

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS Fundada en 1551

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

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: LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTOR:

Kelly Mylene Bermúdez Menacho

Lima – Perú 2004

..	1
Agradecimiento .	3
RESUMEN .	5
SUMMARY ..	7
PRESENTACIÓN ..	9
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN ..	11
1.-PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA. .	11
2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA. . .	13
3.- OBJETIVOS. .	13
4.- JUSTIFICACIÓN. .	13
5. PROPÓSITO ..	14
6.- ANTECEDENTES DEL ESTUDIO: . .	14
7.- MARCO TEÓRICO- CONCEPTUAL: .	15
7.1.- DEFINICIÓN DEL CUIDADO .	15
7.2.- EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE CUIDADO ..	17
7.3.- CULTURA: DIVERSIDAD, CONTACTO Y SU INFLUENCIA EN EL CUIDADO .	18
7.4.- EL CUIDADO CON PERSPECTIVA TRANSCULTURAL: . .	20
7.5.- CONSIDERACIÓN DE LA CULTURA DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: . .	25
7.6.- CUIDANDO EN EL COMPONENTE CRECIMIENTO Y DESARROLLO ..	28
CAPITULO II: MATERIAL Y MÉTODOS ..	31
1.- TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN .	31
2.- MÉTODO USADO . .	31
3.- CAMPO Ó ESCENARIO DE ESTUDIO .	32
4.- SUJETOS DE ESTUDIO . .	33
5.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .	33
6.- ASPECTOS ÉTICOS . .	34

7.- PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS .	35
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .	37
CAPITULO IV: CONSIDERACIONES FINALES . .	53
LIMITACIONES .	55
RECOMENDACIONES .	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .	59
BIBLIOGRAFÍA .	65
ANEXOS .	67
ANEXO A .	67
ANEXO B .	68
ANEXO C .	68

DEDICATORIA *A mi madre, por su ejemplo de fortaleza, constancia y apoyo en los momentos difíciles de mi vida.*

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

Agradecimiento

A la licenciada Julia Lema Morales, por su asesoría, dedicación y constante apoyo durante la investigación.

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

RESUMEN

El presente trabajo de investigación muestra los significados del Cuidado desde la Perspectiva Transcultural, que tienen las enfermeras que laboran en los consultorios de Crecimiento y Desarrollo de los Centros de Salud de la Dirección de Salud V Lima-Ciudad. Tuvo como objetivos conocer el significado del cuidado desde la perspectiva Transcultural, caracterizar el cuidado que brindan las enfermeras y analizar la relación entre ambos.

Como sustento teórico fue enmarcado dentro de la teoría de Madeleine Leininger.

En este estudio participaron diez enfermeras que laboraban en los consultorios de Crecimiento y Desarrollo; las técnicas para la recogida de datos fueron la observación participante, la entrevista no estructurada y la revisión documentada (en este caso de la historia clínica en la que se observó la anotación realizada por la enfermera luego de la atención a cada niño).

El tipo de estudio, fue cualitativo, con un enfoque etnográfico. Los datos obtenidos fueron codificados y categorizados, el análisis se realizó en función a la triangulación de toda la información que al final sirvió para la construcción de un tema, que fue: **Cuidado Transcultural “mucho se dice, poco se hace”**, el cual contiene las siguientes categorías y subcategorías correspondientes: *“atención a un ser complejo en base a su cultura”*, *“para cuidar conocer la cultura de la madre”*, *“un cuidado que permite la atención integral”*, *“una atención con flexibilidad cultural”*, *“no esta presente como debería estar”*, *“valorizando cuanto y no como se atiende”*, *“el cuidado del otro”*.

El tema y estas subcategorías revelan la realidad del proceso de cuidar en el Componente Crecimiento y Desarrollo (CRED), por enfermeras que tienen una concepción distinta de lo que en la práctica realizan.

La realidad del cuidado en CRED es *“lo que se hace”*, lo ideal del cuidado es *“lo que se dice”*.

Palabras Claves:

Cuidado Transcultural. Significado de cuidado.

Cuidado del niño. Enfermería Pediátrica.

Investigación Etnográfica

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

SUMMARY

The present work of investigation shows the meaning of the Care from the Transcultural Perspective, that has the nurses who toil in the doctor's offices of Growth and Development of the Centers of Health of the Direction of Health V File-City. It had like objectives to know the meaning the care from the Transcultural perspective, to characterize the care that the nurses offer and to analyze the relation between both. As theoretical sustenance were framed within the theory of Madeleine Leininger. In this study ten nurses participated who toiled in the doctor's offices of Growth and Development; the techniques for the collection of data were the participant observation, the interview nonstructured and the documented revision (in this case of clinical history in which I am observed the annotation made by the nurse after the attention each boy). The type of study, was qualitative, with an ethnographic approach. The collected data were codified and categorizados, the analysis I am made in function to the triangulation of all the information that in the end was used for the construction of a subject, that it was: **Well-taken care of Transcultural “mucho is said , little is made”**, which contains the following categories and corresponding subcategories: *“atención to a complex being on the basis of its culture”*, *“para to take care of to know the culture the mother”*, *“un taken care of that allows the integral attention”*, *“una attention with cultural flexibility”*, *“no this present one as it would have to be”*, *“valorizando whatever and not as it is taken care of”*, *“el taken care of of the other”*. The subject and these subcategories reveal the reality of the process to take care of in the Component Growth and Desarrollo (CRED), by nurses who have a conception different from which actually they make. The reality of the care in CRED is *“lo that becomes”*, the ideal of the care is *“lo that is said”*.

Key Words:

Well-taken care of Transcultural. Meaning of care.

Taken care of of the boy. Pediátrica Nursing.

Ethnographic Investigation

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

PRESENTACIÓN

La cultura juega un rol importante en la salud de las personas ya que ella es modeladora de sus formas de vida. Tomando este aspecto como premisa, es que en el *cuidado de enfermería*, en los diferentes niveles de atención, sobre todo en el primer nivel, donde se ubica el Componente de Crecimiento y Desarrollo (CRED), se debe tomar en cuenta los aspectos culturales y considerarlos como base de sus acciones, ya sea para prevenir la enfermedad o restablecer la salud.

Esto cobra importancia, en el Componente CRED, ya que su operatividad se caracteriza por una situación especial como es la atención al niño quien es llevado por su madre al control de crecimiento y desarrollo; madres que hacen uso de su saber popular como sus creencias y costumbres para criarlos, lo que determina que el profesional de enfermería debe tomar en cuenta este aspecto durante el cuidado que brinda al niño, estableciendo una relación muy directa entre ella y la madre.

En este sentido el Profesional de Enfermería que tiene a su cargo dicho Componente, brinda al niño a través de la madre cuidados en su crecimiento y desarrollo, que se rigen por normas que se contemplan en el Manual de Atención al menor de cinco años, el cual presenta como una de las estrategias de la atención al niño, la concepción holística; es decir considerar en el cuidado del niño su dimensión física, psicológica y social ⁽¹⁾. Sin embargo en esta estrategia de atención no se especifica la necesidad de brindar atención a la madre, considerando su perspectiva cultural, lo cual no favorece, para cumplir con uno de los objetivos principales del Componente como es lograr la participación activa de la madre durante el crecimiento y desarrollo del niño.

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

Es importante ante esta realidad, conocer lo que piensan, sienten, y hacen realmente las enfermeras sobre el cuidado que brindan a los niños que acuden con sus. Madres al Componente CRED. Al respecto la etnografía nos permite conocer esa realidad, del que hacer y el pensar de un grupo profesional, como son las enfermeras.

En este contexto, el Área de Investigación de Enfermería, es el Cuidado, en la línea de fundamentos y estudios sobre conceptos de Cuidado.

Es así que a través de la presente investigación se plantea conocer los significados del cuidado desde la Perspectiva Transcultural de la enfermera, con el propósito de incentivar a la reflexión acerca del cuidado que brindan en Crecimiento y Desarrollo, sembrando de esa manera esa conciencia cultural en la atención y así también brindar una alternativa para incrementar la participación activa de la madre de esta forma contribuir con uno de los principales objetivos del Componente.

La presente investigación consta de los siguientes capítulos: El capítulo I: INTRODUCCIÓN, donde se considera el planteamiento y delimitación del problema, justificación, los objetivos, el propósito, los antecedentes del estudio, el marco teórico conceptual. El capítulo II: MATERIAL Y METODOS, se considera el tipo y nivel de investigación, el método usado, el escenario o campo de estudio, los sujetos de estudio, aspectos éticos, las técnicas e instrumentos de recolección de datos y el procedimiento para la recolección, procesamiento y análisis de los datos. El capítulo III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN, donde se presenta y analiza las subcategorías y categorías. Capítulo IV: CONSIDERACIONES FINALES, donde se menciona las consideraciones a las que llegó el estudio y al final se presenta las referencias bibliográficas, la bibliografía y los anexos.

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

1.-PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.

En los Lineamientos del Ministerio de Salud (2001), se señala que el Perú se caracteriza por su gran diversidad cultural que se refleja en las diferentes percepciones que el poblador tiene del proceso salud - enfermedad.⁽²⁾

En este contexto los diferentes profesionales de la salud entre ellos, la enfermera, desarrolla su quehacer profesional es decir, brinda cuidado, en los diferentes niveles de atención, donde es común observar que éste se centra más en el aspecto biológico, es decir en la conservación o restauración de la salud física de los usuarios o pacientes (Estudios Operativos- MINSA), dejando de lado los otros aspectos como el social, el cultural, psicológico, que contempla el ser humano en su totalidad.⁽³⁾

Por otro lado, Tarres (2001) señala que generalmente no existe en el profesional de salud total aceptación ante los saberes que no emanan de su formación académica, y sin darse cuenta se promueve un conflicto ciencia -cultura popular, que muchas veces conlleva a menospreciar los saberes tradicionales, fomentando de esta manera, atenciones en los servicios de salud, que no contemplan la cultura de la población. Además menciona que durante el ejercicio de la profesión, la enfermera se enfrenta día a

día a situaciones que ponen a prueba su capacidad de conjugar sus conocimientos, con los aspectos culturales del paciente, de manera que no sólo es afrontar el ejercicio profesional con la actitud paternalista de que el saber nuestro es el mejor, si no que es necesario aprender también de esa fuente inagotable de saberes que tiene la comunidad, es decir, la población.⁽⁴⁾

La usuaria o madre reconoce su necesidad y pide ayuda desde su nivel cultural, los profesionales también parten de su mundo, y por eso es necesario un proceso de transculturización, que permita una efectiva comunicación entre la usuaria y el profesional. De ahí parte la necesidad en identificar su propia cultura, comprenderla desde su perspectiva de entender qué es la salud y la enfermedad.⁽⁵⁾

En este sentido, Leininger (1998) refiere que el aspecto transcultural del cuidado cobra importancia, en tanto que cada cultura requiere tipos de atenciones que varía según los distintos significados de lo que es cuidar, de los diversos tipos de prácticas y creencias que sobre la salud y enfermedad se tenga.⁽⁶⁾

Cabe mencionar que una de las áreas donde se evidencia diferentes concepciones del proceso salud y enfermedad, es la salud materna – infantil (Lineamientos – MINSA, 2001). Es así que específicamente en el actual Componente de Crecimiento y Desarrollo del Área Salud del Niño, las usuarias o madres tiene un protagonismo importante en el cuidado de sus niños, donde sus prácticas se ven influidas por su saber o cultura popular (Marvin,1994).⁽⁷⁾

Es por ello que donde coexisten relaciones culturalmente heterogéneas, durante la atención, se hace necesario considerar la perspectiva transcultural del cuidado, alternativa que permite dar un toque humanístico a la esencia de la profesión, pues fomenta el descubrimiento de las perspectivas culturales de cada una de las personas y su consideración cuando se le brinda atención (Vásquez,2001).⁽⁸⁾

En esta marco y basada en las experiencias de las prácticas pre-profesionales durante la atención en los consultorios del Componente Crecimiento y Desarrollo (CRED), al observar a las enfermeras durante sus atenciones, llamaba la atención, en muchas ocasiones, el trato no tan amable que brindaban a las usuarias o madres, la poca comunicación que tenían con ellas en algunos casos, la relación a veces muy formal que mantenían durante la entrevista, la forma a veces rápida en que transmitían información a la madre, y el tiempo corto que tomaban en atenderlas, en varias ocasiones.

Al interactuar con algunas enfermeras en los consultorios del Componente Crecimiento y Desarrollo (CRED), de la Dirección de Salud V Lima – Ciudad, manifestaban lo siguiente:

“Para brindar una buena atención, tenemos que ser rápidas y muy observadoras para detectar el problema”.

“Lo más importante es detectar alguna alteración en el examen físico del niño”.

“A veces hay mamás que no quieren aceptar mis consejos”.

“Generalmente a las mamás que proceden de provincia, es un poco difícil tratarlas”.

“En las mamás que tienen costumbres muy arraigadas, casi no se logra nada con

ellas”.

Estas manifestaciones evidencian las percepciones y muestra posibles actitudes o perspectivas de las enfermeras de los consultorios del Componente CRED, acerca de la atención que brindan.

De esta situación emergen interrogantes tales como:

¿Las enfermeras conocerán la diversidad cultural de la población que atienden?

¿Consideran las enfermeras el aspecto cultural, durante el cuidado que brindan al paciente en el primer nivel de atención?

El soporte teórico permitió seguir planteando éstas y otras interrogantes que emergieron durante el trabajo de campo, que al delimitarlo y seleccionarlo, permitió formular la interrogante central:

2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Qué significado le conceden las enfermeras al cuidado desde la perspectiva transcultural y cómo se relaciona con el cuidado que brindan al niño y las madres que acuden a los consultorios del Componente Crecimiento y Desarrollo de los Centros de Salud de la Dirección de Salud V Lima-Ciudad?

3.- OBJETIVOS.

Conocer el significado que las enfermeras de los consultorios del Componente CRED conceden al cuidado desde la perspectiva transcultural.

Caracterizar el cuidado que brindan las enfermeras durante la atención al niño y la madre en los consultorios del Componente CRED.

Analizar la relación del significado con el cuidado brindado por las enfermeras durante la atención en los consultorios del Componente CRED desde una perspectiva transcultural.

4.- JUSTIFICACIÓN.

Esta investigación es de gran importancia para enfermería en general y en particular para las profesionales que laboran en los consultorios del Componente Crecimiento y Desarrollo, ya que su atención se centra en los niños a través de madres, quienes proceden de diferentes lugares del país y en consecuencia poseen culturas diversas.

Esto determina que la profesional de enfermería debe considerar las perspectivas culturales de las madres en la crianza de los niños como premisa para adecuar culturalmente los cuidados que se le brinda.

Asimismo se reafirma su importancia ya que el cuidado de enfermería en general, desde esta perspectiva transcultural es un aspecto poco estudiado y profundizado en nuestro medio, a diferencia de otros países, a pesar de nuestra diversidad cultural.

