la práctica y a la investigación que incorpore el componente del cuidado de la vida y la salud desde la óptica de la cultura.⁽⁹⁶⁾

Estando en la práctica profesional, luego de una adecuada formación del futuro enfermero(a), como ha sido señalado anteriormente, es necesario prestar atención a la práctica profesional de los licenciados de enfermería, es decir, la aplicación de la enfermería transcultural en el actuar diario del profesional. Sol Tarres, en el año 2002, refiere que la enfermería transcultural es el conjunto de actividades profesionales destinadas al cuidado, promoción, mantenimiento o restablecimiento de la salud óptima tanto para la persona como para la sociedad, basándose en

fundamentos teóricos y metodológicos. La enfermería puede considerarse, por tanto, una disciplina social ya que se ocupa tanto del individuo como de la salud del grupo, se trata de una profesión al servicio de la comunidad. Una asistencia de enfermería beneficiosa o coherente desde el punto de vista cultural sólo puede producirse cuando la persona, el grupo, la familia, la comunidad o los valores, expresiones y modelos de cuidados culturales, son conocidos y utilizados de manera adecuada por el profesional de enfermería. ⁽⁹⁷⁾

En la década de los 70s, como señala Donahue (1993), se inicia la preocupación por los aspectos humanísticos y filosóficos del cuidado, introduciendo de esta forma nuevas ideas y valores humanistas que empezaron a reconocerse como propios de la enfermería.

Entonces desde esos tiempos hasta la actualidad, enfermería ha centrado su desvelo en el cuidado del ser humano y ha atravesado por una serie de concepciones, que han sido sustentadas por modelos teóricos conceptuales, que han ido desde tener una concepción biológica, hasta el tener un concepto más integral de la persona humana, donde se consideran las áreas no solo físicas y biológicas, sino también el área psicológica, social y cultural. ⁽⁹⁸⁾

Sin embargo, según Monroy (2002), en la práctica se pone mayor énfasis en los aspectos biológicos y biopsicológicos. Para este autor, depende de la concepción que se tenga del cuidado al ser humano, ya que esto desempeña un papel importante en la manera de abordar el

problema, de allí que las propuestas sean diversas, pues la solución no solamente depende del nivel de desarrollo del pensamiento de la persona que toma decisiones y de su relación con la actividad realizada (lo que se vincula fundamentalmente con la preparación científica), sino del desarrollo de su sensibilidad frente a sus semejantes, del respeto y el trato humano. ⁽⁹⁹⁾

Rohrbach (2000), menciona que en todo enfoque de cuidar, es importante tener una concepción universal primero, sin embargo, hoy en día, la cultura subrayada por la importancia que ha tomado la identidad cultural, necesita estar presente en toda reflexión teórica y práctica de cuidar. ⁽¹⁰⁰⁾

SUBCATEGORÍA 5.2: Afirmando que en la formación de los enfermeros(as) de provincias se enfatizan más los aspectos culturales.

Los participantes del estudio refirieron notar una diferencia en cuanto a la formación de los estudiantes de enfermería de las universidades de Lima, con los de provincias; señalando que en la enseñanza de los de provincias se enfatiza en los aspectos culturales, como el aprendizaje del idioma quechua, la oportunidad del contacto cultural y el trato e interrelación con los usuarios de culturas diversas. Mientras que en la formación de los estudiantes de Lima se centra más en los procedimientos y la aplicación del tratamiento al usuario, tal como lo refiere Misky:

“... todo esto se debe ir formando desde las universidades, se tiene que sensibilizar a los estudiantes sobre estos aspectos culturales, a veces veo a estudiantes de universidades de Lima, que vienen a hacer sus prácticas y se dedican más a poner la medicina, pasar el Kárdex, hacer procedimientos; pero la parte humana, el trato, conversar con los pacientes, para indagar sus costumbres, su cultura, la verdad nunca lo he visto. Antes venían estudiantes de universidades del interior, y ellos se dedicaban más en interrelacionar con los pacientes...”
(Misky)

Estas declaraciones nos deben llevar a analizar cómo está desarrollándose la formación profesional de los estudiantes de enfermería, sin importar la institución donde son formados, ya sea ésta en el interior del país o en la capital. Todo profesional de enfermería debe ser formado con las habilidades que le permitan brindar cuidados culturalmente congruentes, al poseer todos las mismas oportunidades de aprendizaje sobre la diversidad cultural y la aplicación de los cuidados transculturales. Los(as) enfermeros(as) siempre estarán brindando cuidados a usuarios con diversas culturas, ya sea en el interior del país o en Lima, dada la inmigración de personas hacia la capital del Perú y a las grandes ciudades.

Como lo señala Vásquez (2007), sensibilizar a los cuidadores, desde la formación, en torno a lo que es universal y lo que es particular, en la cultura del cuidado, posibilita una concepción solidaria y una cultura, en el sentido que tiene el respeto a la diferencia y una necesidad recurrente de promover la vida. Lo anterior, nos induce a pensar que se trata de una actitud ética la cual ha de llevarse a cabo muy particularmente a través de la educación. ⁽¹⁰¹⁾

Del mismo modo, Narayanasamy y White en el año 2005, refieren que en relación con la docencia sería recomendable desarrollar currículos que privilegien, además del cuidado como foco central, el estudio del mismo desde la perspectiva cultural. ⁽¹⁰²⁾

Asimismo, para lograr esta actitud de sensibilidad cultural es necesario que los profesionales de enfermería adquieran pertenencia cultural desde que son estudiantes, como nos refiere Kymlicka en el año 1996, la pertenencia cultural es la clave en la identidad de las personas, porque afecta la forma en que los demás nos perciben y responden: el respeto y estima que merece el grupo nacional o étnico al que uno pertenece, otorga seguridad o inseguridad, autoestima o auto-segregación. ⁽¹⁰³⁾

CATEGORÍA 6: RECHAZANDO LOS ASPECTOS CULTURALES EN LA ATENCIÓN DEL USUARIO

La siguiente categoría nos presenta las formas de rechazo que tienen cuatro de los participantes del estudio, hacia los aspectos culturales de los usuarios, en esta categoría encontramos dos subcategorías donde señalan que ciertos enfermeros(as) entrevistados prefieren limitar el contacto con los usuarios y familiares para evitar confrontamientos relacionados a las diferencias culturales, o incluso manifiestan su rechazo a ciertas creencias y costumbres propias de la cultura de los usuarios.

Para la mejor comprensión de esta categoría, se presenta a continuación las 2 subcategorías que la componen:

SUBCATEGORÍA 6.1: Limitando el contacto cultural con los usuarios y familiares.

Uno de los enfermeros participantes del estudio, Taruka, refirió durante el estudio de campo, que considera a la mayoría de los usuarios como de “bajo nivel cultural”; justificaba esta expresión por considerar a estos pacientes y familiares, como de bajo nivel académico, refiere que en el servicio se suscitan problemas con ellos, debido a que son conflictivos, agresivos y no colaboran. Ante esta situación, Taruka refiere que ha optado por evitar discusiones, limitando su contacto con los usuarios y los familiares, para que de esa manera no se susciten problemas con la institución, tal como lo menciona a continuación:

“... veo personas agresivas, veo personas que no colaboran, entonces, muchas veces trato de tomarlo de quien venga, porque si yo me pongo a discutir con el familiar o con el paciente, siento que la que mas va a perder soy yo porque con esas personas, no podemos ponernos al nivel de esas personas, ..., hay mucha limitación porque los familiares son muy conflictivos se quejan directamente al Departamento de Enfermería, también amenazan que van a denunciar, entonces para evitar problemas, tienes que limitarte en lo que vas a decir...” (Taruka)

El Ministerio de salud, en un estudio socio-antropológico sobre la Interculturalidad en la atención de la salud, realizado en el año 2001, considera que en el encuentro entre usuarios y prestadores de salud hay

muros interiores, bloqueos culturales, trasvases afectivos, flujos étnicos y sociales, que es necesario develar e incorporar en todo esquema de atención. ⁽¹⁰⁴⁾

Ante lo referido por Taruka, donde catalogó a muchos de los usuarios como de “bajo nivel cultural”, podemos hacer referencia a Manuel Lillo Crespo (2004) quien menciona que si una persona “cree” que un grupo étnico determinado es “flojo” y “agresivo”, puede “sentir desagrado” por sus integrantes y, por lo tanto, proponerse actuar de forma discriminatoria hacia ellos. ⁽¹⁰⁵⁾ Y, cómo nos manifiesta Vásquez (2007), esta discriminación fomenta los prejuicios y estereotipos, excluye y marginaliza y lo más importante, trae como resultado la pérdida invaluable de conocimientos y prácticas acumuladas durante el tiempo. ⁽¹⁰⁶⁾

En ese sentido, Spector en el año 1991, agrega que en cuanto a la práctica, es necesario mantener presente, que tanto estudiantes como profesionales de enfermería han sido socializados, desde la disciplina, en ámbitos culturales diferentes a los de las personas que se cuidan. Esto genera una cosmovisión de vida, salud y enfermedad, muchas veces muy diferente a la de las personas que se cuidan. Cuando un miembro de una cultura, con estándares definidos de cuidado, interactúa con otro de otra cultura, con estándares diferentes, a menudo se produce un conflicto y choque. Si además de este momento de choque el cuidador no estimula acuerdos y puestas en común es muy posible que nuestro sujeto de cuidado se aleje. ⁽¹⁰⁷⁾

Lo dicho por el autor citado anteriormente se produce en el servicio donde se realizó la investigación, con una de las entrevistadas, ya que la cuidadora evita tener un contacto directo tanto con el paciente como con los familiares, generándose así una situación que no favorece una adecuada atención porque aleja a los protagonistas del cuidado: el cuidador y el ser cuidado.