5. PROPÓSITO

A través de los resultados del presente estudio se pretende conseguir que el Componente de Crecimiento y Desarrollo por intermedio de su Manual de Normas de Atención al menor de 5 años incorpore como base de la atención del niño, el abordaje cultural de la madre para que de esta manera las enfermeras que laboran en los consultorios de Crecimiento y Desarrollo, se motiven, reflexionen e incorporen esa Perspectiva Transcultural en el cuidado, de tal manera que se beneficie tanto las enfermeras, porque habrá una mejora en la esencia de la profesión y sobre todo los niños porque las madres harán uso de prácticas culturales saludables y se sentirán satisfechas por la atención que reciben.

6.- ANTECEDENTES DEL ESTUDIO:

No se ha encontrado, hasta la fecha, a nivel de Lima estudios relacionados con el significado del cuidado desde la perspectiva transcultural. Generalmente existen trabajos de investigación que han estudiado a la persona en su aspecto cultural, sobre todo los factores culturales de la madre en el proceso salud-enfermedad del niño como son las creencias, costumbres, más no se ha estudiado la participación e intervención de la enfermera frente a este aspecto. Sin embargo en el ámbito internacional existen estudios sobre el Cuidado de Enfermería, a los que se tuvo acceso por vía Internet a resúmenes que no presentaban resultados.

Es así que uno de los primeros estudios que se revisó fue de Da Silva Diese Marinho, quien presentó en Brasil en el año 2002 su tesis titulada “Límites y posibilidades en lo cotidiano de las enfermeras para el cambio del sistema de cuidado: un abordaje cultural en un ambiente hospitalario” que tuvo como objetivo principal, a partir de una práctica asistencial, el reflexionar sobre los límites y posibilidades en lo cotidiano de la enfermera en un ambiente hospitalario, con el propósito de cambiar el actual sistema de cuidado, hacia uno fundamentado en un abordaje cultural. Esta investigación se elaboró bajo un marco referencial cuya base teórica fue la teoría de la diversidad y universalidad del cuidado transcultural de Madeleine Leininger.⁽⁹⁾

Por otro lado en el mismo año, Erdtmann Bernadette Krautz, centró su preocupación

en ofrecer un cuidado de enfermería apoyado en la razón sensible y congruente con la cultura del paciente, es así que realizo el estudio titulado “El desafío para un cuidado culturalmente congruente apoyado en la razón sensible”, donde aplicó el método de investigación convergente asistencial de Treintini y Paim. Este estudio también se fundamentó en la teoría transcultural de la Dra. M Leininger; y el proceso que se desarrolló posibilitó un nuevo modo de cuidar, que se delineó, conforme la enfermera y el cliente contextualizaron su realidad de salud.⁽¹⁰⁾

En Brasil, en el año 2000, Gonzáles Giles Rosa, desarrolló el estudio titulado “El cuidado humano como valor en el ejercicio de los profesionales de salud”, que tuvo como finalidad conocer en los diferentes integrantes del equipo de salud, el valor que conceden al cuidado humano; fue un estudio cualitativo de tipo comprensivo que utilizó como método de recolección de datos a la entrevista en profundidad.⁽¹¹⁾

Por ultimo en el mismo año, Lucía de Fátima da Silva presentó en Brasil la tesis “Cuidados de enfermería: su sentido para enfermeras y pacientes”, que tuvo como objetivo comprender el concepto de cuidado de enfermería, a partir del discurso de las enfermeras que desempeñaban actividades en una clínica médica, y también conocer como los pacientes interpretaban el cuidado de enfermería que se les proporcionó en algún momento; el método usado fue la investigación cualitativa de tipo comprensiva y descriptiva, con una fundamentación filosófica en el pensamiento de Heidegger. La técnica de recolección de datos que usó fue la entrevista semiestructurada; y tuvo como una de las consideraciones finales que el sentido del cuidado para la enfermera, es la preocupación y el desvelo por el otro, considerando ese momento de comunión durante la interacción del paciente.⁽¹²⁾

De estos estudios presentados, el tema del cuidado de enfermería fue enfocado hacia el adulto, más no a la salud del niño; así también todos ellos tuvieron un abordaje cualitativo, pero no con enfoque etnográfico. Las técnicas de recolección de datos que se utilizaron fueron la entrevista y la observación.

Cabe resaltar que para fines de la presente investigación, los estudios mencionados sirvieron como guía en cuanto al abordaje metodológico y al uso de técnicas de recolección de datos, a pesar de las diferencias señaladas.

7.- MARCO TEÓRICO- CONCEPTUAL:

7.1.- DEFINICIÓN DEL CUIDADO

El termino cuidado es polisémico, es decir, tiene distintos significados, es por eso que existen múltiples connotaciones del verbo cuidar; en los diccionarios lo definen como poner atención y esmero en una cosa, atender, velar, mimar, esmerarse. El verbo cuidar específicamente asume la connotación de causar inquietud, entregar la atención. Para enfermería según Mayeroff (1994), tiene un significado mucho más amplio y se refiere

básicamente al aspecto humano, así se define el cuidado como “ayudar al otro a crecer y a realizarse como persona, es una manera de relacionarse con alguien que implica desarrollo”.⁽¹³⁾

El cuidado menciona Boff (1999), es uno de los temas centrales en enfermería, aunque este ha tenido diferentes y numerosos significados como se ha señalado anteriormente, en la disciplina posee como tema común su carácter de interacción con el otro u otra. Ello implica de un lado un modo de ser mediante el cual la persona sale de sí y se centra en el otro con desvelo y solicitud.⁽¹⁴⁾

Es así que, el cuidado es la interrelación entre dos “yoes”, cada uno de los cuales se relaciona consigo mismo y con el otro, conformándose cada uno de lo que es realmente A ó B, de lo que cree ser A ó B y de lo que otros creen que es A ó B. Para cuidar la vida y la salud, la comunicación entre esos dos “yoes” tiene que superar la barrera conformada por la incertidumbre (Monroy, 2002).⁽¹⁵⁾

Por otro lado al asistir a la persona sana como al portador de determinada enfermedad, es primordial conocer su realidad objetiva y subjetiva; ello exige conocimientos, experiencias y la utilización de métodos propios de enfermería, pero además de una actitud amorosa hacia la profesión, lo que significa amar al ser humano.⁽¹⁶⁾

Lunard (1997) señala que el cuidado, como actividad esencial de la existencia humana, no es propio o privativo de una práctica profesional, para ser caracterizado como cuidado de enfermería es necesario apropiarse del cuidado humano neto, solo que esta vez imbuido de intencionalidad.⁽¹⁷⁾

Es así que dentro del ejercicio profesional, el cuidado, no es una mera técnica, sino, fundamentalmente, un arte. Desde este punto de vista es que Espino (1995) menciona, que la enfermería no puede identificarse con una mera técnica de tipo procedimental, sino que se asemeja más a un arte. La relación entre arte y técnica tampoco debe comprenderse de forma excluyente, pues, como dice Hipócrates, el arte presupone técnica, pero algo más que técnica, una especie de predisposición natural. El arte de cuidar precisa unos adecuados conocimientos de tipo psicológico, anatómico, antropológico e inclusive de tipo cultural y religioso, pero además de estos conocimientos precisa un conjunto de factores que convierten este ejercicio en un arte y jamás en una ciencia exacta.⁽¹⁸⁾

Enfermería se refiere por tanto a todo lo humano y al cuidado humano; por lo que no puede jamás estudiarse y desarrollarse en el plano de la ciencia experimental y positivista. Esta línea de argumentación la definió M. Leininger (1991), donde dice que el cuidado:

“es un arte y ciencia humanística aprendida que se centra en conductas de cuidados personalizados (individuales o de grupo), funciones y procesos dirigidos hacia la promoción, el mantenimiento de conductas de salud o la recuperación de enfermedades que tienen significación física, psicológica, cultural y social”.⁽¹⁹⁾

En tal sentido el objetivo del trabajo de enfermería es el cuidado, premisa que ha sido aceptada por los profesionales; de este modo cuando se define enfermería se dice

que esta es la ciencia y el arte del cuidado.⁽²⁰⁾

7.2.- EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE CUIDADO

Es importante comprender que este concepto ha ido evolucionando desde la época prehistórica, hasta nuestros días, rumbo a la posmodernidad y hacia el tercer milenio. No obstante se sabe que el acto de cuidar es propio de la naturaleza humana, de modo que todo ser humano es capaz de cuidar de sí y de otro (Da Silva, 2000).⁽²¹⁾

Así, el hombre prehistórico, menciona Donahue (1999), trató en todo momento de satisfacer sus necesidades básicas para subsistir. En la edad antigua gracias a la invención de la escritura fue posible la difusión del conocimiento a través de libros, artículos que transmitían el resultado de las investigaciones principalmente en el campo de la medicina. El mayor avance en cuanto a la profesión de enfermería se observó en la India donde se consideraba que la enfermera debía tener conocimientos sobre preparación de medicamentos para su administración, debía ser astuta, dedicada al paciente y ser pura tanto de mente como de cuerpo.

A medida que pasó el tiempo, el renacimiento de la ciencia griega, trajo como consecuencia la aparición de universidades por doquier, lo que dio lugar a una medicina de estudios avanzados. La enfermería al no penetrar los muros universitarios, entró en una etapa decadente y sus actividades se redujeron a tareas simples como alimentar a los enfermos, lavado y vendaje de heridas, cuidar a niños.⁽²²⁾

Hasta aquí según Donahue, se puede observar que las palabras cuidar, cuidado y atención aparecen en esta época como parte de las tareas simples de la enfermera, las cuales se realizaban por amor a Dios, se aprecia el énfasis en lo curativo más que en lo preventivo a diferencia de las etapas anteriores.

El cuidado de enfermería se refiere más a asistir que cuidar, asistir implica estar presente, comparecer, hacer compañía auxiliar, socorrer; mientras que cuidar, tal como se señaló al inicio, consiste en atender, velar, mimar, esmerarse, vigilar, tratar, prevenir. Vemos entonces como el cuidar incluye asistir, pero asistir no incluye cuidar (yo puedo estar presente, hacer compañía pero sin atender o esmerarme por el bienestar del otro).⁽²³⁾

Así, el cuidado de enfermería se diferenciaba claramente del cuidado médico, ya que el objetivo de enfermería era proporcionar y mantener el confort, ayudar a los enfermos a morir dignamente, además de contribuir con la medicina y la curación; mientras que el objetivo del médico era curar y controlar la enfermedad (Espino, 1990).⁽²⁴⁾

Durante la etapa moderna o modernismo hay importantes cambios y avances en el campo de la medicina que contribuyeron a su vez a la enfermería, pues se necesitaba cada vez más enfermeras capacitadas para trabajar en los hospitales para asistir enfermos. Así, en los años 50, enfermería estaba representada por técnicas y procedimientos orientados a la curación, teniendo como fundamento a las ciencias biológicas y médicas.

Es en esta etapa que para mejorar su práctica profesional, la enfermera acude a la

universidad y con ello asume mayores funciones, responsabilidades y realiza investigaciones. En la década de los 60 un mayor número de enfermeras se preparaba en el ámbito del doctorado, aparecen marcos conceptuales y teorías que guían la práctica de enfermería.

Luego, en la década de los 70', 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 (Donahue, 1993).⁽²⁵⁾

Las enfermeras especialmente estadounidenses, en el sentido de describir los fundamentos propios de enfermería, desarrollaron las teorías de enfermería que con base filosófica intentaron explicar los diversos fenómenos que implica *el Cuidado Profesional*. De manera importante, estos modelos teóricos actuales consideran el cuidado como foco principal de la profesión y describen aspectos de esta práctica, tales como el *Cuidado Cultural* de Madeleine Leininger (George, 2000).⁽²⁶⁾

Entonces desde estos tiempos y 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 considera las áreas no sólo física y biológica, sino también el área psicológica, social y cultural.

Sin embargo, según Monroy (2002), en la práctica se pone mayor énfasis en los aspectos biológicos o biopsicológicos obviamente, 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.⁽²⁷⁾

Ahora en la actualidad Rohrbach (2000), menciona que en todo enfoque de cuidar, se intenta considerar al ser humano con su cultura, ya que anteriormente los modelos teóricos de enfermería tenían una concepción del *hombre universalista, sin cultura*, condición en la que es imposible *cuidarlo*. Desde luego, entonces, 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.⁽²⁸⁾

7.3.- CULTURA: DIVERSIDAD, CONTACTO Y SU INFLUENCIA EN EL CUIDADO

La cultura es entendida según Lowie (1995), como el conjunto de tradiciones y estilos de vida socialmente adquiridos, de los miembros de una sociedad, incluyendo sus modos pautados y repetitivos de pensar, sentir y actuar, que influye en las personas durante toda su vida; ella se reconstruye y se refuerza permanentemente en relación con los otros así como en los procesos de construcción de identidad, que permiten al ser humano vivir en

sociedad.⁽²⁹⁾

Así, el ser humano es un *ser cultural*, menciona Francesc (1998), es decir, crea cultura, consume cultura, se expresa mediante instrumentos culturales, se comunica utilizando la red de símbolos de la cultura donde está ubicado. Es en todos los sentidos, un ser cultural; pero la cultura como la sociedad, como la naturaleza, no es absoluta ni perfecta, pues es siempre la producción del ser humano y el ser humano es vulnerable.⁽³⁰⁾

Según la teoría evolutiva, la cultura de una sociedad tiende a ser similar en muchos aspectos de una generación a otra; y esta continuidad de la cultura desde un inicio hasta nuestros días se mantiene como el proceso llamado **endoculturación**. La endoculturación es una experiencia de aprendizaje parcialmente consciente e inconsciente a través de la cual la generación de más edad incita, induce y obliga a la generación más joven a adoptar los modos de pensar y actuar; aquí es importante resaltar la importancia que tiene el **etnocentrismo** que se encuentra presente en todas las culturas y que se define como la seguridad que se tiene acerca de que nuestras propias pautas de conducta, son siempre naturales, buenas, hermosas e importantes y que los demás, por el hecho de actuar diferentes, viven según modos no adecuados (Lowie,1995).⁽³¹⁾

En este sentido, 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 de conocimiento, pero un conocimiento dinámico, en acción, entendido como un proceso de intercambio, teniendo en cuenta que las diferentes formas de concebir y elaborar la realidad constituyen modos específicos y particulares, es decir, culturales, de ver y explicar el mundo que nos rodea y es la interacción de las personas con sus contextos lo que define su realidad (Mauss,1995).⁽³²⁾

No obstante el proceso de aculturación no funciona del mismo modo, ni con la misma intensidad en todas las culturas, y ésta puede presentarse de formas distintas como son *la asimilación*, es decir el abandono de la identidad de origen, tomando como propia, la identidad del lugar de acogida; *la integración*, en la que se mantiene lo más significativo de su identidad de origen, pero el individuo o grupo adquiere aquellos elementos de la identidad de acogida que le permite vivir mejor en la sociedad de destino; *la segregación* o el rechazo total a la identidad de acogida refugiándose en la identidad de origen y *la marginalización*, es decir que la persona se ve distanciada cada vez más de la identidad de origen pero también del lugar de acogida (Mauss,1995).⁽³³⁾

Como se puede observar el proceso de contacto cultural es múltiple y complejo, menciona Amescua (2001), así mismo 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 de etnocentrismo, de protección cultural, los que hacen que consideremos a nuestra cultura como la correcta y que está por encima de las demás.⁽³⁴⁾

Al entrar en contacto con la diversidad cultural, según el autor, se produce un

mecanismo de reacción al cambio, debido a la sensación que se tiene de depender 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 intentará que los demás sean como él, mientras que los grupos minoritarios reaccionarán no queriendo perder lo que ellos consideran superior, es decir que se trata de un choque de 2 o más etnocéntricos. Estos mecanismos de reacción a la aculturación pueden ser de *afrente 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 lo que se pretende es 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, es decir, se margina.⁽³⁵⁾

En este sentido, la diversidad entendida como la yuxtaposición de personas, culturas, tradiciones, estilos de vida, caracterizan la sociedad de hoy como nunca en el pasado. Estos valores y necesidades son una invitación a la reflexión y discusión de algunas características que hacen que el ser humano tenga en la actualidad esa gama infinita de elementos diversos (Vásquez, 2001).⁽³⁶⁾

Según Rohrbach (2000), los seres humanos de diferentes culturas del mundo han cuidado y siguen cuidando, la mayor parte del tiempo, la vida. Este hecho es el verdadero origen de cuidar, ya que cuidar es tan viejo como el mundo y tan cultural como la diversidad que caracteriza a la humanidad.⁽³⁷⁾

Enfermería al tomar conciencia del enorme papel que desempeña, cuidar al ser humano con su cultura, busca explicaciones en otras disciplinas e intenta incorporar ciencias humanas como la Antropología en el cuidado de enfermería (Francesc, 2000).⁽³⁸⁾

Así, la Antropología presta su colaboración a la enfermería, para que el cuidado que se brinde sea completo y complejo, como lo es el ser humano, y esto se lleva a cabo no considerando a la Antropología como una confección de datos, ya que ella es una serie de conocimientos, pero también es una forma de ver la realidad, en lo que se denomina "mirada antropológica", que consiste en aproximarse a la persona o colectivo, objeto de estudio, tratando de aprender del otro a partir de lo que el otro pudo decir o enseñar, encaje o no en los principios científicos. Asimismo menciona Lipson (2001), que la antropología permite una mirada con triple perspectiva desde el relativismo cultural, que da una visión holística y comparativa de la cultura y es desde este punto de vista donde su diversidad cultural adquiere su auténtica dimensión. Es así que se considera, a la Antropología. no la solución a los problemas planteados sino una alternativa que proporciona una serie de pautas como es el relativismo cultural y el profundo respeto a la diversidad.⁽³⁹⁾

7.4.- EL CUIDADO CON PERSPECTIVA TRANSCULTURAL:

El fenómeno de la mundialización, aunque ha propiciado un ambiente social y personal rápidamente cambiante e inestable, ha fomentado una sociedad pluralista y culturalmente diversa (Vásquez, 2001).⁽⁴⁰⁾

Enfermería, en el rápido mundo actual, no puede estar ajena a estos cambios, su compromiso social para cuidar a la persona, familia o grupos requiere que además de conocimiento de la técnica, de los aspectos instrumentales del cuidado y de la comprensión intelectual, exista el conocimiento de ese otro, un conocimiento actualizado (Tarres, 2001).⁽⁴¹⁾

Según Vásquez (2001), toda la dinámica social actual contribuye para que las personas, más que en épocas anteriores, contengan una mezcla de tradiciones, valores y sentimientos que fundidos y cambiantes en lo cotidiano, hacen que el cuidado de enfermería se convierta en un desafío permanente, pues debe considerar los valores, creencias y prácticas de los sujetos de cuidado, al mismo tiempo debe manifestar el respeto por la diferencia, cuando ofrece dicho cuidado.⁽⁴²⁾

Este carácter cambiante, pluralista y diverso de nuestra sociedad, dadas las relaciones culturalmente heterogéneas en donde circulan ideas y escenas que aproximan lógicas diferentes, se hace necesario considerar la Dimensión o *Perspectiva Transcultural* para ofrecer un cuidado humanista, frente a un ejercicio que no llega más allá del cuidado físico o biológico y algunas veces, psicológico (Rorhbach,2001).⁽⁴³⁾

Así, *Leininger* (1995), fue la primera enfermera que conceptualizó sobre la enfermería transcultural; definiéndola:

“como un área humanista y científica del estudio y de la práctica formal de la enfermera, que se enfoca sobre diferencias y semejanzas entre culturas, con respecto al cuidado humano, la salud y la enfermedad”.⁽⁴⁴⁾

“El elemento fundamental que conforma la enfermería transcultural, es el estudio de los valores culturales que influyen en la salud de la persona”.⁽⁴⁵⁾

“Enfermería transcultural, es un tipo de enfermería que tiene en cuenta la diversidad cultural en la salud y en la enfermedad y que por tanto, estudia de forma integrada las creencias de las personas, usos y costumbres de diferentes culturas”.⁽⁴⁶⁾

“Enfermería transcultural, designa el área de estudio y práctica formal que se centra en los valores, creencias y prácticas de salud de los individuos”.⁽⁴⁷⁾

“El concepto de cultura y su relación con las creencias y practicas de los cuidados de la salud del paciente constituyen el fundamento de la enfermería transcultural”.⁽⁴⁸⁾

La teórica *Madeleine Leininger*, basada en la perspectiva antropológica, propuso el modelo del sol naciente para ilustrar la teoría de la universalidad y diversidad del cuidado cultural, que indica:

”...que así como las personas en todo el mundo tienen características universales diversas, de acuerdo con su cultura, el cuidado de la salud igualmente tiene semejanzas y diferencias de acuerdo con el contexto cultural en que se encuentra. Estas diferencias y semejanzas del cuidado cultural, deben ser identificadas y comprendidas para que las enfermeras y los enfermeros sean eficientes al asistir a las personas de diferentes culturas ofreciendo un cuidado culturalmente congruente...”.⁽⁴⁹⁾

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

Esta teoría transcultural que desarrolló la autora se inspiró en conocimientos de antropología y ciencias de enfermería, de esta forma ha presentado el concepto del cuidado (caring) como esencial y central en su concepción en la disciplina enfermera. Así, el objetivo de la enfermería transcultural se extiende más allá de una apreciación abierta de distintas culturas para proporcionar una base cultural, una concepción cultural en la práctica profesional de enfermería ya que sus numerosas investigaciones acerca de diversas culturas la han llevado a comprender el cuidado como acciones de asistencia, de apoyo y de facilitación a la persona que tiene necesidad de recuperar su salud o mejorar sus condiciones de vida, interesándose en lo que es universal y diverso en las culturas, y reconociendo factores que influyen los sistemas de cuidados, la salud y el bienestar (Kerouac, 1996).⁽⁵⁰⁾

La autora sostiene que el cuidado profesional de la enfermera comporta, pues, modos de ayuda basados en una ciencia y un arte humanista que se aprenden; asimismo, ella respeta los sistemas de cuidados tradicionales y no profesionales que sostienen la vida y la muerte, siendo este cuidado, *un cuidado humano*, que favorece el desarrollo y la supervivencia (Leininger, 1991).⁽⁵¹⁾

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 la profesión de enfermería es una profesión de cuidados transculturales, centrados en un cuidado humano, respetuosos de los valores culturales y del estilo de vida de las personas, que están basados 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 las enfermeras están de acuerdo con la cultura, favorecen la conservación de la salud y su recuperación (Kerouac, 1996).⁽⁵²⁾

Por tanto, para Leininger la esencia fundamental de enfermería es el cuidado, y en su teoría lo define como un conjunto de conceptos interrelacionados que tienen en cuenta las conductas cuidantes, los valores y las creencias basados en necesidades culturales de los individuos y grupos, para proporcionarles unos cuidados de enfermería eficaces y satisfactorios. El objeto de su teoría es que los pacientes propongan sus puntos de vista, conocimientos y prácticas como base para acciones y decisiones profesionales validas (Francesc, 2000).⁽⁵³⁾

En la actualidad, trabajar hacia la flexibilidad transcultural, es un aspecto en el que es necesario profundizar más, es un esfuerzo que representa 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 (Rorhbach, 2001).⁽⁵⁴⁾

El brindar un cuidado desde esta perspectiva, implica un cuidado culturalmente competente, culturalmente sensible o culturalmente congruente, esto exige tener capacidad para afrontar la diversidad, lo que implica tener ciertas habilidades y actitudes (Vásquez, 2001).⁽⁵⁵⁾

Alguno de los principios del cuidado que describe la teoría de Leininger (1991),

teniendo en cuenta la cohesión cultural, son:

La adecuación de los cuidados según la cultura, se refiere a las actividades y decisiones profesionales que ayudan a la adaptación de las personas, con objeto de lograr resultados de salud benéficos o satisfactorios.

La reestructuración de cuidados, de acuerdo con la cultura del paciente, se refiere a las actividades y decisiones profesionales que ayudan al individuo a reordenar, cambiar o modificar su estilo de vida, con el objetivo de adquirir nuevos hábitos de salud, diferentes o mejores, al tiempo que se respetan sus valores y creencias culturales y se sugiere un estilo de vida más saludables.

Los cuidados de enfermería culturalmente congruentes, describen las actividades o decisiones que se adaptan para ajustarse a los valores, creencias y estilos de vida culturales de un individuo o grupo, a fin de ofrecer servicios asistenciales significativos, benéficos y satisfactorios.

De esta manera, planificando y dando así los cuidados de enfermería, el personal respetará las diferencias igual que las similitudes culturales. Según esta concepción, la persona es un ser que no puede ser separado de su bagaje cultural. Sus expresiones y su estilo de vida reflejan los valores, las creencias y las prácticas de su cultura (Leininger, 1995).⁽⁵⁶⁾

En este contexto según la concepción cultural, la salud significa entonces más que la ausencia de una enfermedad, mas bien se refiere a las creencias, los valores y las formas de actuar, que son culturalmente conocidos y utilizados con el fin de prevenir y conservar el bienestar de un individuo o de un grupo y ejecutar las actividades cotidianas; la salud está relacionada con la estructura social y por consiguiente, varía de una cultura a otra (Francesc, 2000).⁽⁵⁷⁾

Los cuidados culturalmente congruentes, estarán siempre presentes cuando la enfermera sea competente culturalmente, ya que esto denota una compleja integración de actitudes, conocimientos y destrezas, que permiten a la enfermera proporcionar cuidados con sensibilidad cultural (Campinha-Bacote,1999).⁽⁵⁸⁾

La Academia Americana de Enfermería, definió el cuidado de enfermería culturalmente competente, como sensible a los temas de la cultura, raza, género, clase social, y situación económica.(Kroeber, 1995)

La Competencia Cultural

Implica la aceptación y respeto por las diferencias culturales, sensibilidad para entender cómo esas diferencias influyen en las relaciones con los pacientes y habilidad para ofrecer estrategias que mejoren los encuentros culturales de acuerdo con las necesidades del paciente (Vásquez, 2001).⁽⁵⁹⁾

Al respecto, Campinha-Bacote menciona que la competencia cultural es una combinación de conocimientos, actividades y conductas o habilidades interdependientes; este cuidado requiere mucho más que el simple conocimiento acerca de ese otro grupo cultural.

El autor ha desarrollado un modelo conceptual que ofrece una guía para que las

acciones de enfermería sean competentes desde esa perspectiva. Este modelo define como competencia cultural al proceso por el cual, el proveedor de salud, continuamente, lucha por la habilidad para trabajar efectivamente dentro del contexto cultural de un cliente, familia o comunidad.⁽⁶⁰⁾

Los constructos que el modelo persigue para la **competencia cultural**, según el autor, son la *conciencia o adecuación cultural*, la *habilidad cultural*, *deseo o interés cultural*. Estos constructos tienen una relación interdependiente entre ellos y no importa dónde los proveedores estén ofreciendo el cuidado.⁽⁶¹⁾

Por conciencia o adecuación cultural se entiende como un proceso deliberado y cognitivo, en el cual el proveedor de salud llega a ser apreciativo y sensitivo a los valores, creencias y estilo de vida, prácticas y estrategias de solución de problemas en la cultura de los clientes. Este proceso debe incluir el conocimiento de los propios valores, prejuicios que cada uno tiene hacia las otras culturas y una exploración profunda hacia la propia cultura, este ejercicio es indispensable, pues existe una tendencia a ser etnocéntrico y así imponer los propios valores y creencias de los demás; entendiéndose por etnocentrismo:

“Aquella tendencia a suponer el universo girando en torno al pueblo propio y que se considera al endogrupo siempre situado en lo correcto y verdadero; y que los demás grupos están incorrectos, cada vez que su conducta difiere de los del propio grupo”.⁽⁶²⁾

Otro constructo para moverse en el escenario de la competencia cultural es la habilidad en este campo. Esta es entendida como la destreza para recolectar datos culturales relacionados con la historia de salud del cliente, con los cuales se pueda hacer una evaluación cultural del mismo.

Leininger (1995), define como la evaluación cultural una valoración o examen sistemático de los individuos, grupos o comunidades, así como de sus valores, creencias y prácticas para determinar sus necesidades y las intervenciones que deben hacerse en su contexto. Durante las entrevistas y observaciones los profesionales de salud pueden obtener información acerca de las percepciones de los clientes, así como de las posibles necesidades de tratamiento.

Y por último, el constructo del deseo o interés cultural es entendido como la motivación que los proveedores de cuidado de salud tienen con relación a querer comprometerse en el proceso de competencia cultural.

Al interior de la teoría de enfermería transcultural de Leininger, se han elaborado ciertos principios que sirven de guía para el cuidado con perspectiva transcultural, éstos son los siguientes:

- Conocer las actitudes, valores, creencias y prácticas culturales propias.
- Por lo general, es más fácil comprender a quienes tienen un legado cultural similar al propio, en tanto que se percibe como extraños a quienes son diferentes.
- Mantener una actitud abierta y de criterio amplio, esperar lo inesperado.
- No incurrir en estereotipos culturales al considerar a todos por igual.

- Respetar la igualdad de las culturas.
- Reconocer las diferencias culturales.
- Hacer el esfuerzo por comprender los motivos de cualquier conducta, mediante el intercambio de información acerca de similitudes y diferencias.
- La enfermera debe ser buena escucha. La mayor parte de las personas responden las preguntas en forma positiva, cuando se hacen con auténtica simpatía.
- Evitar acentos o utilizar palabras que no son parte de la vida cotidiana de la persona.