Reafirmando lo señalado por Spector, Amescua (2001), nos refiere:

“... al entrar en contacto con la diversidad cultural, se puede producir un mecanismo de reacción al cambio, debido a la sensación que se tiene de defender a aquello que se considera propio de uno mismo, su identidad; es por eso que se ve que el grupo mayoritario o bien el grupo que está en el poder, que en este caso sería el trabajador de salud, intentará que los demás sean como él. Mientras que los grupos minoritarios, en este caso los usuarios, reaccionarán no queriendo perder lo que ellos consideran superior, en resumen, se trata de un choque de dos o más etnocéntricos. Estos mecanismos de reacción a la aculturación pueden ser de afronte o adaptación, en el que la persona intenta cambiar, adaptándose al nuevo contexto, pero sin perder lo que es significativo para ella; otro tipo de mecanismo, el rechazo, es cuando se pretende que el entorno cambie y sea éste el que se adapte a él; y finalmente, el mecanismo de aislamiento, es decir el individuo se escapa de las presiones resultantes del contacto cultural, se margina”.⁽¹⁰⁸⁾

Durante las observaciones realizadas, se pudo constatar que algunos de los(as) enfermeros(as) participantes, al igual que Taruka, limitan el contacto con los usuarios y sus familiares; acercándose a éstos solo cuando se va a aplicar el tratamiento o requieren algún material para los

cuidados del usuario, tal como podemos constatar en la siguiente observación:

Durante la administración de medicamentos, el enfermero(a) Tamaya le pregunta al usuario de la cama N° 12 por sus familiares, produciéndose el siguiente diálogo:

Lic. Tamaya: “y tu hijo, ¿dónde está?”

Usuario: “Si lo he visto en la mañana“

Lic. Tamaya: “¿se llevó la receta?”

Usuario: “¿qué receta señorita, no me han dejado nada, además no me hacen nada eso que me piden, sigo mal...”.

Lic. Tamaya: “¡cómo que no te han dado tu receta!, ya ahora cuando pase el doctorcito, de los jovencitos que te ve todos los días, se la pides, yo ahorita tengo que ponerle la medicina a los demás pacientes”.

La licenciada se aleja hacia la siguiente cama.

(Observación realizada el miércoles 13 de Octubre del 2010, a las 12:20p.m, hora de administración de medicamentos).

Así como en esta observación realizada a Tamaya, algunos otros enfermeros(as) también priorizan sus actividades, como la administración de medicamentos, antes que resolver ciertos problemas que comprometen el cuidado del usuario, notándose que existen problemas de comunicación que se agudizan en el entorno hospitalario.

Ante esta situación relatada podemos sugerir el modelo de enfermería transcultural que actúa como filtro evaluador de la actuación del propio profesional, además que ayuda a conocer y comprender mejor las costumbres y hábitos de otros grupos. Sirve a su vez como detector de posibles errores en la comunicación e interrelación con los usuarios.

Para la comunicación, el(la) enfermera(o) necesita hacer uso de la palabra hablada, es decir que, para brindar cuidados necesita dialogar, que incluye preguntar y escuchar al usuario, para conocer sus necesidades y al mismo tiempo dar a conocer los cuidados que le puede ofrecer. Un diagnóstico y tratamiento correcto es imposible si el profesional de salud no entiende al usuario. Si una enfermera no logra hacerse comprender o no comprende al usuario, con frecuencia evitará la comunicación verbal, con lo que se agravará el sentimiento de aislamiento del usuario, quien además se halla en un entorno desconocido.

SUBCATEGORÍA 6.2: Refiriendo no compartir algunas creencias culturales con los usuarios.

Algunos de los(as) enfermeros(as) entrevistados manifestaron no compartir algunas creencias propias de la cultura de los usuarios, como el no estar de acuerdo con la “maldad” o brujería que causan enfermedades. Sobre el uso de las hierbas medicinales para el tratamiento de enfermedades, hay discrepancias entre algunos enfermeros(as), algunos de ellos refieren no creer en su poder curativo por lo que en el tratamiento de los usuarios prefieren la medicina occidental, excluyendo los saberes tradicionales y las creencias culturales sobre la curación de los usuarios, así nos refieren Naira y Warmi:

“... yo no estoy de acuerdo que exista la maldad, la brujería, pero que exista las plantas curativas eso existe...” (Naira)

“... yo al menos no comparto esa creencia de las hierbas medicinales, te pueden calmar, pero yo creo que no te curan; por eso igual les doy su medicina, porque no vaya a ser que se

ponga mal y digan la enfermera no le puso tal medicamento, prefiero evitarme problemas...” (Warmi)

En nuestra realidad el saber popular es algo que debemos abordar en el ejercicio de la profesión de enfermería. Situándonos, como refiere Vásquez (2007), los(as) enfermeros(as) como cuidadores, en una relación dialógica con las personas a las que cuidamos, podemos reflexionar sobre la manera como rechazamos el conocimiento del cuidado tradicional por ser “supersticioso”, “mágico” y “popular”. Esta postura, además de mostrarnos poca inventiva y creatividad para hacer eficaz el cuidado, nos aleja indefectiblemente de los actores sociales a los que queremos llegar con nuestro actuar cotidiano.

La misma autora refiere que los profesionales de la salud y de enfermería en particular, participamos desde nuestra cosmovisión de la pérdida fundamental de la herencia de la humanidad, porque desde la racionalidad científica, sistemáticamente tratada como superior, imponemos creencias y prácticas que están en contravía del pensar y el actuar de las personas a las que cuidamos. ⁽¹⁰⁹⁾

Lo expresado por los entrevistados en esta investigación, es similar a los hallazgos en la investigación realizada por Kelly Bermúdez en los Centros de Salud de la Dirección de Salud V, en el año 2003, donde observó la atención de enfermería en el componente Crecimiento y Desarrollo; en una ocasión la investigadora pudo notar que durante la atención, cuando la madre estaba desvistiendo al niño, para que lo atienda la enfermera, ella se dio cuenta que la madre le había puesto una

ombliquera, por lo que le dijo a la madre que se lo retire porque estaba apretando al niño, a pesar de que la madre dijo que temía que se le sobresalga el ombligo a su hijo. En las entrevistas realizadas a los participantes de su estudio, Bermúdez obtuvo manifestaciones donde las enfermeras se refieren a las costumbres de las madres como “malas”, costumbres que “me dan risa”, y que las enfermeras tratan de “enseñarles” lo “correcto” según su base científica, pero las madres no “comprenden” y vuelven a practicar sus creencias en el cuidado de sus hijos. En este caso, las manifestaciones anteriores, muestran que las enfermeras están siendo etnocéntricas porque están juzgando a las costumbres que tienen las madres de los niños que atienden. ⁽¹¹⁰⁾

Al analizar estos datos encontrados podemos hacer referencia a Lipson, quien en el año 2000, señaló que la intervención de enfermería en donde no se apliquen prácticas específicas de la cultura local produce insatisfacciones en la gente. Aunque no se puede compartir mucho de estos saberes, se debería estar en condiciones de comprenderlos para evitar el rechazo cultural. ⁽¹¹¹⁾

Para ello se hace indispensable empoderar a los cuidadores con habilidades para negociar, como lo señala Vásquez en el año 2007, comenzar por ser reconocidos como interlocutores válidos, por los seres que cuidamos, y ser capaces de interactuar sabiendo de antemano qué se puede y qué no se puede realizar en el referente del cuidado. Estos procesos de negociación sugieren una lógica de diálogo desde la

autonomía y una lógica de acción comprometida con la realidad de los seres que cuidamos. ⁽¹¹²⁾

Del mismo modo, para Morin (1992), es necesario instituir un diálogo entre concepciones del mundo, lo cual, a su vez, entraña conflictividad, es decir, antagonismo de un punto de vista nativo, con el propio nuestro, ejercicio que instituye una relativa autonomía del conocimiento diverso y favorece su evolución. El conocimiento de esa diversidad de los puntos de vista, de cosmovisiones, lo que contrarresta, como lo refiere el autor, la normalización, pues no podríamos desde la perspectiva del cuidado cultural, imponer certezas absolutas, oficiales y sacralizadas. ⁽¹¹³⁾

Para erradicar esta discriminación y exclusión es necesaria también la aplicación del principio de relevancia a través de la adopción de medidas, como al promover en los agentes del sistema de salud occidental, actitudes de respeto a la diferencia y a la diversidad, así como de reconocimiento y valoración de la contribución de las medicinas tradicionales. Si queremos ser respetuosos, pero a la vez tener como norte cuidar y promover la vida y la lógica de lo vivo, es necesario comenzar por adentrarnos en comprender la visión de las personas que cuidamos, cómo piensan ellos, cómo perciben y categorizan su mundo, qué tiene sentido para ellos y cómo se imaginan y explican las cosas.