7.5.- CONSIDERACIÓN DE LA CULTURA DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:

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 de salud están regidos por una férrea maquinaria burocrática y asume grandes masas de seres humanos. La masificación y la burocratización de la asistencia repercute evidentemente, en detrimento de la calidad asistencial, porque dificulta el trato personalizado y la percepción singular de cada paciente.⁽⁶³⁾

Como es evidente, la perspectiva transcultural durante la atención no es suficiente para resolver los problemas que tienen raíz en el sistema sanitario y en la distribución de recursos sanitarios entre muchos factores. Sin embargo, puede aportar sensibilidad y capacidad crítica frente a determinados procedimientos y maneras indignas de tratar a la persona humana (Francesc, 2000).⁽⁶⁴⁾

Uno de esos 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 (Estudios Operativos-Minsa).⁽⁶⁵⁾

En nuestra realidad el saber popular es algo que debemos abordar en el ejercicio de la profesión de enfermería; se sabe que la intervención de enfermería en donde se apliquen prácticas específicas de la cultura local producen satisfacciones en la gente. Aunque no se puede compartir mucho de estos saberes, se debería estar en condiciones de comprenderlos para evitar el rechazo cultural (Lipson, 2000).⁽⁶⁶⁾

Tomando en cuenta que el ser humano es portador de un completo universo cultural y personal, los profesionales cumplen su cometido formal y tratan de cuidarlo es durante el proceso salud-enfermedad, ignorando a menudo la vivencia de la persona, y es el tejido o la persona en su aspecto biológico lo que se convierte en objeto de cuidado, de investigación y tratamiento. De esta manera, es muy frecuente que la enfermedad o el motivo de la consulta sea quien reciba la atención, en lugar de ser el usuario o paciente en su totalidad humana (Monroy, 2000).⁽⁶⁷⁾

“La actual cosmovisión sanitaria habla de atender o cuidar al cliente, usuario, cuando todavía se está refiriendo a tratar médicamente” (Lipson, 2001)

Ante esta realidad, es justo considerar que las tres variables de la vida humana como son la biológica, psíquica- emocional y sociocultural tienen la misma importancia. Hay que descubrirlos durante la atención y ello implica aprender a leer la red que establece los nexos entre los distintos aspectos de una misma situación. Es la cultura por lo tanto el factor esencial para valorar a una persona; tener en cuenta este elemento inmaterial va a permitir que escuchemos con precisión del propio paciente, lo que necesita (Rorhbach, 2000).⁽⁶⁸⁾

Durante la prestación de un servicio se debe tomar en cuenta los *componentes objetivos*, que vienen a ser las características culturales del paciente y familia que influyen en la salud y el cuidado; el *componente subjetivo*, que se enfoca a las características personales y culturales de la enfermera, así como la influencia en las comunicaciones propias de su profesión (Lipson, 2001).⁽⁶⁹⁾

La autora señala que la perspectiva del *componente subjetivo* enfatiza las características personales y culturales de la enfermera. No se podría brindar cuidados de enfermería culturalmente competentes, sin tener una autoconciencia. Se tiene que trabajar entonces para la conciencia de los valores, creencias y costumbres, porque ellos tienen un poderoso impacto en la comunicación intercultural.⁽⁷⁰⁾

7.5.1. Influencias Culturales de la Comunicación durante la Atención en Salud:

Según Lipson (2001), la comunicación es el intercambio de mensajes y la creación de significados. Se intercambian significados pero sólo se puede enviar y recibir mensajes. 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.⁽⁷¹⁾

Para la autora 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, ella describe como las personas de diferentes culturas se relacionan con su espacio físico, así estableció que la distancia personal varía entre 4 a 12 pies y es empleada para los contactos sociales. Estas distancias están culturalmente establecidas.

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.

7.5.2. Problemas Habituales durante la Interacción Cultural:

El etnocentrismo, es la convicción de que la manera como uno hace las cosas en su propio grupo cultural, es la mejor o la única correcta. Algunas veces se basa en la falta de familiaridad con el significado de otras prácticas o de otros sistemas culturales o puede ser simplemente un viejo sentimiento de superioridad. El etnocentrismo puede expresarse verbalmente o a través de actitudes no verbales de superioridad, una buena manera de ofender al otro (Vásquez, 2002).⁽⁷²⁾

Estereotipos, la información cultural en sí misma interfiere con el cuidado cuando las enfermeras la utilizan como una guía estándar y tratan de aplicarla indiscriminadamente a un paciente con cierto parecido de antecedente cultural. La información cultural cuando es mal utilizada puede conducir a estereotipar a los pacientes. Estereotipar es hacer suposiciones acerca de la persona, basándose en su pertenencia a un grupo, sin preocuparse por saber si encaja en esa suposición. Es importante saber si la persona se considera igual o diferente de los otros que pertenecen a su grupo cultural debido a la edad, educación y características personales que la hacen diferente (Vásquez, 2002).⁽⁷³⁾

7.5.3. Sugerencias para el Cuidado de Enfermería:

Durante la prestación de un servicio, "el cuidado" de enfermería debe considerar lo siguiente, según Lipson (2001):

Valoración o Evaluación Cultural:

La evaluación cultural ofrece un contexto para interpretar lo que observamos en nuestros pacientes y nos permite formular preguntas adecuadas. Asimismo no consiste en hacer una lista de hechos acerca de un grupo cultural, pues ello puede conducir a estereotipar a los usuarios o pacientes. Sin embargo, los hechos culturales específicos son importantes, pero tienen que ser utilizados con la convicción de que cada creencia y conducta tiene tanto una base cultural como individual.⁽⁷⁴⁾

Existen varias herramientas para valorar al paciente, que van desde una breve hasta una compleja, sin embargo una evaluación cultural debe considerar como mínimo la necesidad de incluir información sobre la procedencia, el lenguaje, las creencias y costumbres de su vida cotidiana que influyen en su salud. Así también la etnicidad y la religión, ya que en las personas, sus religiones pueden ser modeladoras de los valores, creencias y prácticas relacionadas con la salud. La religión sirve como guía para el diario vivir e influye en las decisiones sobre lo que la gente come y la manera de pensar acerca de la salud y la enfermedad.

Estos valores y necesidades son una invitación a la reflexión y discusión de algunas características que hacen que el ser humano tenga actualmente esa gama infinita de elementos diversos. Los valores culturales deben ser considerados entonces en los planes de cuidados si queremos que sean culturalmente congruentes y competentes

dando así relevancia a la capacidad de sentir al otro u otra reconociendo la subjetividad humana. (75)

Intervención que Incorpora Creencias y Prácticas Culturales:

Se debe considerar del paciente tanto creencias y prácticas que sean positivas así como negativas. Las prácticas positivas y neutras pueden incorporarse al cuidado teniendo como regla general que es necesario su consideración porque ello inspira confianza en el proveedor de salud (Lipson, 2001). (76)

En ese sentido, si la creencia o práctica es benéfica o no representa daño, se podría “*preservar*”, si por el contrario, puede llegar a ser un riesgo para la salud o propicia la enfermedad, se debería “*negociar*” llegando aun acuerdo, como apoyando la creencia, pero sugiriendo o reacomodando una práctica más benéfica, y finalmente si la práctica o creencia es potencialmente dañina, la enfermera debe tomar una posición más firme en la explicación de los riesgos y ayudar a la persona a sustituir con una práctica más sana, reconociendo siempre la autonomía en la decisión de la persona (Vásquez,2001). (77)

El tener en cuenta estos modos de acción favorecerá un cuidado diferencial, con lo cual damos cuenta de las singularidades del ser humano pero, al mismo tiempo, si reconocemos la universalidad de las prácticas y valores de las diferentes comunidades se podrá determinar las generalidades del mismo (Leininger,1995). (78)

Lipson (2001), menciona que durante la práctica de estas intervenciones la mayoría de las enfermeras experimenta “el ser consciente” de las profundas creencias culturales, y esto lleva a hacer una comparación de la cultura como “un iceberg” debido a que mucho de la cultura de cada persona es inconsciente, y constantemente al utilizar esta intervención, se experimenta colisiones que muchas veces resultan en mal entendidos e incomodidad. (79)

El aprendizaje cultural según Lipson a través de las llamadas “colisiones del iceberg”, resalta la magnitud de las diferencias culturales traídas a la conciencia, cada colisión es una oportunidad para aprender, cada aprendizaje puede ser incómodo pero altamente necesario. (80)

7.6.- CUIDANDO EN EL COMPONENTE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

El Componente Crecimiento y Desarrollo se encuentra considerado en el Área de Salud del Niño y tiene como guía al Manual de Normas de Atención al menor de 5 años, que permite orientar las acciones técnico administrativas para la atención integral del niño (MINSa,1999). (81)

A través del Manual tiene como visión:

”Padres que asisten regularmente a los establecimientos de salud y aplican cuidados adecuados al niño para la atención integral del niño, constituyendo un hogar, una comunidad más saludable”. (MINSa, 1999)

Y una Misión:

“Servicios que brindan atención Integral al niño menor de 5 años con equidad, calidad, calidez y eficiencia vigilando el crecimiento y desarrollo con enfoque epidemiológico”.

(MINSA, 1999)

Su objetivo principal, según el Manual CRED, es el de promover un óptimo desarrollo y crecimiento del niño con la activa participación de la familia y comunidad.

Algunas de las metas del Componente en relación a sus objetivos, son:

- Que el 100% de niños reciban atención en su crecimiento y desarrollo.
- Incrementar la lactancia materna exclusiva en el menor de 6 meses de 35 % a 80%.
- Lograr que el 50% de niños se alimenten a base de mezclas balanceadas.
- Lograr que el 80% de madres de niños menores de 5 años conozcan la prevención de enfermedades respiratorias y diarreicas.

Para el logro de los objetivos y metas, el Manual contempla las siguientes estrategias:

Estrategias para el mejoramiento de los servicios, la aplicación del concepto de atención integral de la salud del niño parte desde una concepción holística del ser humano. Cada contacto con el sistema de salud debe poner en marcha un conjunto básico de acciones, cualquiera sea el motivo de la consulta, y entre ellas nunca deberá omitirse la estimación de cómo el niño está creciendo y desarrollando en la dimensión biopsicosocial.

Estrategia de capacitación, el trabajador del Área Materno Infantil es importante que continúe con su desarrollo educativo por lo que esta capacitación debe ser constante por cuanto satisface la necesidad de actualizar sus habilidades.

El ambiente en que se desarrolla el control del crecimiento y desarrollo de los niños es en los consultorios de los diferentes establecimientos de salud.

A nivel local el responsable del cumplimiento de las funciones del Componente es el personal médico y/o enfermera, quienes son los encargados de desarrollar un conjunto de actividades dirigidas al niño menor de 5 años para supervisar su proceso de crecimiento y desarrollo, y así detectar precozmente signos de patología. Estas actividades se dividen en principales y complementarias. Dentro de las principales, están las siguientes:

- Recepcionar cordialmente al niño y a sus padres.
- Obtener datos necesarios para la atención del niño tanto personales como familiares, generales y de riesgo.
- Valorar el crecimiento mediante el examen físico y antropometría: pesar, tallar, evaluar el estado nutricional del niño, realizar el examen dental y sensitivo etc.
- Valorar el desarrollo psicomotor del niño, haciendo uso de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor o test abreviado.
- Ordenar y valorar exámenes de laboratorio como Hb, Hcto, examen de orina y heces.

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

- Revisar el calendario de vacunaciones y aplicar según sea necesario.
- Educar a los padres durante el proceso del examen al niño según los hallazgos y necesidades
- Anotar en la hoja de evaluación los diagnósticos de salud y el plan de atención incluyendo educación, alimentación, tratamiento.
- Indicar su cita para la próxima consulta.

Las actividades complementarias en la atención del niño son el registro de la actividad en la historia clínica o ficha familiar, en el carnet de crecimiento y desarrollo y en el formulario de movimiento.

Según el Manual estas actividades del Componente Crecimiento y Desarrollo será permanente, con supervisión y evaluación continua por autoridades del Nivel Regional como de la Dirección de Salud (DISA). El trabajo realizado por cada enfermera se dará a conocer mediante los informes operativos mensuales y anuales, que cada encargado del Componente CRED emitirá a la DISA.

También contempla que la programación de actividades se realizará de acuerdo a la realidad local, es decir, a la población objetivo que son todos los menores de 5 años o el 13% de la población total en la comunidad que se trabaje, y la población "sujeto de programación" que es el porcentaje de niños a programarse para ser atendidos que se dan conocer en forma anual, cuyas cifras son ajustadas según metas.

CAPITULO II: MATERIAL Y MÉTODOS

1.- TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La investigación, según la clasificación que realiza Pineda (2000), es de tipo cualitativa y el nivel descriptivo exploratorio.⁽⁸²⁾

Según Canales(2000), menciona que el interés principal de la investigación cualitativa es conocer y comprender como la gente piensa y actúa, más no es intentar medir el aspecto estudiado, sino caracterizarlos y buscar la explicación según como las personas conocen e interpretan su realidad.⁽⁸³⁾

En el presente estudio se abordó la investigación cualitativa por que responde a la naturaleza y a los objetivos del problema, es decir, que se enfocó la unidad de análisis intentando descubrir situaciones interacciones, comportamientos, así como los significados manifiestos y expresados por las enfermeras del Componente Crecimiento y Desarrollo acerca del cuidado transcultural.

2.- MÉTODO USADO

En esta investigación cualitativa se trabajó el enfoque etnográfico, por lo que se estudió la realidad en su contexto natural, tal y como sucedió, intentando darle sentido e interpretando los fenómenos de acuerdo con los significados y las acciones sociales que tuvieron los sujetos de estudio (Taylor, 1996).⁽⁸⁴⁾

Según Martínez (2000), la etnografía no sólo permite interpretar las conductas, sino también significados en un determinado contexto cultural. Para garantizar lo anterior, menciona el autor, que es preciso tener presente tanto la realidad cultural, es decir las acciones concretas y lo subjetivo de los individuos, con miras de articular ambos aspectos para que de esta manera surjan los significados culturales.⁽⁸⁵⁾

Por lo anterior, en este estudio, se aplicó la etnografía, ya que se intentó buscar elementos sustanciales para determinar significados dentro de la cultura de las enfermeras que laboraban en el Componente Crecimiento y Desarrollo, frente al cuidado transcultural.

Este enfoque permitió que la investigadora fuese participe de forma directa del cotidiano actuar del grupo de enfermeras al que se estudió mediante la observación participante, entrevista no estructurada y el análisis documental.

3.- CAMPO Ó ESCENARIO DE ESTUDIO

El escenario en una investigación etnográfica según Martínez (2000), representa lo que es el espacio físico, donde los actores o participantes realizan ciertas actividades; estos tres elementos, escenario, participantes y actividades, se ubican dentro de un mismo contexto.⁽⁸⁶⁾

En este caso, los escenarios estuvieron conformados por 10 consultorios del Componente Crecimiento y Desarrollo pertenecientes a Centros de Salud de la Dirección de Salud V Lima – Ciudad del Ministerio de Salud.

Estos Centros de Salud tienen como finalidad la promoción, prevención de la salud y para ello disponen de actividades intra y extramurales; cuentan con los servicios de consultorios externos en las especialidades de Medicina General, Obstetricia, Odontología, Psicología y Programas Preventivo-Promocionales del cual destacamos el Componente de Crecimiento y Desarrollo considerado en el Área de la Salud del Niño que está a cargo del profesional de enfermería, teniendo como actividades principales el control del crecimiento físico y el desarrollo psicomotor del niño sano desde un mes hasta los cinco años de edad.

La enfermera cuenta con el apoyo de un personal técnico de enfermería que en muchos de los casos apoya durante atención al niño y a la madre, realizando actividades como el pesar y tallar a los niños u otras como son de orden administrativo (llenado de registro).

A los consultorios del Componente Crecimiento y Desarrollo acuden madres de distintas edades que llevan a sus niños a sus controles, tanto en horario de mañana y

tarde, caracterizando los turnos de mañana por una gran demanda de madres que van de 10 a 20 por día y por los turnos de tarde con una menor demanda, donde la mayor parte de las enfermeras no sólo se dedican a la atención en los consultorios de Crecimiento y Desarrollo (CRED), sino que realizan actividades administrativas, así como, también apoyan en los diferentes servicios.

En cuanto a la duración de la atención es variable ya que puede ir de los 10 a los 20 minutos como máximo y esto depende fundamentalmente del número de madres que se encuentran esperando para ser atendidas.

4.- SUJETOS DE ESTUDIO

Los sujetos de estudio fueron enfermeras que laboraban en el Componente Crecimiento y Desarrollo, a las cuales se les solicitó su participación, con una previa explicación dando a conocer a cada enfermera de qué se trataba el estudio.

En cuanto a los criterios de inclusión, sólo se tomo uno, para fines de este estudio, y fue el que la enfermera que participara tuviera como mínimo un año de tiempo trabajando en el Componente de Crecimiento y Desarrollo (CRED), ya que uno de los objetivos del estudio consistió específicamente en recoger información de la enfermera relacionado a su atención en el Componente Crecimiento y Desarrollo.

En un inicio no se determinó el número de sujetos, ya que no es una característica de la investigación cualitativa (Canales, 2000), sin embargo se contaba con 25 enfermeras que trabajaban en los Componentes CRED, a nivel de toda la Dirección de Salud V Lima-Ciudad, de las cuales hubieron cinco enfermeras que se negaron a participar en el estudio. Luego en el transcurso de la recogida de los datos, se utilizó el criterio de saturación (Pineda, 2000; Polit, 1998), ya que en la observación y en entrevista a las enfermeras, la información empezó a repetirse; por lo que al final quedaron 10 enfermeras.⁽⁸⁷⁾

En este grupo las edades variaban entre 30 a 42 años, 6 estudiaron la carrera de enfermería en Lima y 4 en provincia, 5 nacieron en Lima y las otras en el interior del país, 2 eran evangélicas y 8 católicas.

5.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó como técnicas de recolección de datos la observación participante, la entrevista no estructurada y el análisis documental. Es decir que se optó por la triangulación de técnicas para recolectar información sobre un mismo problema, ya que por su naturaleza, era necesario utilizar más de una técnica, para así obtener la información requerida,

logrando una mayor comprensión y validez de los datos (Quinn,1990).⁽⁸⁸⁾

La observación participante, estuvo focalizada a recoger información acerca de las actividades realizadas por las enfermeras, así como de sus actitudes y comportamientos, durante la atención en el Componente Crecimiento y Desarrollo (CRED). El instrumento fue una libreta de campo donde se describía lo observado como la comunicación verbal, no verbal y las actividades de la enfermera tanto el inicio, durante y al final de la atención.(Ver Anexo A)

Asimismo, se utilizó la entrevista no estructurada, la cual fue aplicada a cada una de las enfermeras con el objetivo de intentar descubrir o captar los pensamientos, concepciones, perspectivas y percepciones, que tuvieron acerca del cuidado transcultural. El fin de aplicar esta técnica fue el de buscar aspectos que difícilmente serían observados. El instrumento utilizado fue una guía de preguntas norteadoras, que consistió en una lista de interrogantes a ser tratadas o desarrolladas, durante la entrevista, como por ejemplo: ¿Que es para usted el cuidado de enfermería?, ¿Que es para usted brindar un cuidado aquí en el Componente?, ¿Qué significa para usted la madre y el niño que acuden a su consulta? ; las cuales permitieron profundizar y elaborar otras preguntas conforme se iba conversando, con la enfermera.(Ver Anexo B)

Cabe mencionar que cada una de las entrevistas fueron grabadas obteniendo previamente el permiso de cada entrevistada.

Asimismo se utilizó la técnica de análisis documental, revisando las historias clínicas de los niños atendidos, con el objetivo de recopilar información que pueda verificar o complementar lo obtenido en la observación y en la entrevista acerca de la atención que realiza la enfermera en los consultorios del Componente CRED. (Ver Anexo C)

6.- ASPECTOS ÉTICOS

Para el desarrollo de la presente investigación, inicialmente se solicitó el permiso para el acceso a cada campo o escenario de estudio, a través de documentos emitidos en el siguiente orden, de la Unidad de Investigación (UDI) al Decanato de la Facultad de Medicina, luego a la Dirección de Salud (DISA) V Lima-Ciudad y finalmente a cada Centro de Salud.

Una vez obtenido el respectivo permiso de cada Centro de Salud emitido por la DISA se procedió a ubicar al médico y enfermera jefe de cada Centro, para informales acerca de la investigación que se realizaría. Luego a la enfermera que laboraba en el componente Crecimiento y Desarrollo se le solicitó de forma verbal su participación en el estudio, dándole a conocer previamente en forma sencilla de qué se trataba la investigación, los objetivos que perseguía, los beneficios y el procedimiento libre de riesgo que se llevaría a cabo para recolectar la información, como el usar códigos para identificarlas, así también se les solicitó el permiso de cada una de ellas para grabar las entrevistas respectivas.

7.- PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La recolección de datos se llevó a cabo después de hacer efectivo los aspectos éticos antes mencionados, y de la identificación de los participantes según el criterio de inclusión. De allí la investigadora procedió a incorporarse a cada campo de estudio, es decir en los consultorios del Componente Crecimiento y Desarrollo, para hacer efectiva la observación participante.

Estando en los campos de estudio se utilizó, primero, la observación participante, la cual determinó en que la investigadora estuviese presente durante la atención que brindaba la enfermera. Una de la estrategias que se optó para que la investigadora tuviese una participación durante la atención, fue, por ejemplo, el integrarse al trabajo de la enfermera con la búsqueda de las fichas de atención de cada niño que iba a ser atendido y en otros casos ayudando a pesar y tallar al niño. Durante este proceso se tuvo en cuenta que la presencia de la investigadora no modificara o influyera en el desenvolvimiento de la enfermera, para lo cual hubo que adaptarse a la forma de trabajo de cada una de ellas.

A medida que se realizó la observación, en forma simultánea y a diario, se realizó la revisión documental de las fichas de los niños atendidos en cada día, donde se rescató información acerca de los datos que recogía la enfermera tanto del niño como de la madre y de la nota de enfermería que realizaba por cada atención.

El tiempo que duro la observación y la revisión de estos documentos fue aproximadamente una semana por cada enfermera, éste fue el tiempo necesario porque a medida que se iba finalizando el número de observaciones, la información se repetía de alguna manera; es decir que por día, en promedio se observó la atención de 5 a 7 niños y se revisaron el mismo número de fichas. Cabe mencionar que el número de niños observados algunas veces no era la totalidad de los atendidos por día, ya que la investigadora en pocas ocasiones no se pudo quedar hasta terminar los turnos de las enfermeras.

Para el procesamiento de los datos recolectados, primero se tuvo que realizar las respectivas grabaciones integrales de las entrevistas, teniendo al final un total de 48 paginas. Así también, se organizaron las descripciones de las observaciones realizadas, uniéndose aquellas que se asemejaban primero por cada enfermera y luego en forma general; al final se obtuvo un resumen detallado que mostraba un perfil de la atención que brindaba cada enfermera y lo mismo ocurrió con la revisión documental. Después de grabar las entrevistas se procedió a leer cada una de ellas, para así tener una idea general de lo que las enfermeras manifestaron.

Se procedió luego a otra etapa que según Coffey y Atkinson (2000), denominan el proceso de *codificación hacia la categorización*, el cual consistió en la reducción sistemática de los textos donde se rescataron o resaltaron segmentos de información que

representaban los datos contenidos en las entrevistas; al final se obtuvo varios códigos, los cuales se condensaron en unidades analizables, es decir se transformaron los datos codificados en datos significativos, lo que consistió en unir esos códigos por sus semejanzas en la información que contenían, constituyendo así subcategorías y de estas, siguiendo el mismo procedimiento, surgieron categorías que emergieron en forma espontánea.⁽⁸⁹⁾

Al finalizar este proceso y al iniciar el análisis de toda la información obtenida, se procedió a triangular las categorías obtenidas de las entrevistas con la información organizada de la observación participante y de la revisión documental, por lo que durante este último proceso, no sólo se encontró patrones y regularidades, sino también contrastes y paradojas, que al final sirvieron para la construcción de un tema (Atkinson,1992), producto de la triangulación de toda la información, donde este tema representa justamente la contrariedad encontrada en el estudio sobre el significado de cuidado transcultural : ***“Mucho se dice y poco se hace”***

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El grupo de enfermeras al que se estudió, laboraba diariamente en un ambiente con experiencias similares, como era la atención del niño que traía la madre para su control de crecimiento y desarrollo. Esto puede explicar, que a pesar de que el grupo tuvo características distintas y que los escenarios fueron diferentes, sin embargo a través de la información recogida se pudo apreciar que los significados de cuidado transcultural que ellas manifestaron, no eran iguales, pero si parecidos.

Estos significados fueron agrupados en categorías y subcategorías que emergieron espontáneamente, que luego, producto de la triangulación de los datos, surgió un tema de la información contrastada que fue directamente representativo del problema que se estudio, este fue:

Cuidado Transcultural: “mucho se dice, poco se hace”

Este tema revela la paradoja que se da entre el significado de 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.

Lo que se dice , es el significado que tienen sobre el cuidado Transcultural que implica la siguiente categoría: *“Atender a un ser complejo en base a su cultura”*.

Lo que se hace , es lo que se practica durante la atención en el Componente

Crecimiento y Desarrollo, es lo que podríamos llamar el proceso real de cuidar que está representado por la siguiente categoría: *“El cuidado Transcultural no está presente como debería de estar”*.

A continuación se dan a conocer las siguientes categorías y subcategorías emergentes:

Cuidado Transcultural:

“Atender a un ser complejo en base a su cultura”

Esta categoría emergente se refiere al significado expresado por este grupo de enfermeras acerca del cuidado Transcultural en el Componente Crecimiento y Desarrollo; que parte desde la perspectiva de considerar a la madre a quien se le brinda educación como parte fundamental de la atención del niño, considerándola como un ser complejo. Así las enfermeras relataron:

() Es una atención también dirigida a la madre que es un ser humano complejo que tiene muchos aspectos por conocer, como su cultura () (enf.5)

() Estas madres que traen a sus niños tienen un universo cultural, que es un mundo real diferente a otro () (enf.2)

(...) es decir considerar a la madre y el niño que se brinda el cuidado como un todo y no por partes () (enf.6)

Estos significados revelan que las enfermeras al hablar de este cuidado, lo relacionan directamente a lo humano como menciona Mayerof (1995) donde incluye en su concepción a la persona con su cultura, que es sujeto de atención, en este caso, el niño y la madre. Asimismo muestra una concepción donde la atención no se refiere exclusivamente a determinados aspectos del niño y la madre, sino a su totalidad y globalidad.⁽⁹⁰⁾

Según Francesc (2000), se debe en la actualidad considerar al ser humano o persona que atendemos como una estructura compleja y plural, que tiene distintas dimensiones y esta pluridimensionalidad radica en su complejidad, de manera que si el ser humano es singular, el cuidado tiene que ser singular, y si el ser humano es complejo, el cuidado integra complejidad.⁽⁹¹⁾

El grupo estudiado manifestó lo siguiente:

() es conocer y reconocer que cada madre es única y diferente a otra () (enf.3)

() cada madre es única, y por tanto su bagaje cultural lo es también () (enf.7)

() cada madre tiene características diferentes, culturas diferentes, por tanto es difícil, porque hay diferentes maneras, en que uno va atenderlas () (enf.4)

() Atender a cada madre que tiene un mundo de creencias, costumbres, hábitos ya aprendidos, que generalmente son poco conocidos() (enf.9)

Por otro lado estas manifestaciones también nos dan a conocer lo complejo que

significa para las enfermeras, el cuidado transcultural. Esta complejidad generalmente radica en esa característica de unicidad y totalidad de la persona que dificulta el conocer su dimensión cultural, sin que eso signifique, que las enfermeras no sean conscientes de la existencia o presencia de la cultura de la madre.

Estas expresiones coinciden con Mauss (1991), donde menciona que la persona es totalmente diferente al considerar su cultura ya que por más que se asemeje a otras, el ser humano cultural como la madre guarda la característica de singularidad; así también Leininger (1991) hace énfasis que el cuidado de enfermería debe contemplar que las personas son diferentes de acuerdo a su cultura; por lo que con esto se comprueba que las enfermeras en este caso, son conscientes de las diferencias culturales de la madres que acuden con su niño a su consulta al Componente CRED.⁽⁹²⁾

Las subcategorías que se presenta a continuación, son producto de las entrevistas realizadas, revelando de esta manera un concepto de cuidado cultural relacionado con lo siguiente:

“ Para Cuidar Conocer la Cultura de la madre ”

Se reunió relatos de las enfermeras donde ellas mencionan que para realizar un cuidado transcultural, es preciso y necesario conocer la cultura de la persona a quien va dirigir su atención; como se muestra a continuación por las entrevistadas:

() un cuidado que consiste en tratar de acercarse a la madre para conocerla como es y ayudarla en lo que necesita () (enf.9)

() los profesionales debemos primero conocer, a la madre para saber a quien nos estamos dirigiendo (enf.3)

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 diferencia 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.⁽⁹³⁾

Estas manifestaciones también dan a conocer que durante la entrega del cuidado, es imprescindible entablar una relación humana positiva que permita a la enfermera conocer a la persona a quien va dirigir su atención y no sólo al paciente con su problema de salud; como según Monroy (2002) menciona, que es necesario, dar un cuidado, sin incertidumbres, que generalmente surgen cuando se brinda una atención no conociendo bien a la persona que se va cuidar.⁽⁹⁴⁾

Según Francesc (2000), menciona que nadie intenta conocer mejor al ser humano como la enfermera, porque precisamente su acción se desarrolla en el centro de este mundo. Así también, estos significados del cuidado transcultural se impone en torno a la persona como la madre del niño que atienden, pues según este autor, sólo es posible cuidar y atender, si el profesional de enfermería conoce su naturaleza humana y sus múltiples dimensiones.⁽⁹⁵⁾

Así también manifestaron lo siguiente:

() su cultura influye en la manera como ellas piensan y hacen las cosas () (enf. 2)

Esta manifestación nos muestra que la enfermera es consciente que la cultura influye en la salud de las personas; aspecto de suma importancia ya que según Leininger (1991), menciona que para brindar un cuidado transcultural el primer requisito es tener conocimiento de que la cultura juega un rol importante en la vida de las personas.⁽⁹⁶⁾