Los usuarios esperan de los(as) enfermeros(as) que entiendan y respeten sus valores culturales y creencias, y que les ayuden de una manera significativa y apropiada. Así, el propósito de la enfermería

transcultural es continuar descubriendo nuevas y beneficiosas formas de ayudar a las personas de diferentes culturas, siendo su objetivo proporcionar cuidados culturalmente apropiados. Cuando estas proposiciones y objetivos se mantienen, entonces las personas que se cuiden no experimentarán situaciones negativas como la imposición cultural o etnocentrismo. ⁽¹¹⁴⁾

En la perspectiva de Leininger, los cuidados de enfermería comprenden comportamientos, funciones y procesos de cuidados personalizados dirigidos hacia la promoción y conservación de comportamientos de salud, además sostiene que enfermería es una profesión de cuidados transculturales, centrados en un cuidado humano, respetuosa de los valores culturales y del estilo de vida de las personas, que está basada en esos conocimientos transculturales, aprendidos por la observación de la estructura social, la visión del mundo, y los contextos del entorno de diversos grupos culturales. Así, cuando los(as) enfermeros(as) están de acuerdo con la cultura, favorecen la conservación de la salud y su recuperación. ⁽¹¹⁵⁾

CATEGORÍA 7: LIMITACIONES PARA EL CUIDADO TRANSCULTURAL EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS

Esta última categoría hace referencia a las limitaciones externas a los(as) enfermeros(as) participantes del estudio, que imposibilitan brindar un cuidado transcultural hacia los usuarios de culturas distintas, por esta situación, los(as) enfermeros(as) entrevistados se percatan de las

incompatibilidades existentes entre los aspectos culturales de la población y las normas hospitalarias. Del mismo modo, consideran que dentro de las limitantes se encuentran la sobrecarga laboral, la imposición de horarios y la prioridad que se da a la atención de la enfermedad. Y por último, se refieren a la inexistencia en los servicios hospitalarios de aspectos que promuevan este cuidado transcultural. Esta categoría consta de 3 subcategorías que se presentan a continuación:

SUBCATEGORÍA 7.1: Manifestando incompatibilidad entre la cultura del usuario y las normas hospitalarias.

Los(as) enfermeros(as) participantes del estudio refirieron que perciben cierta dificultad en adaptar las creencias de las personas al ámbito hospitalario, manifiestan que es complicado que los usuarios modifiquen sus costumbres para adaptarse a la rutina del hospital y al ambiente hospitalario, que difiere mucho del ambiente de su comunidad. Y ante esta situación que se enfrentan los usuarios en un ambiente nuevo como es el hospital, los(as) enfermeros(as) entrevistados refieren observar en los usuarios cierta depresión al sentirse limitados en el hospital y al estar lejos de sus familiares, llegando incluso a solicitar su alta voluntaria para poder regresar a su comunidad. Así lo manifiestan Kayla y Sapaki:

“... pero un gran cambio no se puede hacer, es difícil adaptar las creencias de las personas al hospital, lograr que los pacientes modifiquen sus acciones, sus rutinas de vida para adaptarse al hospital, es complicado...” (Kayla)

“... porque los veo, y a veces se deprimen, será por lo que están lejos de sus familias, y a algunos ni reciben visitas, están en un lugar que no es su casa, están enfermos y lejos de su

familia, ..., ellos aquí en el hospital ellos se sienten muy limitados, y muchos de ellos, dan su alta voluntaria a pesar de que siguen mal, pero es porque extrañan su tierra y sus familias, porque ahí hay un conflicto entre la cultura del paciente y el hospital...” (Sapaki)

Referente al proceso de hospitalización, muchas veces el ambiente hospitalario no resulta nada familiar al usuario y, sin embargo, se espera que éste se adapte a un conjunto predeterminado de reglas, normas y rutinas de actividades, muchos de los cuales no están escritos ni definidos para él, ni mucho menos según su cultura.

Al respecto, Spector en el año 2003, nos refiere que durante el periodo de constituirse en paciente, la persona se adapta a los aspectos sociales de estar enfermo y se rinde a las demandas de su estado físico. El rol de enfermo se transforma en el de paciente, y se espera que se acomode a este rol tal y como la sociedad le dicte. La persona debe alterar su estilo de vida, depender de otros para algunas de sus necesidades básicas de su vida diaria, y adaptarse a las demandas de su condición física y a las limitaciones de su tratamiento. ⁽¹¹⁶⁾

Según la investigación realizada por Casabona en España, en el año 2008, donde indaga sobre la gestión transcultural de los cuidados de enfermería del Proyecto Socio-Sanitario Inter Europeo Holandés, encuentra que cuando un paciente, que presenta un problema de salud, llega a un ambiente diferente al que está acostumbrado en todos los aspectos, con costumbres diferentes, idioma, cultura, etc; todo ello crea una situación de estrés acerca de su salud, su curación y los cuidados. ⁽¹¹⁷⁾

Del mismo modo Leininger, en 1978, hace referencia a la teoría de Enfermería Transcultural, donde nos señala que los usuarios que reciben cuidados de enfermería que no concuerdan razonablemente con sus creencias, valores y estilos de vida mostrarán síntomas de conflictos culturales, insatisfacción, tensión y preocupaciones éticas o morales. ⁽¹¹⁸⁾

Es por esto que la consideración de los aspectos culturales de la población rural constituye un elemento clave para promover la utilización de los servicios de salud, lo cual contribuiría a lograr un real acercamiento proveedor-usuario y dinamizar la participación social en pro de alcanzar un mejor nivel de salud.

Si no se toman en cuenta estos aspectos culturales en la atención de los usuarios, se encontrarán incompatibilidades como las observadas por los(as) enfermeros(as) entrevistados, quienes nos mencionan la diferencia existente entre la vestimenta costumbrista y la imposición del uso de batas a los usuarios hospitalizados; relatan que han observado la persistencia en el uso de artículos como sombreros y polleras, que son propias de la vestimenta de las personas del interior del país. Algunos de los(as) enfermeros(as) entrevistados manifiestan comprender las expresiones de la cultura de los usuarios, a través de la vestimenta, sin imponerles el abandono de sus costumbres, a diferencia de otros colegas que rechazan totalmente estas manifestaciones culturales, tal como nos refieren Misky y Sapaki:

“... lo que yo he podido observar en los pacientes que se hospitalizan acá, sobre su cultura, pues cuando recién vienen a

veces llegan con sus vestimentas propias de su región, a veces los señores insisten en permanecer con sus sombreros, cuando ya están en la cama con su bata, y bueno, si se les deja tenerlo, porque según sé yo, el uso de los sombreros impone respeto en las personas mayores del interior del país...” (Misky)

“... así como el rechazo a esta forma de curar que es parte de la cultura de las personas, también hay rechazo a su forma de aseo y de vestir, se les impone el colocarse bata y sacarse las polleras, por lo que ellas se sienten desnudas, les da vergüenza, y eso más que nada es por el rechazo de algunos trabajadores a estas manifestaciones de su cultura, porque la vestimenta es parte de su cultura...” (Sapaki)

Otra de las diferencias entre la cultura de los usuarios y las normas hospitalarias, es la forma de aseo de los usuarios, Tamaya nos relata que cuando se realiza el aseo en cama a los usuarios, a pesar de considerar su intimidad, éstos sienten vergüenza, pues esta forma de aseo va en contra de sus costumbres, por lo que observa que hay rechazo de los usuarios hacia esta práctica:

“... podría ser su forma de asearse, algunos aún sienten vergüenza cuando se hace el aseo en cama, bueno ese rechazo creo que se debe a que un poco se está interfiriendo en su intimidad,..., a pesar que se cubre con las cubiertas y se cuida ese aspecto, pero como en su tierra el aseo no se lo realizan así, por eso a veces lo rechazan, va en contra de su costumbre...” (Tamaya)

Un aspecto más que dificulta la adaptación del usuario al medio hospitalario es la alimentación, Misky nos refiere que muchas veces los usuarios no gustan de la comida brindada por el hospital y comprometen su nutrición al consumir una escasa cantidad de alimentos, por debajo de sus requerimientos diarios, por lo que en ocasiones los familiares prefieren llevar platos típicos de la comunidad a los usuarios. El enfermero(a) Misky

nos manifiesta que dentro de su cuidado, si esa comida no dificulta la curación del usuario, permite que lo consuma; a diferencia de otros enfermeros(as), que se disgustan y rechazan esta alimentación distinta a la brindada por el hospital, tal como vemos en la siguiente declaración:

“... otro aspecto es la comida, sus familiares les traen comidas de su tierra, caldos de cabeza, cancha serrana, y a veces les dan la comida sin consultarte si pueden comerlo o no, ese problema se ve muy frecuente en los pacientes diabéticos, pero en los demás pacientes se les permite, dependiendo de su patología, porque los pacientes dejan sus bandejas con comida del hospital, y en cambio lo que le trae su familia se lo comen todo, les apetece más porque esa es la comida de su tierra, ..., otros colegas no comprenden, me refiero a que no tratan de entender su cultura, se disgustan y tienen conflictos con los pacientes y sus familiares. Por ejemplo, lo de la comida, rechazan totalmente la comida de la sierra y les niegan a que coman otra cosa que no sea del hospital, cuando según la enfermedad del paciente no le va a causar ningún daño...”
(Misky)

Referente a la incompatibilidad alimentaria, en la investigación realizada en el año 2008, por Élide Zambrano, donde busca definir la percepción de los usuarios sobre la sensibilidad cultural de los profesionales de enfermería, al brindar cuidados en los servicios hospitalarios; encontró declaraciones de los usuarios donde manifiestan que ellos ingieren cereales, papa, maíz, cebada, entre otros productos propios de su región, pero que al estar hospitalizados no se alimentaron adecuadamente por varios días, pues les parece extraña la comida y no les provoca comerla.

Lo referido por estos usuarios pone en evidencia que la hospitalización muchas veces altera la satisfacción de sus necesidades básicas. Se espera que se acomoden a su rol de usuarios de acuerdo a lo que el sistema de salud les ofrece, es decir, se adapten a lo que el servicio les brinda para satisfacer sus necesidades básicas. La hospitalización condiciona que los estilos de vida de los usuarios dependan de otros para algunas de sus necesidades básicas, y adaptarse a las demandas de su condición física y a las limitaciones de su tratamiento. ⁽¹¹⁹⁾

En la investigación señalada, también se evidenció que los(as) enfermeros(as) obvian valorar los hábitos y costumbres para satisfacer las necesidades básicas de los usuario, sin embargo, esperan que el usuario se adapte a las condiciones de su cuidado, el cual ha sido predeterminado por los profesionales de la salud, sin tomar en cuenta las costumbres y creencias propias de la cultura de las personas. Si bien es cierto que en el hospital existen normas, directivas que se debe cumplir para la satisfacción de las necesidades básicas del usuario, no anula las posibilidades de adecuaciones según las costumbres y hábitos de los mismos.

Por último, el tratamiento médico dado en los servicios hospitalarios es incompatible con la medicina tradicional propia de la cultura de los usuarios, así nos refiere la gran mayoría de los(as) enfermeros(as) participantes del estudio, quienes consideran el tratamiento como “muy rígido” al no permitir otros tipos de curación, salvo lo indicado por el médico, negando así el uso de hierbas medicinales, “pasar el huevo”,

hacer uso de emplastos, entre otros. Por lo que los(as) enfermeros(as) entrevistados han observado que, independientemente, los usuarios y sus familiares deciden beber infusiones de hierbas medicinales o realizar otras formas de curación sin consultar al personal de salud, al notar que existe este rechazo hacia sus creencias. A continuación, algunas de las declaraciones que reflejan esta incompatibilidad:

“... el tratamiento es muy rígido, el uso de hierbas medicinales no se hace, salvo que el paciente traiga su termo con su agüita de hierbas...” (Kayla)

“... pero acá en el hospital, no consideran estos conceptos, y si el paciente desea que se tome en cuenta su forma de curar, como pasando el huevo, usando hierbas, pues esos métodos tradicionales no se consideran dentro de su tratamiento...” (Kukulí)

“... acá por ejemplo, tuvimos una paciente quechua hablante, sus familiares si hablaban castellano, la paciente tenía una tremenda úlcera en la pierna, y que hacían los familiares, le colocaban hierbas con azúcar alrededor de la herida, al día siguiente viene el doctor en la visita médica y encuentra eso, y comienzan a decir que, cómo es posible!! que la enfermera como permite...” (Kusisa)

Referente al tratamiento médico, en la literatura encontramos que Rachel Spector en el año 2003, señala: “a menudo, el individuo enfrenta un diagnóstico que no entiende, no obstante, espera que se cumpla el tratamiento que ha diseñado el profesional, quizá sin tener en cuenta el estilo de vida, las creencias y prácticas de salud del paciente”.⁽¹²⁰⁾

Ante las declaraciones dadas por la mayoría de los(as) enfermeros(as) participantes del estudio, nos percatamos que son

diversas las incompatibilidades entre las manifestaciones culturales de los usuarios y el ambiente hospitalario, considerando desde sus actividades diarias básicas como la vestimenta, aseo y alimentación hasta el tratamiento mismo. Un aspecto importante que resalta en estas manifestaciones, es que los(as) enfermeros(as) entrevistados reconocen que dentro de las complicaciones para lograr la adaptación de estos aspectos culturales a los servicios hospitalarios, se encuentra el rechazo hacia la cultura de los usuarios de algunos trabajadores de salud, incluyendo algunos enfermeros(as), como nos lo reafirma Kusisa:

“... al menos yo al estar en la sierra, eso me ha ayudado a asimilar y a comprender, pero acá hay otros trabajadores de salud que no aceptan ni asimilan estos aspectos y se sienten indignados...” (Kusisa)

Para Spector (2003), el ambiente del usuario está altamente estructurado. Las barreras de su mundo están determinadas por los profesionales de la salud, no por el usuario. Además, descubre cuando hay una diferencia de creencias y prácticas, a menudo las suyas son subestimadas y devaluadas por parte de los profesionales. ⁽¹²¹⁾

En el estudio socio-antropológico realizado por el Ministerio de Salud del Perú en el año 2001, se presentan datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Hogares del año 1998, donde establecen que, entre las causas de inasistencia de la población a las consultas, se encontraban las razones relacionadas con bloqueos culturales, éstos eran sorprendentemente altos, de un 31.7%, manifestando la falta de confianza y credibilidad de los usuarios hacía los servicios de salud.

El mismo estudio nos refiere que es necesario que en su práctica cotidiana el profesional de enfermería realice una interpretación sociocultural del proceso salud-enfermedad-atención, pues en el encuentro de usuarios y prestadores de salud hay muros interiores, bloqueos culturales, trasvases afectivos, flujos étnicos y sociales, que es necesario develar e incorporar en todo esquema de atención, con mayor razón en un país heterogéneo, como el Perú. ⁽¹²²⁾

Así mismo, el Ministerio de Salud del Perú, en sus Investigaciones Operativas en Salud Materno Infantil, realizadas en el año 2000, nos señala que las personas de procedencia urbana y rural, quechua o aymara, llevan consigo su cultura crucial para su supervivencia, sus conocimientos medicinales y sus experiencias de trabajo comunitario. Por otro lado, los trabajadores de salud poseen una cultura producto de la influencia occidental, basada en conocimientos científicos, modernos, empíricos y una “racionalidad” que le permite modificar su relación con el entorno social.

Al concluir estas investigaciones, el Ministerio de Salud considera entre los elementos claves de la relación interpersonal para adaptar los aspectos interculturales: el respeto, valoración, actitud de escucha, expresión de dudas y obtención de respuestas y apoyo, negociación, flexibilidad y disposición. ⁽¹²³⁾

Es por esto, como agrega el Ministerio de Salud (2001), que en los puntos de encuentro entre la nosología popular de las enfermedades y las

formas de la atención profesional, es necesario abandonar la idea de que los estilos de vida saludables implican el abandono y el rechazo de las identidades originarias, pues la atención de salud debe ser una construcción social y cultural de poblaciones y proveedores de salud, y no sólo de los proveedores.

Además, se refieren al derecho a la salud como un derecho inclusivo y amplio que no solo abarca la atención oportuna y apropiada de la salud, el acceso a servicios y medicamentos esenciales, sino a sistemas de atención sanitaria, culturalmente aceptable y de calidad, así como a libertades fundamentales y el derecho de estar exento de toda forma de discriminación, sea cultural, racial o de género. ⁽¹²⁴⁾

Y en consideración a enfermería, como señala Vásquez en el año 2007, esta profesión tiene una amplia experiencia en explorar el contexto donde se desenvuelven los pacientes-clientes a los cuales ayuda, propiciando una verdadera empatía para la relación de ayuda efectiva, sin embargo en algunas ocasiones se producen barreras culturales que son obstáculos para la ayuda real y efectiva. ⁽¹²⁵⁾

Es así que el reconocimiento de las diferencias y de los requerimientos específicos de los grupos étnico-culturales no debe implicar la creación de nuevas desigualdades sino que debe conducir a la reducción de las desigualdades existentes, sin eliminar ni obviar las diferencias.

SUBCATEGORÍA 7.2: Identificando la sobrecarga laboral, la imposición de horarios y la prioridad de la atención biomédica, como limitantes del cuidado desde la perspectiva transcultural.

Otras limitaciones para brindar un cuidado transcultural, según algunos de los(as) enfermeros(as) participantes del estudio, es el trabajo rutinario en los servicios hospitalarios y también la imposición de horarios a los usuarios para alimentarse, descansar, para las visitas de familiares; todo esto para dar mayor prioridad a la atención de la enfermedad y el cumplimiento de las actividades diarias que debe realizar el trabajador de salud, como el cumplimiento del tratamiento médico, la labor administrativa, entre otros; restando importancia a los aspectos culturales de los usuarios, así nos refieren Pilpintu y Warmi:

“... bueno si he podido observar algunos aspectos de la cultura de los pacientes, pero acá no se trata tanto eso, pues que se ve más que nada la enfermedad, pues todo es más metódico, y rutinario,..., no recuerdo al menos haber tenido un conflicto con la cultura de los pacientes, porque no le prestas tanta atención a esos aspectos pues lo que más haces es cumplir con su tratamiento...” (Pilpintu)

“... en un hospital poco se puede ver de la cultura de las personas, a ver, si te pones a pensar en el trabajo que se hace acá, desde que empieza tu turno, recibes el reporte y de ahí te dedicas al tratamiento, luego tienes que hacer trabajo administrativo, tus notas, y así te quedó muy poco tiempo para ver los aspectos culturales...” (Warmi)

“... un aspecto que limita creo que es los horarios no se adecuan a su estilo de vida, ellos en sus tierras toman un buen desayuno tempranito para irse a las chacras, y acá más se adecúa a que ya va a pasar la visita médica, o ya se tiene que poner el tratamiento...” (Tamaya)

Agregándose la sobrecarga laboral que limita el contacto que pueda tener el(la) enfermero(a) con los usuarios para indagar sobre los aspectos culturales, tal como nos refiere Kayla:

“... y es que también, a veces no alcanza el tiempo para tanto trabajo que hay que hacer, hay muchos pacientes por enfermera y no te alcanza el tiempo para cumplir con tus actividades y a la vez percartarte de estos aspectos culturales...” (Kayla)

Dentro de las observaciones realizadas, se pudo constatar que en la gran mayoría de enfermeros(as) participantes del estudio, el espacio de tiempo que brindan a realizar una valoración cultural o a brindar cuidados transculturales, es mínimo o nulo. Pues la totalidad de su horario de trabajo la dedican a acciones como la administración de tratamiento, realización de notas de enfermería, coordinaciones con laboratorio, actualización del kárdex, entre otros.

Una investigación donde obtuvieron resultados similares fue en la realizada en el año 2008 por Élide Zambrano, donde encontramos declaraciones de los usuarios que manifiestan notar la presencia de las enfermeras sólo al administrarles el tratamiento, o cuando necesitan de la ayuda de ellas. En esta investigación hacen referencia a María Villalobos, quien en el año 2002, refiere que una de las limitaciones que ha tenido la enfermería para el acercamiento con los pacientes es y ha sido el privilegio de la tecnología sobre los aspectos relacionados, la orientación curativa y escasamente cuidadora, la distancia impuesta por el conocimiento y decisiones etnocéntricas de los profesionales sobre los

usuarios y las restricciones de comportamiento impuestas por el sistema burocrático de las instituciones de salud.⁽¹²⁶⁾

La teoría y las referencias anteriores de los usuarios revelan que para algunos enfermeros(as) su labor como personal de salud está orientando hacia la curación de la enfermedad, por ello los usuarios refieren que la mayoría de los(as) enfermeros(as) se comunican con ellos generalmente al momento de la administración de medicamentos. Esto también se corrobora con las observaciones de la investigadora quien observó que las enfermeras tienen acercamiento físico y se comunican con los pacientes mayormente durante la administración de medicamentos, al realizar algún procedimiento biomédico u otro momento en que la enfermera considere necesario para cumplir su labor, mas no cuando el usuario lo requiere.

En otro estudio realizado por el Ministerio de Salud del Perú, en sus Investigaciones Operativas en Salud Materno Infantil, en el año 2000, donde buscaba analizar los aspectos relacionados con la interculturalidad entre los prestadores y usuarios de los servicios de salud, orientado a la búsqueda de la esencia de los problemas interculturales, obtiene hallazgos similares al estudio citado anteriormente. Entre los principales resultados de ese estudio están la imposición de procedimientos de atención o normas técnicas, orientadas fundamentalmente hacia la obtención de metas institucionales, antes que contribuir a alcanzar condiciones de salud y bienestar, debilidades en la oferta de los servicios de salud como consecuencia del sistema local de salud, y poca iniciativa

local institucional por incorporar, dentro de las oferta de las prestaciones, estos aspectos.

En este mismo estudio las enfermeras refieren que realmente se valora el número de personas atendidas y no, cómo son atendidas, porque al final el cuidado que brindan queda registrado en cifras, porque eso es lo que piden los entes reguladores. Esto muestra que a pesar de que los profesionales de enfermería tienen conciencia de la importancia de considerar la cultura de la persona, para que el cuidado sea más humano, el cuidado técnico impera en crecimiento y desarrollo, lo cual coincide con los estudios operativos realizados en el interior del país los que muestran al final que el sistema sanitario no contempla el rol cultural en el proceso salud-enfermedad.⁽¹²⁷⁾

Es por esto que las instituciones de salud y los cuidadores deben priorizar la búsqueda de referencias que tengan como foco central el cuidado, respetando las diferencias e identificando las necesidades de las personas desde su perspectiva cultural.

SUBCATEGORÍA 7.3: Manifestando inexistencia de aspectos que promuevan el cuidado transcultural en el hospital.

Casi la totalidad de los(as) enfermeros(as) participantes del estudio refirieron no haber observado algún aspecto que promueva el respeto a la cultura o el cuidado transcultural en los servicios hospitalarios, sino más

bien depende de cada enfermero(a) el promover este cuidado, como nos refieren Misky y Warmi:

“... algo que sea propio del servicio que promueva este cuidado transcultural, no he visto, como te dije, ya depende de cada enfermero...” (Misky)

“... porque por el momento nunca se ha promocionado eventos de esta clase, capacitaciones sobre la cultura nunca ha habido, del cuidado en general si ha habido, pero del cuidado transcultural nunca he escuchado acá...” (Warmi)

Como refiere Warmi, en el hospital donde labora se dan capacitaciones orientadas al cuidado en general, pero no del cuidado transcultural, por lo que sería importante este tipo de capacitaciones para promover la aplicación del cuidado transcultural en los servicios hospitalarios y así proporcionar un cuidado que tenga en cuenta las creencias y prácticas de los usuarios, donde ellos se sientan que son atendidos, respetándose su autonomía.

En ese sentido, Leininger en el año 1994, refiere que no solo se deben planificar cuidados enfocados a la salud física, sino también cuidados adaptados a la diferencia cultural. La omisión de las creencias, valores, ritos del usuario, puede ocasionar problemas de salud que conciernen directamente al trabajo enfermero.