Otras manifestaciones fueron:

() conocer de la madre, qué necesita de nosotros, para saber a quién vamos a cuidar () (enf. 4)

() es bueno conocer un poco más de la cultura de la madre para saber como es ella realmente () (enf.1)

Esto revela, que conocer a la persona como es la madre implica saber, que es lo que necesita, es decir un conocer de su cultura ya que según Francisc (2000) las personas se comunican a través de su cultura; por lo que es importante considerar sus condicionantes y contextualizarlas en la propia cultura de las madres, comprenderlas desde su perspectiva de entender qué es la salud y la enfermedad para ellas, ya sea para adaptarse o reestructurar sus cuidados habituales y cotidianos. Así también estos significados coinciden con uno de los principios de la teoría de M. Leininger, de que la enfermera debería hacer el intento de comprender lo que son los cuidados y la salud en diferentes culturas porque los valores, creencias y los modos de cada persona proporcionan una base para brindar cuidados específicos según su cultura.⁽⁹⁷⁾

Las entrevistadas relataron lo siguiente:

() es bueno saber y aprovechar lo que las mamás piensan, saber a lo que están, acostumbradas hacer, para así si poder educarlas (.) (enf. 5)

() conocer un poco más de la cultura de la madre para aprovecharla y brindar el cuidado(enf. 8)

() es importante saber lo que ellas piensan para dar recomendación y comprenderlas (enf. 3)

() conocer la cultura de la madre nos permite direccionar la atención y así brindar lo que necesita (...) (enf. 8)

Leininger menciona en su teoría “...que los pacientes propongan sus puntos de vista como base de las acciones de las enfermeras...”; estas manifestaciones también dan a conocer que para las enfermeras, un cuidado transcultural requiere como base de la acción de cuidar, a la cultura de la madre, supeditándose a lo que sabe, a lo que piensa, ya sea para adaptar o modificar su cuidado durante la educación que le brinda.⁽⁹⁸⁾

“ Un Cuidado que permite la Atención Integral ”

Las manifestaciones de esta subcategoría están agrupadas en relación a lo que permite el cuidado transcultural, como es la atención integral durante su labor en los consultorios del Componente CRED. Las enfermeras relataron:

() educar para mantener la salud física y mental del niño, es decir, prevenir la enfermedad considerando la cultura de la mamá () (enf.1)

() buscar salud o bienestar general del niño en forma integral, teniendo como base el bagaje cultural de la madre() (enf.5)

() es cuidar la salud del niño y a la vez orientar a la madre en la crianza del niño () (enf.8)

() es tomar en cuenta los conocimientos de la madre para orientarla en cuanto a la crianza de su niño () (enf.7)

Según sus manifestaciones, es un cuidado que permite un abordaje completo e integral ya que considera como base de la acción de cuidar en CRED a la cultura de la madre para buscar o mantener el bienestar del niño, es decir una atención donde no sólo toma en cuenta las necesidades físicas del niño, sino la integralidad de la familia, ya que son conscientes del rol importante que cumple la madre al cuidar al niño.

Cabe resaltar que al mismo tiempo que las entrevistadas mencionaban la importancia de un cuidado cultural como *“el brindar educación y atender considerando la integralidad de la familia”*. Durante la observación, se dejaba entrever una atención que se regía más por el modelo biomédico, coincidente con lo que menciona Monroy (2000), que en la atención en salud actualmente se pone mayor énfasis en la salud biológica, es decir, los profesionales de la salud, o como en este caso las enfermeras, se preocupan más por la condición física del niño como su crecimiento y desarrollo, que por la cultura de la madre al momento de educarla, lo que evidencia que no se estaría brindando una atención integral.⁽⁹⁹⁾

Monroy (2000) menciona igualmente que los profesionales al atender cumplen su cometido formal de cuidar el proceso salud-enfermedad, por lo que el aspecto biológico se convierte en el objeto de cuidado, de manera que es frecuente que el motivo de consulta es quien reciba la atención; esto se evidencia mediante la observación de la atención en el Componente Crecimiento y Desarrollo, donde se rescataron frases de la enfermera mientras atendía a la madre y su niño, lo cual permite describir lo siguiente:

-Luego de haber examinado al niño la enfermera le pregunta a la madre “¿señora usted sabe si el niño come bien?”, la madre responde “ si señorita” la enfermera contesta “entonces porque en vez de subir su peso ha bajado.....hay que tener cuidado con eso, ya?”. (obs, 2)

-Finalizando ya la atención la madre pregunta a la enfermera “¿señorita como está mi niño? La enfermera responde “ señora, lo importante, es que su peso está normal....tu niño está gordito, su salud es buena”. (obs,5)

-Durante la atención cuando la enfermera termino de educar a la madre, ella dijo: “Señora tiene que darle de comer, alimentos más espesos como sopas o mazamoras, porque lo que usted le da en casa no lo ayuda a subir de peso”. (obs,10)

-Después de que la enfermera terminó de evaluar al niño con el Escala de Desarrollo Psicomotor (EDP), y le dijo a la madre “señora casi todo esta bien, lo único es que para su edad ya debería mantener la cabecita erguida.....seguro que

usted no le hace ejercicios en casa... pues ahora tendrá que hacerlo".(obs.3)

-La enfermera después de evaluar el crecimiento del niño, utilizó la batería del Test Psicomotor (TEPSI), para evaluar su desarrollo psicomotor, luego el resultado se lo dijo a la madre " señora su niño no habla bien para la edad que tiene, por eso tiene que llevarlo a terapia de lenguaje...para que así corrijan ese defecto".(obs.7)

Además también se pudo observar, que la atención sólo se centraba en el niño, más no en la madre, sin considerar que la madre tiene una forma de pensar y de criar al niño, situación que según Mauss (1995), manifiesta que el saber popular de las madres se orienta por la actividad de un carácter cotidiano, es decir que hacen uso de esos aspectos importantes de su vida, como su cultura (sus creencias, sus costumbres) que acompañan al cuidado de sus niños. ⁽¹⁰⁰⁾

Aspectos importantes que deberían considerarse ya que al final son las madres quienes tienen la responsabilidad de criar a sus niños. Estas actividades que realizan durante su atención, en el futuro, no evidenciaran ningún resultado ya que como Lipson (2000) menciona las intervenciones de enfermería en donde se apliquen prácticas específicas de la cultura de la gente serán satisfactorias; por lo que en este caso las intervenciones de las enfermeras del Componente de Crecimiento y Desarrollo (CRED) no tendrán ningún impacto, cuando obvian la cultura de la madre. ⁽¹⁰¹⁾

Así, a pesar de la importancia que manifestaban las enfermeras acerca del cuidado transcultural muy poco lo hacían en la práctica, ya que sus actividades, no reflejaban esa atención a la persona en forma integral; esto se puede constatar en las siguientes observaciones descritas:

-Ingresa la madre con su niño al consultorio..... la enfermera le solicita el carnet de control; luego ella pesa y talla al niño, de allí registra los resultados en la ficha de atención y en su carnet.....después le dice a la mama "señora su niño está desarrollando y creciendo muy bien.... así que venga cuando su niño cumpla un mes más". (obs.4)

-Apenas entra el niño con su madre, lo primero que la enfermera hace es pesarlo, tallarlo, realiza el examen físico, luego aplica el test abreviado, simultáneamente le dice a la madre como está su niño. De allí mientras la madre viste a su niño, la enfermera va realizando la nota y registrándolo en el carnet de CRED. Esta atención termina con una explicación breve a la madre, de lo que debe hacer en casa.(obs.1)

-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 "Señora tiene que dar de comer bien al niño, ya que su peso está un poco bajo; lo trae de aquí a quince días".(obs.3)

Estas observaciones muestran 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 biologicista. Según Monroy (2000), el brindar una atención integral, es

satisfacer las necesidades de la persona considerando no solo su aspecto físico, sino la totalidad de sus dimensiones que contempla, como es el aspecto psicológico, social y cultural. Por lo que según estas observaciones no se ⁽¹⁰²⁾ estaría cuidando a la persona ya que sería imposible solo satisfacer algún aspecto de ella.

“ Atender con flexibilidad Cultural ”

En esta subcategoría las enfermeras mencionan que para brindar un cuidado transcultural se debe tener esa actitud de flexibilidad con las madres durante la atención del niño. Como en las siguientes manifestaciones:

() es tratar de hacerles ver a las madres que cosas son buenas y que cosas son malas para la salud del niño () (enf.7)

() entonces lo más importante como profesionales de enfermería, es que debemos tratar de concordar, de negociar con esas madres () (enf.10)

() Tratar de utilizar lo que ellas creen, para poder influir en la forma correcta de cómo deben ellas hacer los cuidados a sus hijos.

() brindar una atención sin atropellar la cultura del paciente, tratándoles con amabilidad, respeto (...) (enf.6)

() creo que la enfermera debe tener un criterio más abierto, una mente más abierta, esto no significa que la enfermera acepte todo de las madres (...) (enf.8)

() brindar una atención con flexibilidad, cuidar y educar con paciencia y constancia.(enf.4)

Estas expresiones muestran que la flexibilidad para brindar un cuidado transcultural, implica tener apertura a la cultura de la madre forme o no forme parte de los conocimientos que tiene como cultura la enfermera; lo cual no quiere decir que ellas acepten como verdadero y correcto todo lo que piensan y hacen las madres, si no que refieren que se debe tener esa actitud abierta, comprensible, flexible para conocer y tomar como alternativas esas otras formas de cuidado que tienen las madres, si es que son buenas para la salud del niño.

Esto coincide con Rohbach (2001) ya que al hablar de flexibilidad lo relaciona con la empatía, con la amabilidad frente a la cultura de la persona que se brinda el cuidado, es también ⁽¹⁰³⁾ mostrar interés y no despreciar a todo lo que no es parte de nuestra propia cultura.

También manifestaron lo siguiente:

() además también se debe tener una actitud respetuosa y comprender que no todos tenemos la misma cultura () (enf.9)

() así también es educar a las madres, no haciéndoles sentir mal, sino más bien comprenderlas () (enf,3)

Estas manifestaciones, envuelven la comprensión que debe tener la enfermera al brindar atención a la madre, como menciona Tarrès (2001) **“...enfermería no sólo requiere el conocimiento de técnicas, lo principal y primordial es la comprensión hacia el paciente...”**. ⁽¹⁰⁴⁾

() yo tengo cierta cultura como enfermera y las madres que vienen aquí también la tienen, entonces los cuidados tienen que contemplar estas diferencias () (enf.1)

Según Lipson (2002), no se podría brindar un cuidado transcultural si la persona que proporciona el cuidado no es consciente de su propia cultura; teniendo en cuenta a esta autora, la expresión anterior de la enfermera muestra que a través de su significado, una autoconciencia cultural, que es requisito básico para brindar un cuidado que contemple la cultura de la madre en el componente CRED.⁽¹⁰⁵⁾

Todo lo anterior revela que para un cuidado transcultural, no sólo se requiere de adecuados conocimientos y técnicas, sino que es importante tener una actitud comprensiva hacia la cultura de la persona, ya que cuidar de alguien como menciona Francesc (2000), no es arrastrarla a la fuerza hacia un determinado fin, sino que en sentido figurativo, es pasear con ella, respetando su itinerario y su ritmo. De aquí que para cuidar, sea preciso comprender, adoptar una postura de simpatía, de apertura; cuidar avanzando con la otra persona a su ritmo y ayudarlo considerando en todo momento, lo que es, lo que tiene, lo que hace, lo que piensa, es decir respetando su autonomía.⁽¹⁰⁶⁾

Además, es importante rescatar que según Mauss(1995) durante el contacto entre dos personas de distinta cultura, es importante y fundamental que una de ellas sea flexible para que no se produzca el rechazo o choque cultural entre ambas, y esto es lo mismo que debe suceder durante la atención de la enfermera; donde esa persona flexible tendría que ser ella, como profesional que es, para que de esta manera el encuentro sea favorable para la madre y sobre todo para el niño.⁽¹⁰⁷⁾

Por otro lado, al observar en la realidad la atención que brindaban las enfermeras a las madres, fue posible ver muchas actitudes que no eran compatibles con los pensamientos que ellas expresaban. A continuación se describe lo que se observó:

-Durante la atención la enfermera se dio cuenta que la mamá había faltado a dos controles anteriores y ella dijo con mucha seriedad “señora....¿por qué usted no ha traído al niño?... ahora recién lo trae cuando está todo mal... mírelo está flaquito.. ¿por qué esperó tanto?.....si otro día vuelve a pasar lo mismo, ya no se demore tanto.....tiene que ser más responsable.... (obs.6)

-Ingreso la madre al consultorio y cuando ella se demoró en desvestir al niño para su examen físico, la enfermera dijo mostrando seriedad “señora por favor, usted no es la única a quien voy atender, ¡no ve que afuera hay muchas madres!”.....(obs.9)

-Al iniciar la atención la enfermera solicito el carnet a la madre y ella dijo “se me ha perdido señorita”, la enfermera contestó con el rostro serio y el seño fruncido “como lo va perder señora, debe tener más cuidado”....(obs.5)

Estas situaciones muestran según Lipson(2002), que las influencias culturales de la comunicación influyen durante la atención. Una buena comunicación se basa en la comprensión mutua y esto no sólo se puede transmitir mediante palabras sino también mediante gestos que pueden llegar inclusive a entenderse mejor que las mismas

palabras. Lo anterior muestra que la enfermera en ese caso no toma en cuenta esas influencias de la comunicación durante su atención, por el contrario, a través de sus palabras y gestos muestra que hay falta de cortesía, de amabilidad hacia la madre con quien se comunica durante su atención.⁽¹⁰⁸⁾

Asimismo, se observó lo siguiente:

-Luego que la enfermera terminó de evaluar al niño, la madre preguntó “señorita a veces mi niño no se puede ocupar y yo creo que eso le hace daño, no?”, la enfermera le respondió sin mirarla y en forma rápida “sí señora; mire en la tarjeta, le pongo la fecha de su próxima cita”.(obs.7)

-Casi al finalizar la atención la madre dijo “señorita mi niño tiene salpullido en todo su cuerpito...¿le puedo echar el azulito?, y la enfermera respondió “¿qué azulito?...señora no me haga locuras por favor”...(obs.2)

-Mientras ingresaba una madre con su niño al consultorio, detrás vino otra, que ya había sido atendida y le dijo a la enfermera “señorita quiero preguntarle algo”, la enfermera respondió “señora ahorita estoy atendiendo a otra madre...por favor voy a cerrar la puerta...”(obs.8)

Estas observaciones tienen mucha distancia con uno de los principios del cuidado transcultural de Leininger, que menciona que la enfermera debe ser buena escucha, y justamente esto es lo que no se aprecia en estas situaciones, donde la enfermera no muestra esa predisposición de escuchar a la madre.