Por tanto, en la gestión de cuidados es necesario tener conocimiento de dichas diferencias y semejanzas culturales por parte de instituciones y organizaciones enfermeras, para poder realizar programas de gestión,

planificación y provisión de cuidados culturalmente competentes y sensibles. Una gestión de cuidados de enfermería culturalmente congruente y competente, permitirá la consolidación definitiva de los proyectos socio-sanitarios, ya que posibilitará la comprensión de los valores y creencias de los pacientes-clientes procedentes de culturas diversas. ⁽¹²⁸⁾ Una visión transcultural de la enfermera posibilitará su integración en los servicios generales del sistema de salud, evitando así el riesgo de crear deficiencias asistenciales y segregar a estas poblaciones.

Se debe aprovechar la oportunidad que la atención a las personas, culturalmente diferentes ofrece, para visualizar las incongruencias de los sistemas de salud y lograr así instituciones más justas y más saludables para todos.

CAPÍTULO IV

CONSIDERACIONES FINALES

Al culminar el análisis e interpretación de los datos obtenidos en esta investigación, se pueden enunciar las siguientes consideraciones finales en relación a estos resultados:

- Para la presente investigación, el empleo del enfoque cualitativo permitió introducirnos en la práctica cotidiana de los(as) enfermeros(as) y de este modo identificar los componentes de la atención que brinda a los usuarios desde la perspectiva transcultural. Además, al emplear como tipo de investigación el Estudio de Caso Cualitativo, se analizó el significado que tiene el cuidado desde la perspectiva transcultural para los enfermeros(as), y así responder al planteamiento del problema, por lo que constituyó un método favorable para lograr un entendimiento comprensivo mediante datos e información obtenidos por descripciones, observaciones y análisis extensivos.

- Esta investigación permitió conocer los significados que otorgan los(as) enfermeros(as) al cuidado desde la perspectiva transcultural, revelando que para los(as) enfermeros(as) participantes involucra el considerar, respetar y comprender la cultura de los usuarios, su forma de pensar, sus costumbres: alimentación, descanso, vestimenta; es decir, involucrando todos los aspectos culturales de cada persona de forma individual, humana y cálida. Consideran también, los(as) enfermeros(as) entrevistados, que el cuidado transcultural se relaciona con adaptar los aspectos culturales del usuario al medio hospitalario, y viceversa, orientando a los usuarios sobre los cuidados de enfermería para así lograr su colaboración y su adaptación al medio.
- Para algunos de los(as) enfermeros(as), el cuidado desde la perspectiva transcultural involucraría el considerar las costumbres propias de la cultura de los usuarios, como su forma de vestir hasta su forma de curación dando utilidad a el uso de hierbas medicinales en el tratamiento de los usuarios, que según su cultura no aceptan ciertos medicamentos, por lo que refieren que no se puede obligar o imponerles el tratamiento. Sin embargo, los(as) enfermeros(as) refirieron que en la práctica, es decir, en la atención diaria, el tratamiento médico dado en los servicios hospitalarios es incompatible con la medicina tradicional, propia de la cultura de los usuarios, al no permitir otros tipos de curación salvo lo indicado por el médico, negando así prácticas alternativas como el uso de

hierbas medicinales, “pasar el huevo”, hacer uso de emplastos, entre otros.

- Este estudio nos permitió también conocer, a través de las observaciones realizadas, que en la atención que brindan los(as) enfermeros(as), es mínima o nula la valoración cultural, y por consiguiente, la cultura de los usuarios es escasamente considerada dentro del plan de trabajo de los(as) enfermeros(as).
- En el contexto real de la atención en los servicios hospitalarios, existe una dicotomía entre la teoría y la práctica, ya que a pesar de que los(as) enfermeros(as) conceptualizaron el cuidado transcultural como atender con flexibilidad cultural, conociendo la cultura de los usuarios; los(as) enfermeros(as) mostraron actitudes que caracterizaban una atención no a la persona, sino al motivo de consulta, dando prioridad a la atención de la enfermedad y al cumplimiento de las actividades laborales.
- Algunos enfermeros(as) consideran conveniente el contacto cultural previo de los(as) enfermeros(as) para lograr una sensibilidad y conciencia cultural, ya sea porque los(as) enfermeros(as) o sus antepasados son provenientes del interior del país o porque han laborado en establecimientos de salud en provincias. Creemos que para desarrollar la sensibilidad cultural, también las prácticas pre-profesionales pueden incentivarla y enfatizarla, como un modo de contacto cultural previo, y lograr así la comprensión de las

manifestaciones culturales de las personas con culturas diferentes, e incluso la identificación con estos grupos poblacionales, lo que generaría en los(as) enfermeros(as) entrevistados el respeto a estas personas y sus aspectos culturales.

- Asimismo, notan una diferencia en cuanto a la formación de los estudiantes de enfermería de universidades de Lima y de provincias, señalando que en la enseñanza a los estudiantes de provincias se enfatiza en los aspectos culturales, dando mayor oportunidad de contacto cultural con personas de culturas diversas; en cambio señalaron que la formación de los estudiantes en Lima se centra más en procedimientos y aplicación del tratamiento, que en el trato e interrelación con los usuarios, recibiendo éstos últimos estudiantes sólo información teórica de la teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales de Leininger.
- Consideran importante, muchos de los(as) enfermeros(as), promover el aprendizaje desde las universidades de idiomas nativos como el quechua, para permitir una comunicación adecuada con los usuarios que no hablan castellano.
- El profesional de enfermería puede lograr la adaptación de los aspectos culturales de los usuarios al ambiente hospitalario mediante la empatía, el respeto a su cultura, la comprensión a través de la interrelación, y la comunicación, siendo este último recurso crucial para hacer una valoración cultural; mediante la

comunicación verbal y no verbal, al observar las expresiones, los gestos de los usuarios para poder entenderlos, así como se obtiene también información sobre las emociones, sentimientos y necesidades de los usuarios durante su hospitalización, notando así que los usuarios se sienten comprendidos cuando el(la) enfermero(a) demuestra interés hacía él y su cultura; e incluso, se llegan a adaptar a las actividades hospitalarias.

- Entre las limitaciones identificadas para poder brindar cuidados desde la perspectiva transcultural, están la dificultad en adaptar las creencias de las personas al hospital pues es complicado que los usuarios modifiquen sus costumbres, para adaptarse a la rutina del hospital y al ambiente hospitalario, que difiere mucho del ambiente de su comunidad. Además, manifiestan que no han observado en los servicios hospitalarios aspectos que promuevan el cuidado desde la perspectiva transcultural, considerando los entrevistados que sería importante el desarrollo de capacitaciones y realizar investigaciones, enfocando el cuidado con perspectiva transcultural. Además de promover estrategias en que la institución hospitalaria también busque adecuarse a las prácticas culturales de los usuarios, a través de la negociación y adecuación.
- Asimismo, dentro de las limitaciones para lograr la adaptación de estos aspectos culturales a los servicios hospitalarios, se encuentra el rechazo hacia la cultura de los usuarios de algunos trabajadores de salud, incluyendo algunos enfermeros(as).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) MINISTERIO DE SALUD. Interculturalidad en la atención de la salud. Estudio socioantropológico de enfermedades que cursan con síndrome ictero hemorrágico en Ayacucho y Cusco. Perú. 2001. p. 20.
- (2) Ibíd. p. 21.
- (3) STEVENHAGEN, R. La cultura y la creación intelectual. Colombia. 2002. p.131. Referido el 15 de Diciembre del 2009 a las 4:50p.m. en:
http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria9206-La_enfermeria1.htm
- (4) Op. cit. (1). p. 29.
- (5) KYMLICKA, Will. Ciudadanía multicultural. Una teoría liberal de los derechos de las minorías. España. Editorial Paidós Ibérica. 1996. pp. 128, 129.
- (6) BERMÚDEZ MENACHO, Kelly. Significado que le conceden las enfermeras al cuidado desde la perspectiva transcultural y su relación con el cuidado que brindan en el componente Crecimiento y Desarrollo de los Centros de Salud de la

Dirección de Salud V. 2003. [Tesis para optar el título de Licenciado en enfermería]. Perú. 2004.

- (7) ZAMBRANO TAIPE, Elida. Percepción de los pacientes sobre la sensibilidad cultural de los profesionales de enfermería al brindar cuidados en los servicios de Medicina del Hospital Dos de Mayo. [Tesis para optar el título de Licenciado en enfermería]. Perú. 2008.
- (8) CASABONA MARTINEZ, Isabel. Gestión transcultural de los cuidados de enfermería del Proyecto sociosanitario intereuropeo holandés. Página Web Universidad de Alicante. España. 2008.
- (9) REVISTA INVESTIGACIÓN Y EDUCACIÓN EN ENFERMERIA. El mal de ojo y su relación con el Marasmo y Kwashiorkor: el caso de las madres de Turbo, Antioquia, Colombia. 2007. Referido el 28 de abril del 2010 a las 6:36p.m. en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072007000200007&script=sci_arttext
- (10) Op. cit. (6).
- (11) Op. cit. (7).
- (12) PLAZA, Orlando. Cambios Sociales en el Perú: 1968-2008. Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú. Plaza Jibaja. 2009. pp. 68, 69.
- (13) Ibíd. p. 326.