Cuidado Transcultural

“No está presente como debería estar”

Esta categoría emergente representa que la perspectiva Transcultural del cuidado que las enfermeras manifestaron en la entrevista, no está presente en la realidad en que ellas se desenvuelven. Así lo muestran las siguientes expresiones:

() ahora en estos tiempos es difícil brindar una atención así, porque principalmente se evade, durante la atención que brindamos

() a veces la misma circunstancia, no nos permite actuar como deberíamos, porque estamos tan apuradas (...)(enf.2)

() la cultura de la madre, se debería tomar en cuenta, pero muchas veces se pasa por alto () (enf.7)

() debo reconocer que mayormente se nos forma para brindar una atención netamente biológica () (enf.8)

El observar el contexto real en los consultorios del Componente Crecimiento y Desarrollo, permitió constatar una dicotomía existente entre la teoría y la práctica, ya que a pesar de que las enfermeras conceptualizan el cuidado Transcultural como “atender con flexibilidad cultural”, “atender conociendo la cultura de la madre”, “atender integralmente”; las enfermeras mostraban comportamientos que caracterizaban una atención no a la persona, sino al motivo de consulta, enfocándose de esta manera solo al crecimiento y desarrollo del niño.

Además al revisar los registros que las enfermeras realizaron al atender a cada niño, se encontró lo siguiente:

-Las enfermeras registran datos del niño como: edad, peso talla, el resultado del examen físico, luego en la nota de enfermería registran diagnósticos como: “niño eutrófico”, “niño con adecuado crecimiento y desarrollo psicomotor”, “niño con desnutrición aguda” “niño con riesgo en el desarrollo psicomotor”, así también registran lo que brindaron a la madre durante la atención como: “se brindó educación a la madre sobre alimentación, lactancia materna”, “se brindó orientación y consejería en estimulación temprana, higiene”

Esto es un ejemplo de lo que se encontró en la mayoría de los registros que realizaron las enfermeras, lo cual a su vez coincide con lo que se observó en la realidad, es decir, una atención que va dirigida al niño en cuanto a su salud física, sin considerar durante la atención los aspectos culturales como creencias, costumbres de la madre, al brindarle la atención.

Ahondando aun mas en la caracterización del cuidado que brindan las enfermeras, se presentan las subcategorías emergentes que a su vez permiten identificar las posibles razones que caracterizan el proceso real de atención que se brinda en CRED.

“ El Cuidado del Otro ”

Esta subcategoría refleja el sentir real de las enfermeras en CRED, cuando atienden a personas con cultura diferente a la de ellas, a través de las siguientes manifestaciones:

() A veces vienen madres, que son difíciles de entender, por más que uno les diga, oriente, no lo toman en cuenta() (enf.5)

(.) Hay mamás con costumbres bien arraigadas que son imposible cambiarlas() (enf.3)

Estas expresiones muestran que las enfermeras de alguna u otra forma están estereotipando, al considerar a todas las madres con diferente cultura como difíciles; esto según Leininger se aleja del cuidar transcultural, donde menciona que no todas las personas tienen la misma cultura a pesar de pertenecer al mismo grupo, ya que el ser humano, como en este caso la madre, guarda su característica de singularidad.⁽¹¹⁰⁾

() personalmente yo creo que muchas de sus costumbres son malas, pero ellas no hace caso, porque lo vuelven hacer, por mas que le decimos () (enf.6)

() a veces realmente hay cosas que dan risa, las mamás tienen cada cosa, pero trato de enseñarles lo que me dice la base científica () (enf.7)

() Explicarles a estas madres quita muchísimo tiempo() (enf.2)

En este caso la manifestación anterior, muestra que la enfermera está siendo etnocéntrica por que está juzgando a las costumbres que tienen las madres de los niños que atienden. Según Vásquez (2000), las personas que juzgan las culturas como malas o buenas, lo hacen por que son etnocéntricos, lo cual quiere decir, que todo lo que no forme parte de la base científica de la enfermera para cuidar en CRED, como son las creencias y costumbres que traen las madres, para ellas, son incorrectas. Así también se reafirma en las siguientes observaciones:

-La mamá estaba alistando al niño para que lo evalúen, en eso la enfermera se dirigió hacia ella, y dijo: “como es posible que su niño esté sucio, desde cuándo no lo baña?”, la madre respondió, “es que está resfriado, por eso no lo baño” la enfermera dijo moviendo la cabeza con una actitud de desaprobación “como no lo va a bañar señora, sólo por un resfriado”.(obs.6)

-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 ombliguera, por lo que le dijo a la madre “señora no le ponga, ni lo amarre así al niño por favor”, la madre respondió “señorita es que el ombligo se le sobresale mucho”, la enfermera volvió a responder “no importa señora solo sáqueme eso, no ve que el niño está todo apretado..”(obs.1)

- Al educar a la madre, la enfermera dijo: “señora el segundo es mejor que la sopa, y eso es lo que le tiene que dar al niño” la madre respondió “señorita pero las sopas tienen toda la sustancia de las verduras y la carne, acaso eso no le hace bien al niño?”, la enfermera respondió “señora, haga caso de lo que le digo, es por el bien de su niño”(obs.10)

Esto muestra, lo que representa en la realidad el atender al otro (persona con otra cultura) para la enfermera de Crecimiento y Desarrollo, una atención que según ellas, requiere de mucho tiempo del cual no disponen; así también una atención que se torna difícil en cuanto al entendimiento de la cultura de la madre, lo cual se contradice con el significado que tienen, ya que cuidar de otro es ayudarlo y no es invadir con prepotencia su propio ámbito, no consiste en someterlo a pautas de conducta extrañas, si no en contribuir en la realización personal, en este caso a las realizaciones como madres (Leininger,1995).⁽¹¹²⁾

Cabe mencionar que a pesar que las enfermeras piensan que el cuidado transcultural es la atención con flexibilidad es decir con paciencia, asistencia, apertura y confianza hacia la madre, muchas de ellas no lo aplican porque desconocen, cómo abordar a esa otra madre, que se diferencia de la que están acostumbradas a atender. Así se muestra en las siguientes expresiones:

() las mamás así no hacen caso de lo que le decimos, de manera que el trabajo se torna un poco difícil () (enf.6)

() realmente a veces no sé cómo atenderlas, es decir como hacerles entrar en razón (enf.7)

() me he dado cuenta que por más que ellas acepten lo que les decimos, en casa no lo hacen (enf.8)

Es que para brindar un cuidado transcultural no simplemente es ser consciente que cada ser humano es totalmente o parcialmente diferente al otro, como menciona Campinha- Bacote (1996), sino que también implica tener ciertas actitudes, habilidades que permitan brindar un cuidado culturalmente competente, estas habilidades que menciona el autor son: la adecuación cultural, interés cultural, habilidad cultural. Ciertas habilidades que en la realidad no se encuentran aún totalmente presentes, tal como se ejemplifica en las siguientes observaciones:

-La enfermera a veces no invita a sentarse a la madre, si no que primero le solicita el carnet, sin saludarla.(obs.3)

-La enfermera al educar a la madre no toma en cuenta sus creencias, costumbres relacionadas con la salud del niño(obs. 7)

-La enfermera no llama por su nombre a la madre durante la atención.(obs.3)

-La enfermera algunas veces no educa, con palabras sencillas a la madre.(obs.8)

-La enfermera ante formas de crianza no convencionales, la enfermera algunas veces muestra gestos de desaprobación, otros de disgusto, cuando éstas de alguna manera dañan la salud del niño.(obs.10)

Estas observaciones evidencian falta de habilidad para recolectar datos culturales como creencias y costumbres, ya que estas permiten guiar la atención. Así también la enfermera no se muestra comprensiva, apreciativa de algunas costumbres de la madre en la crianza del niño, por último el interés que demuestra la enfermera no es cultural, es decir un interés de las creencias y costumbres que debe tener con la madre desde una cultura distinta a la de ella, ya que no evidencia motivación en atenderla.

“ Valorizando cuánto y no cómo se atiende ”

Esta subcategoría representa una de las realidades que prevalece en el Componente de Crecimiento y Desarrollo en los Centros de Salud que se estudiaron; se evidencia en las siguientes manifestaciones que surgieron durante la entrevista:

() nosotras tenemos que ser rápidas en atender a las madres porque si nos demoramos, se quejan y ya no vuelven más () (enf.2)

() por día me piden la productividad de cuantas madres he atendido, además tenemos que llenar muchos registros, durante y después de la atención(enf.5)

(.) realmente se valora a cuantas atiendes y no cómo atiendas porque al final el cuidado que brindas queda registrado en cifras, porque eso es lo que piden() (enf.6)

() por mes y por año la DISA te solicita la cobertura, así como tus metas de cuantos niños vas atender() (enf.8)

A continuación se describe lo que se observó al respecto:

-Al finalizar toda la atención de un turno la enfermera le dijo a la técnica de enfermería, “este mes hemos atendió a pocos niños, tenemos que salir a captarlos, sino que voy a llenar en mi informe” y la técnica respondió “si señora no se preocupe, mañana mismo salgo”....(obs.3)

-Al iniciar la atención la enfermera del programa de PCT le dijo a su colega encargada del Componente CRED “tienes que llenar el informe de este mes si no la DISA nos va a mandar memorandum” y La enfermera de CRED dijo ” ah si pero mi cobertura este mes ha sido poca..... es que en los meses de invierno siempre baja.... como los niños que cito no vienen, será porque están resfriados, no?..”. (obs.5)

-En el consultorio de CRED, la enfermera dijo a la técnica “nosotras vamos a

aprovechar la campaña de vacunación, porque allí van haber muchos niños para captarlos a su control....así que tenemos que ponernos alertas". (obs.2)

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, sin embargo 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.(114)

Una de las probables explicaciones es que la atención en el Componente se rige por normas consideradas en el Manual de Normas de Atención al menor de 5 años, que establece objetivos relacionados específicamente a la salud física del niño así como metas en cifras que refleja el producto del trabajo que se debería realizar en cuanto a cantidad en CRED de cada Centro de Salud; esto podría ser el motivo de la preocupación que tienen las enfermeras de cuantos niños atender por día y por mes, ya que en los informes operativos que solicita la DISA, realmente como ellas manifiestan, son cifras y no contempla la forma cómo se atiende, por lo que la atención se torna, en una madre – niño más, otro procedimiento más; es decir se transforma en una rutina de pesar, tallar, registrar y algunas veces educar. Esto realmente tienen distancia con la concepción y de lo que debería ser el cuidar en enfermería sobre todo a un grupo como son los niños y madres en el componente CRED.

Asimismo, con estas formas de atenciones descritas, se puede deducir que no se podrá cumplir con la misión que tiene el Componente según el MINSA que es “servicios que brindan atención integral al niño con calidad, calidez”, ni mucho menos con la visión de “padres que asisten regularmente a establecimientos de salud y aplican cuidados adecuados”, ya que es preciso resaltar que a pesar que el manual de CRED contempla como estrategia, la concepción holística de la persona que se atiende; sin embargo no muestra el cómo atender a esa persona holística que mencionan, sino que por el contrario contempla actividades muy específicas que debe realizar la enfermera y todas están dirigidas a la salud física del niño, no considerando ningún aspecto de la madre como es su cultura.⁽¹¹⁵⁾

Esto se reafirma con las siguientes manifestaciones:

() es por eso que cuando vienen muchas madres, uno tiene que aprovechar en atenderlas a todas () (enf6)

() a veces nosotras realmente, nos preocupamos por la cantidad de madres que atendemos () (enf7)

() así con esta cantidad, no hay calidad de atención realmente() (enf.9)

() uno quiere tratar de abordar más en cada una de las madres, pero no se puede(enf.2)

A partir de los momentos de contacto observados entre la enfermera y la madre, así como de sus manifestaciones sobre la atención que brinda en CRED, ellas declaraban lo siguiente:

() cuando educamos a veces no se evalúa lo brindado () (enf.2)

() realmente no siempre se puede indagar, o conocer a la persona como quisiera (enf.5)

() A veces no se puede hacer lo que debemos y damos muchas veces educación de forma superficial (enf.6)

Lo cual se constata con lo observado como:

-Durante la atención, las enfermeras muchas veces sólo pesan, tallan, registran al niño e informan a la madre de su resultado y de su próxima cita, todo esto le toma 10 minutos y así termina la atención. (observaciones-códigos 3,4,7,9)

Así fue posible observar que la atención se torna muy formal, no personalizada, ya que el diálogo, la conversación o era muy escasa o se mantenía en función de datos que arrojaban del examen físico del niño o la evaluación antropométrica; situación en la que no se puede conocer bien a la persona para poder ayudarla. Ya que según Lipson (2001), para conocer a la persona se necesita:

Primero, generar un ambiente donde la madre se siente tranquila, en confianza; y esto depende de la enfermera, en como recibe a la madre y la actitud que muestra. Segundo se requiere realizar una valoración cultural que tome en cuenta las creencias, costumbres, sus miedos etc, en relación a la crianza del niño. Esta etapa debe ofrecer un contexto para interpretar lo que necesita nuestro paciente en función a su cultura; durante esta etapa se debe mantener esa actitud de interés de apertura y disposición, no asombrándose de nada de lo que haga o diga la madre.. Tercero, se debe incluir en la intervención educativa el bagaje cultural de la madre para que de esta manera tenga éxito y se cumpla los objetivos propuestos por la enfermera.

Esa atención que menciona la autora se aleja mucho del cuidado que brindan las enfermeras del Componente, ya que primero ellas no se preocupan por generar ese ambiente de confianza, además como se muestra no realiza, esa valoración cultural para brindar educación a la madre, resaltando que no realiza actividades en base a la cultura de la madre.

Al analizar todas las categorías y subcategorías, se puede apreciar como se mencionó al inicio, que lo que manifestaron las enfermeras, es la concepción que tienen sobre el cuidado transcultural, de como atender a un ser complejo como la madre en base a su cultura, que ellas han aprendido a considerarla como tal, ya que su trabajo no es nada fácil cuando se enfrenta a madres con otras culturas distintas, por que son conscientes de lo que implica atender a esa madre y también lo son de sus limitaciones personales, como el no saber abordarlas durante su atención. Esto se fundamenta por una posición de visión universal que considera a la persona, como tal, con todos sus aspectos y con todo su complejidad; visión que se centra en una relación humana.

Lo que hace la enfermera durante la atención en CRED, realmente no refleja lo que ellas piensan, y se vuelve a recalcar que no es por que ellas sean inconscientes de esto, si no que posiblemente se deba a esas limitaciones internas que se acompañan de las externas que pertenecen al componente CRED, como son sus lineamientos específicos a la salud del niño, y la parte administrativa como los informes, la cantidad de madres que

tienen que atender, lo cual repercute en el tiempo que se toma para la atención, un tiempo que no es saludable para brindar salud. Esto es lo que podríamos llamar la cruda realidad y ello se fundamenta por una tendencia que se podría llamar racionalista o mecanicista, donde la enfermera, hasta cierto punto, se rutiniza y se enfoca a un sólo punto, que es la salud física del niño.

La realidad del cuidado en CRED es:..... “lo que se hace”

Lo ideal del cuidado es :..... “lo que se dice”.