- (14) Ibíd. pp. 68, 69.
- (15) MINISTERIO DE SALUD. Norma Técnica de Salud para la transverzación de los enfoques: Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud. Perú. 2006. p. 22.
- (16) OPS/OMS. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la formación y desarrollo de los recursos humanos. Serie Salud de los Pueblos Indígenas. N°12. EE.UU. 1999. p. 17.
- (17) Op. cit. (12). p. 438.
- (18) BANT, Astrid y MOTTA, Angélica. Género y Salud Reproductiva. Escuchando a las mujeres de San Martín y Ucayali. Serie Investigaciones cualitativas en salud reproductiva. Editorial Movimiento Manuela Ramos. Perú. 2000. pp. 25, 26.
- (19) Op. cit. (12). p. 424.
- (20) Ibíd. p. 345.
- (21) Op. cit. (15). p. 13.
- (22) Ibíd. p. 21.
- (23) Ibíd. p. 21.
- (24) Ibíd. p. 21.

- (25) Op. cit. (1). p. 19.
- (26) Op. cit. (15). p. 22.
- (27) Ibíd. p. 20.
- (28) Op. cit. (16). p. 18.
- (29) Ibíd. p. 18.
- (30) Op. cit. (1). p. 20
- (31) MARRINER, Ann. RAILE, Martha. Modelos y Teorías en enfermería. Quinta edición. Editorial Elsevier Science. España. 2003. p. 501.
- (32) Ibíd. p. 505.
- (33) Ibíd. p. 505.
- (34) Ibíd. p. 513.
- (35) Ibíd. p. 507.
- (36) Ibíd. p. 510.
- (37) Op. cit. (15). p. 23.

- (38) VERA VÉLEZ, Lamberto. La Investigación cualitativa. Referido el 14 de Julio del 2010 a las 7:36p.m. en:
http://ponce.inter.edu/cai/reserva/lvera/INVESTIGACION_CUALITATIVA.pdf
- (39) HERNANDEZ, Roberto y col. Metodología de la investigación. Cuarta edición. Editorial Mc Graw Hill. México. 2003. p. 289.
- (40) *Ibíd.* Capítulo 4 de la Versión CD Multimedia.
- (41) *Op. cit.* (39). p. 310.
- (42) *Ibíd.* p. 322.
- (43) *Ibíd.* p. 315.
- (44) *Ibíd.* p. 402.
- (45) *Ibíd.* p. 511.
- (46) *Ibíd.* p. 413.
- (47) *Op. cit.* (15). p. 22.
- (48) *Op. cit.* (18). pp. 25, 26.
- (49) MYERS, David G. Psicología social. Octava edición. Mc Graw-Hill Interamericana. México. 2005. pp. 174, 176.
- (50) *Op. Cit.* (8). 107.

- (51) LEININGER, Madeleine. Cuidado cultural de la diversidad y universalidad: una teoría de enfermería. National League of Nursing Press. EE.UU. 1991.p. 23
- (52) Op. cit. (12). p. 68.
- (53) Ibíd. p. 438.
- (54) Op. cit. (9). p. 2.
- (55) Op. Cit. (51) p. 25.
- (56) Ibíd. p. 58.
- (57) Op. cit. (8).
- (58) Op. cit. (9). p. 5.
- (59) BOHAY, I. Culture meanings and experiences of pregnancy and childbirth of ukrainins. Index de enfermería. V. 15. N° 3.
- (60) Op. cit. (7). p. 59.
- (61) Ibíd. p. 60.
- (62) Op. cit. (12). p. 424.
- (63) Ibíd. p. 345.

- (64) Op. cit. (8). p. 35.
- (65) Ibíd. pp. 36, 204.
- (66) WEBER, J. Nursing human science and human care. Revista National League for nursing. EE.UU. 1999. p. 65.
- (67) BACOTE-CAMPINHA. Culturally competent model of nursing management. Revista Surgical Services Management. EE.UU. 1996. p. 21.
- (68) MINISTERIO DE SALUD. Estudios Operativos en la Salud Materno Infantil. Perú. 1999. p. 13.
- (69) Op. cit. (6). pp. 52- 54.
- (70) VÁSQUEZ, Martha. Cuidado de la vida: El valor del Cuidado cultural. Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Colombia. 2007. p. 104.
- (71) Ibíd. p. 105.
- (72) Op. cit. (51). p. 34.
- (73) Op. cit. (31). p. 510.
- (74) Op. cit. (70). p. 106.
- (75) Ibíd. p. 107.

- (76) Op. cit. (6). p.43, 44.
- (77) BOFF. Saber cuidar. Editora Voces. Brasil. 1999.p. 42.
- (78) IBARRA, Ximena. Cuidados culturales de Enfermería. Index de enfermería ISSN 1132-1296. V. 15 N° 55. España. 2006.
- (79) KOZIER, Bárbara. Fundamentos de Enfermería. Quinta edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. España. 1999. p. 323.
- (80) Op. cit. (18). pp. 25, 26.
- (81) Op. cit. (15). p. 22.
- (82) Op. cit. (51). p. 36.
- (83) Op. cit. (70). p. 110.
- (84) LIPSON, Juliene. Temas culturales en el cuidado de enfermería. Conferencia abierta presentada en la Universidad de Antioquía. 2000. pp. 112, 113.
- (85) VÁSQUEZ, Martha. El cuidado cultural adecuado: de la investigación a la práctica. Unibiblos. Colombia. 2002.
- (86) Op. cit. (70). pp. 114, 115.
- (87) Ibíd. p. 106.

- (88) GEERTZ, Clifford. Nova Luz a Antropología. Jorge Zahar Editor. Brasil. 2001. p. 107.
- (89) Op. cit. (70). P. 109, 110.
- (90) MAUSS, Marcel. Sociología y Antropología. Cuarta edición. Editorial Tecnos. España. 1995. p. 38.
- (91) AMESCUA, Manuel. Salud, conflicto y transferencia de saberes en la cultura popular. N°4 Vol. XI. Laboratorio de Antropología cultural. Universidad de Granada. 2001. p. 28.
- (92) Op. cit. (70). p. 114.
- (93) Op. cit. (78).
- (94) Op. cit. (79). p. 323.
- (95) ROHRBACH, Cecilia. Cuidar y Cultura. Revista Cuidado cultural. N°3. Vol 4. Colombia. 2000. p. 25.
- (96) Op. cit. (70). p. 113.
- (97) TARRES CHAMORROS, Sol. El cuidado del otro, diversidad cultural y enfermería transcultural. Revista Gazeta de Antropología. N°17 Texto 15. España. 2002.
- (98) DONAHUE, P. Historia de la Enfermería. Editora Doyma. España.1993. p. 86.

- (99) MONROY, Araceli. Epistemología en Enfermería. Revista Desarrollo Científico en Enfermería. Vol. 10 N°5. España. 2002. pp. 18, 19.
- (100) Op. cit. (95). p. 26.
- (101) Op. cit. (70). p. 113.
- (102) NARAYANASAMY, Ara. WHITE, Ethelrene. A review of transcultural nursing. Nurse education today. Volúmen 25. EE.UU. 2005.
- (103) Op. cit. (5).
- (104) Op. cit. (1). p. 20
- (105) LILLO CRESPO, Manuel y colaboradores. Enfermería y Competencia cultural. En revista Index de Enfermería Vol 13 N°23. España. 2004. p. 136
- (106) Op. cit. (70). p. 109
- (107) SPECTOR, R. Cultural diversity in Health and Illness. Tercera edición. Appleton & Lange Editores. 1991.
- (108) Op. cit. (91). p. 30.
- (109) Op. cit. (70). pp. 109, 110.

- (110) Op. cit. (6). pp. 62, 63.
- (111) Op. cit. (84). p. 45.
- (112) Op. cit. (70). p. 114.
- (113) MORIN, Edgar. El método. Las ideas. Ediciones Cátedra. España. 1992. p. 107.
- (114) DUQUE PÁRAMO, María. Enfermería y cultura: espacio para el encuentro de personas y colectivos. Referido el 28 de Diciembre del 2010 a las 7:45p.m. en:
<http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria5202-enfermeria.htm>.
- (115) Op. cit. (51). p. 62.
- (116) SPECTOR, R. L a cultura y la salud. Editorial Pearson Educación. España. 2003. p. 26.
- (117) Op. cit. (8).
- (118) LEININGER, Madeleine. Transcultural nursing: Concepts, Theories and Practices. John Wiley and sons. EE.UU. 1978
- (119) Op. cit. (7). pp. 53, 54
- (120) Op. cit. (116). p. 30
- (121) Ibíd. p. 28

(122) Op. cit. (2).

(123) MINISTERIO DE SALUD. Investigaciones Operativas en Salud Materno Infantil. Compendio. Perú. 2000. pp. 159, 160.

(124) Op. cit. (1). p. 19.

(125) Op. cit. (70). P. 110.

(126) Op. cit. (7). p. 53.

(127) Op. cit. (123). p. 168.

(128) Op. cit. (31). p. 507.

BIBLIOGRAFIA

AMESCUA, Manuel. Salud, conflicto y transferencia de saberes en la cultura popular. N°4 Vol. XI. Laboratorio de Antropología cultural. Universidad de Granada. 2001.

BACOTE-CAMPINHA. Culturally competet model of nursing management. Revista Surgical Services Management. EE.UU. 1996.

BANT, Astrid y MOTTA, Angélica. Género y Salud Reproductiva. Escuchando a las mujeres de San Martín y Ucayali. Serie Investigaciones cualitativas en salud reproductiva. Editorial Movimiento Manuela Ramos. Perú. 2000.

BOFF. Saber cuidar. Editora Voces. Brasil. 1999.

BOHAY, I. Culture meanings and experiences of pregnancy and childbirth of ukrainins. Index de enfermería. V. 15. N° 3.

DONAHUE, P. Historia de la Enfermería. Editora Doyma. España.1993.

GEERTZ, Clifford. Nova Luz a Antropología. Jorge Zahar Editor. Brasil. 2001.

HERNANDEZ, Roberto y col. Metodología de la investigación. Cuarta edición. Editorial Mc Graw Hill. México. 2003.

IBARRA, Ximena. Cuidados culturales de Enfermería. Index de enfermería ISSN 1132-1296. V. 15 N° 55. España. 2006.

KOZIER, Bárbara. Fundamentos de Enfermería. Quinta edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. España. 1999.

KYMLICKA, Will. Ciudadanía multicultural. Una teoría liberal de los derechos de las minorías. España. Editorial Paidós Ibérica. 1996.

LEININGER, Madeleine. Cuidado cultural de la diversidad y universalidad: una teoría de enfermería. National League of Nursing Press. EE.UU. 1991.

LEININGER, Madeleine. Transcultural nursing: Concepts, Theories and Practices. John Wiley and sons. EE.UU. 1978

LILLO CRESPO, Manuel y colaboradores. Enfermería y Competencia cultural. En revista Index de Enfermería Vol 13 N°23. España. 2004.

LIPSON, Juliene. Temas culturales en el cuidado de enfermería. Conferencia abierta presentada en la Universidad de Antioquía. 2000.

MARRINER, Ann. RAILE, Martha. Modelos y Teorías en enfermería. Quinta edición. Editorial Elsevier Science. España. 2003.

MAUSS, Marcel. Sociología y Antropología. Cuarta edición. Editora Tecnos. España. 1995.

MINISTERIO DE SALUD. Estudios Operativos en la Salud Materno Infantil. Perú. 1999.

MINISTERIO DE SALUD. Interculturalidad en la atención de la salud. Estudio socioantropológico de enfermedades que cursan con síndrome ictero hemorrágico en Ayacucho y Cusco. Perú. 2001.

MINISTERIO DE SALUD. Investigaciones Operativas en Salud Materno Infantil. Compendio. Perú. 2000.

MINISTERIO DE SALUD. Norma Técnica de Salud para la transverzación de los enfoques: Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud. Perú. 2006.

MONROY, Araceli. Epistemología en Enfermería. Revista Desarrollo Científico en Enfermería. Vol. 10 N°5. España. 2002.

MORIN, Edgar. El método. Las ideas. Ediciones Cátedra. España. 1992.

MYERS, David G. Psicología social. Octava edición. Mc Graw-Hill Interamericana. México. 2005.

NARAYANASAMY, Ara. WHITE, Ethelrene. A review of transcultural nursing. Nurse education today. Volúmen 25. EE.UU. 2005.

OPS/OMS. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la formación y desarrollo de los recursos humanos. Serie Salud de los Pueblos Indígenas. N°12. EE.UU. 1999.

PLAZA, Orlando. Cambios Sociales en el Perú: 1968-2008. Editorial Pontífica Universidad Católica del Perú. Plaza Jibaja. 2009.

ROHRBACH, Cecilia. Cuidar y Cultura. Revista Cuidado cultural. N°3. Vol 4. Colombia. 2000.

SPECTOR, R. Cultural diversity in Health and Illness. Tercera edición. Appleton & Lange Editores. 1991.

SPECTOR, R. La cultura y la salud. Editorial Pearson Educación. España. 2003.

TARRES CHAMORROS, Sol. El cuidado del otro, diversidad cultural y enfermería transcultural. Revista Gazeta de Antropología. N°17 Texto 15. España. 2002.

VÁSQUEZ, Martha. Cuidado de la vida: El valor del Cuidado cultural. Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Colombia. 2007.

VÁSQUEZ, Martha. El cuidado cultural adecuado: de la investigación a la práctica. Unibiblos. Colombia. 2002.

WEBER, J. Nursing human science and human care. Revista National League for nursing. EE.UU. 1999.

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

	Nº pág.
ANEXO A: CONSENTIMIENTO INFORMADO	i
ANEXO B: GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA	ii
ANEXO C: GUÍA DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE	iii
ANEXO D: LISTA DE CHEQUEO	iv

ANEXO A
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, licenciado en enfermería, que laboro el escenario donde se desarrollará el estudio de investigación SIGNIFICADO QUE LE CONCEDE EL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERIA AL CUIDADO DESDE LA PERSPECTIVA TRANSCULTURAL EN UN HOSPITAL NACIONAL DE LIMA METROPOLITANA, después que se me explicó los objetivos de la presente investigación y las condiciones de mi participación, acepto voluntariamente a ser entrevistado por la investigadora, manifestando que los datos que refiera sólo servirán para fines de la presente investigación.

.....

FIRMA

NOMBRES Y APELLIDOS

Nº colegiatura:

ANEXO B
GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

PRESENTACIÓN: Buenos días licenciado(a), mi nombre es Fiorella Vidal, soy interna de enfermería de la UNMSM, estoy realizando un estudio de investigación para conocer el significado que le concede el personal profesional de enfermería al cuidado desde la perspectiva transcultural, por lo que agradezco su gentil participación en esta entrevista.

TÉCNICA: entrevista semi-estructurada.

INSTRUMENTO: Guía de entrevista semi-estructurada

OBJETIVO: Recolectar información del enfermero acerca del significado que le concede al cuidado desde la perspectiva transcultural.

GUÍA DE PREGUNTAS:

CÓDIGO (se le asignará un código a cada entrevistado):.....

1. ¿Qué es para Ud. el cuidado de enfermería?
2. ¿Qué es para Ud. la cultura?
3. ¿Qué es para Ud. el cuidado desde la perspectiva transcultural?
4. ¿Cuáles son los aspectos culturales del usuario en la atención que le brinda?
5. ¿Qué aspectos en su servicio promueven o limitan el cuidado de enfermería desde la perspectiva transcultural?

ANEXO C
GUÍA DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

TÉCNICA: Observación participante.

INSTRUMENTO: Formato – libreta de campo.

OBJETIVO: Recolectar información acerca de la interacción entre el personal profesional de enfermería y los usuarios y familiares durante la atención.

CÓDIGO (se le asignará un código cada observado):.....

1. Lugar:

2. Fecha:

3. Hora: inicio término.....

4. Actividades previas:

.....
.....

5. Expresiones faciales:

.....
.....

6. Frases utilizadas:

.....
.....

7. Actividades posteriores:

.....
.....

8. Descripción de la secuencia de los acontecimientos:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANEXO D
LISTA DE CHEQUEO

TÉCNICA: Observación participante.

INSTRUMENTO: Formato – libreta de campo.

OBJETIVO: Recolectar información acerca de la valoración cultural del personal profesional de enfermería durante la atención los usuarios.

CÓDIGO (se le asignará un código cada observado):.....

1. Lugar:
2. Fecha:
3. Hora: inicio término.....
4. Indaga en el proceso de atención a los usuarios acerca de:
 - () Vida:.....
 - () Muerte:.....
 - () Enfermedad:.....
 - () Salud:.....
 - () Sentimientos y emociones:.....
 - () Hábitos de alimentación:.....
 - () Hábitos de higiene:.....
 - () Hábitos de sueño:.....
 - () Religión:.....
 - () Situación económica:.....