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

CAPITULO IV: CONSIDERACIONES FINALES

El estudio permitió conocer los significados de las enfermeras acerca del cuidado cultural; esto revela que para las enfermeras se configuro en “ **atender a un ser complejo basándose en su cultura**” que a su vez implica lo siguiente: “*Para cuidar conocer la cultura de la madre*” lo explica que ellas consideran como importante para atender a la madre, el saber más de ellas para ayudar al niño; “*un cuidado que permite atención integral*” ellas reafirman que el cuidado transcultural permite abordar también a la madre durante la atención del niño lo cual coincide con el propósito del Componente como es la participación activa de las madres; “*Atender con flexibilidad cultural* ” esto muestra que para las enfermeras el brindar un cuidado desde la perspectiva transcultural, requiere de flexibilidad, apertura, paciencia hacia la madre, para un mejor cuidado del niño.

Además permitió conocer que la atención que brindan las enfermeras en Crecimiento y Desarrollo, es en cierta forma integral, vista desde la oferta de los servicios que ofrecen los Centros de Salud, y no se encuentra enfocado a la integralidad de la persona atendida, ni mucho menos toma en consideración de la madre su aspecto cultural.

Las enfermeras muestran actitudes y comportamientos que caracterizan una atención, no a la persona si no al motivo de consulta, que es el control tanto del crecimiento como del desarrollo del niño, esto se muestra con la categoría: El cuidado transcultural - “ **no está presente, como debería de estar**” el cual revela el proceso real de cuidar en CRED, que a su vez se relaciona con lo siguiente: “*valorizan cuanto y no*

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

como se atiende”es decir que ellas se preocupan entre otras cosas por la cantidad de niños como parte de su productividad que se emite en los informes operativos que solicita la DISA, los cuales tienen esa característica de contemplar la cantidad y no la calidad de la atención, lo que lleva muchas veces a que el cuidado que se brinda sea superficial, “*el cuidado del otro*”, esto muestra que a pesar que las enfermeras son conscientes del rol importante que juega la cultura de la madre, sin embargo ellas presentan limitaciones ya que desconocen como abordar a esa otra madre, es decir que no presentan competencia cultural como habilidad, o interés para recolectar datos culturales como creencias, costumbres, ni mucho menos adecua sus acciones en base a la cultura de la madre por lo que no brindan cuidados congruentes hacia la persona.

El contexto real de la atención en los consultorios de Crecimiento y Desarrollo, permitió constatar una dicotomía existente entre la teoría y la práctica, es decir, que no hay una relación directa entre el significado del *cuidado transcultural* que las enfermeras le conceden, con el cuidado que brindan.

Una realidad que el cuidado en CRED “*es lo que se hace*”, y lo ideal del cuidado “*es lo que se dice*”, el cual nos permitió llegar al tema sobre el cuidado transcultural que “**Mucho se dice, poco se hace**”

LIMITACIONES

-No se contó con antecedentes de estudios sobre el tema, así como con bibliografía a nivel nacional.

-Los resultados de este estudio no son generalizables para otro grupo de enfermeras que pertenecen a otras DISAS, sino solo para aquellas que trabajan en los Componentes de CRED de la DISA V Lima-Cuidad.

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

RECOMENDACIONES

-Es preciso que en el Manual de Normas de Atención del Componente CRED, fortalezca también una atención hacia la madre como parte del cuidado del niño, donde se considere el aspecto cultural durante la atención como estrategia fundamental para un adecuado crecimiento y desarrollo de los niños.

-Es necesario que las enfermeras se capaciten dentro de un enfoque de Competencia Cultural, para brindar atención en CRED, y de esta forma se pueda obtener la participación activa de la madre en el cuidado del niño.

-Realizar otras investigaciones que abarquen a otros grupos de enfermeras y otras realidades a nivel nacional.

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) MINSA – CRED. “ **Normas de Atención del Niño menor de cinco años** ”.Lima-Perú. 2001.Pág.20-28

(2) MINSA.“ **Lineamientos de Política Sectorial para el periodo 2002-2012 y fundamentos para el Plan Estratégico Sectorial** ”.Diciembre. Perú. 2001.Pág.25

(3) MINSA. “ **Estudios Operativos en la Salud Materna Infantil** ”. Perú.1999.Pág.13

(4) TARRES, Sol. “ **El Cuidado del otro. Diversidad Cultura y Enfermería Transcultural** ”. Vol. XI, Universidad Católica San Antonio de Murcia, México. Marzo 2001.Pág.22-29

(5) *Ibíd.* Pág. 22

(6) LEININGER, M. “ **Transcultural Nursing. Concepts,Theories, Research y Practicas** ”.

Mc.GrawHill. 2ºedition. New York.pag.43

(7) **MARVIN; Harris** “**Las Costumbres y Creencias difieren de una Sociedad a otra**”. 2 edición. España.1999.Pág.75

(8) VÁSQUEZ, Lucia. “ **Cuidado de Enfermería desde la Perspectiva Transcultural** ”. Revista Investigación y Desarrollo en Enfermería. Año 1. N° 1 Vol. XIX. Universidad de Antioquia Medellín. Marzo 2001.Pág. 11

(9) DA SILVA, Lucia. “ **Cuidados de Enfermería: Su sentido para Enfermeras y**

Pacientes ” Tesis. Brasil.2000.Pág. 8

(10) KRAUZT, Erdtmann. “ **El desafío para un cuidado culturalmente congruente apoyado en la razón sensible** ”. Tesis. Brasil.2000 Pág. 4.

(11) GONZALES, Rosa. “ **El Cuidado Humano como Valor en el Ejercicio de los Profesionales de la Salud** ”. Tesis. Brasil. 2000

(12) DA SILVA, Marinho. “ **Limites y posibilidades en lo cotidiano para las enfermeras un abordaje cultural en un ambiente hospitalario** ”.Tesis. Brasil.2002.Pág.12

(13) MAYEROFF. “ **El arte de servir al prójimo para servir asimismo** ”. Editora Récord Brasil. Pág.33

(14) BOFF. “ **Saber cuidar** ”. Editora Voces. Brasil.1999.Pág.92.

(15) MORROY, Araceli. “Epistemología en Enfermería”. **Revista Desarrollo Científico en Enfermería. Vol. 10. N° 5. Junio. 2002.Pág.18.**

(16) Ibíd. Monrroy. Pág. 19

(17) LUNARDI, Filho. “ **Planeamiento como forma innovadora de facilitación cuidado individualizado** ”. Curitiva. Vol. 2. N°1.Junio.1997.Pág. 90-95

(18)ESPINO, Susana. “ **El cuidado de la Salud y el significado para enfermería** ”. Conferencia presentada en el Colegio de Enfermeros del Perú. Lima. Agosto 2000.Pág.22

(19) LEININGER, M. “ **Culture care diversity y universality, a theory of nursing** ”. Revista National league for nursing. 1991. New York. Pág 15.

(20) TORRALBAI, Francesc. “ **Antropología del cuidar** ”. Editora Lormo. Fundación Mapre Medicina. España.1998.Pág.326

(21) Opcit. Da Silva. Marinho. Pág. 13.

(22) WALDOW, V. “ **Cuidado humano en enfermagem, ampliando sua interpretação** ”.Vol. 1. N° 2. Río de Janeiro.1997 Pág. 142..

(23) Ibíd. Pág. 140

(24)Opcit. Espino. Pág. 23

(25) DONAHUE, P. “ **Historia de la enfermería** ”.Editora Doyma. España. Pág.86.

(26) GEORGE, J. “ **Teorías de enfermagem os fundamentos a practica profissional** ”.Editora Artes Medicas. Porto Alegre.2000.Pág. 55.

(27) Opcit. MONROY. Pág.19.

(28) ROHRBACH, Cecilia. “ **Cuidar y Cultura** ”. Revista Cuidado Cultural. N° 3. Vol. 4 Junio 2000.Pág. 26

(29) LOWIE, Robert. “ **Antropología Cultural** ”. Editora Rusel. 3ro edición. EE.UU. 1995 Pág. 22

(30) Opcit Francesc. Pág.130

(31) Opcit. Lowie. Pág. 27.

- (32) MAUSS, Marcel “ **Sociología y Antropología** ”.Editora- Tecnos. 4º edición. España 1995.Pág. 38.
- (33)Ibíd. Pág.44
- (34) AMESCUA, Manuel. “ **Salud Conflicto y Transferencia de Saberes en la Cultura Popular** ” N° 4 Vol. XI. Laboratorio de Antropología Cultural. Universidad de Granada. 2001.Pág. 28
- (35) Ibíd. Pág.30
- (36) Opcit. Vásquez. Pág.16
- (37) Opcit. Rohrbach. Pág.30
- (38) Opcit. Francesc. Pág.166
- (39) LIPSON, Juliene. “ **Temas Culturales en el cuidado de Enfermería** ”. Revista Investigación y Educación en Enfermería N° 10. Colombia. 2000.Pág. 35
- (40) Opcit. Vásquez. Pág.22
- (41) Opcit. Tarres. Pág. 27.
- (42) Opcit. Vásquez. Pág. 23.
- (43) Opcit. Rohrbach. Pág.29
- (44) Opcit. Leininger. Pág.33
- (45) Opcit. Leininger. Pág.28
- (46) Opcit. Leininger. Pág122.
- (47) Opcit. Leininger. Pág 25.
- (48) Opcit. Leininger. Pág.26
- (49) Opcit. Leininger. Pág.30
- (50) KEROUAC, Suzanne. “El Pensamiento Enfermero”, Editora. Etudes Masson. España. 1996.Pág. 47**
- (51) Opcit. Leininger. Pág.32**
- (52) Opcit. Kerouac. Pág.53**
- (53) Opcit. Kerouac. Pág. 55.**
- (54) Opcit. Rohrbach. Pág. 25.
- (55) Opcit. Vásquez. Pág. 22
- (56) Opcit.Leininger. Pág 35.
- (57) Opcit. Francesc Pág.107
- (58) BACOTE-CAMPINHA “ **Culturally competet model of nursing management** ”.Revista Surgical Services Management..1996 Pág.21

- (59) Opcit. Vásquez. Pág. 29
- (60) Opcit. Bacote-Campinha. Pág.22
- (61) Opcit. Bacote-Campinha. Pág.23
- (62) Opcit. Bacote-Campinha. Pág.23
- (63) WEBER, J “ **Nursing human science and human care, a theory of nursing** ”
Revista National league for nursing. New York.1999.Pag.65
- (64) Opcit. Francesc. Pág.166
- (65) Opcit. MINSA- Estudios Operativos. Pág.26
- (66) Opcit. Lipson. Pág.45
- (67) Opcit. Monrroy. Pág. 20
- (68) Opcit. Rohrbach Pág. 25
- (69) Opcit. Lipson. Pág.50
- (70) Opcit. Lipson. Pág.50
- (71) Opcit. Lipson. Pág.52
- (72) Opcit. Vásquez. Pág.29
- (73) Opcit. Vásquez. Pág.30
- (74) Opcit. Lipson. Pág.50
- (75) Opcit. Lipson. Pág.54
- (76) Opcit. Lipson. Pág.55
- (77) Opcit. Vásquez. Pág. 30
- (78) Opcit. Lipson. Pág.55
- (79) Opcit. Lipson. Pág.56
- (80) Opcit. Lipson. Pág.58
- (81) Opcit. MINSA –CRED. Pág.26-32
- (82) PINEDA, Elia. “ **Metodología de la investigación en salud** ”. 2ª edición.
OPS.2000EE.UU. Pág. 65
- (83) CANALES, Francisca. “ **Metodología de la investigación** ”.2ª edición.
OPS.2000.Pág. 22
- (84) TAYLOR; S. “ **Introducción a los métodos cualitativos de investigación, búsqueda de significados** ”. Editora Interamericana.2ª edición.1996.Pág.32
- (85) MARTÍNEZ; M. “**In vestigación cualitativa etnográfica** ”. Trabajo presentado en el II Seminario Latino Americano.2000.Pág.18
- (86) Ibíd. Pág.20
- (87) POLIT,D y HUNGLER,B. “ **Investigación en ciencias de la salud** ”.2ª edición.
Editora Interamericana. México.1995.Pág.34

- (88) QUINN; Patonn. “ **Métodos de investigación cualitativa** ”.Publicación Sage. EE.UU.1990.Pág.28
- (89) COFFEY, Amanda. “ **Encontrar Sentido a los Datos Cualitativos** ”. Editora Universidad de Antioquia. Colombia. 2003. Pág.45
- (90) Opcit. Mayeroff. Pág.23
- (91) Opcit. Francesc. Pág.166
- (92) Opcit. Mauss. Pág.12
- (92) Opcit. Leininger. Pág 35
- (93) Opcit. Boff. Pág.42
- (94) Opcit. Monrroy. Pág.19
- (95) Opcit. Francesc. Pág.200
- (96) Opcit. Leininger. Pág 35
- (97) Opcit. Francesc. Pág.166
- (97) Opcit. Leininger. Pág 35
- (98) Opcit. Leininger. Pág 40
- (99) Opcit. Monroy. Pág.19
- (100) Opcit. Mauss. Pág.12
- (101) Opcit. Lipson. Pág.56
- (102) Opcit. Monrroy. Pág.19
- (103) Opcit. Rohrbach Pág. 25
- (104) Opcit. Tarres. Pág. 27.
- (105) Opcit. Lipson. Pág.56
- (106) Opcit. Francesc. Pág.167
- (107) Opcit. Mauss. Pág.20
- (108) Opcit. Lipson. Pág.57
- (109) Opcit. Leininger. Pág 40
- (110) Opcit. Leininger. Pág. 40
- (111) Opcit. Vásquez. Pág. 30
- (112) Opcit. Leininger. Pág. 42
- (113) Opcit. Bacote-Campinha.Pág.25
- (114) Opcit. Estudios Operativos – MINSA. Pág.54
- (115) Opcit. MINSA – CRED. Pág.23
- (116) Opcit. Lipson. Pág.57

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

BIBLIOGRAFÍA

- AGUIRRE, Ángel** “ Etnografía – Metodología cualitativa en la investigación sociocultural”. Editorial Alfa omega. Grupo Editor México. 1997.
- AMESCUA, Manuel** “Salud Conflicto y Transferencia de Saberes en la Cultura Popular”. N° 4.Vol. XI. Laboratorio de Antropología Cultural. Universidad de Granada. 2001.
- COFFEY, Amanda.** “Encontrar Sentido a los Datos Cualitativos”. Editorial Universidad de Antioquia. Colombia. 2003
- DA SILVA, Lucia** “Cuidados de Enfermería: Su sentido para Enfermeras y Pacientes”. Tesis. Brasil.2000
- ESPINO, Susana** “El cuidado de la Salud y el significado para enfermería”. Conferencia presentada en el Colegio de Enfermeros del Perú. Lima. Agosto 2000
- GONZALES, Rosa** “El Cuidado Humano como Valor en el Ejercicio de los Profesionales de la Salud”. Tesis. Brasil. 2000
- LIPSON, Juliene** “Temas Culturales en el cuidado de Enfermería”, Rev. Investigación y Educación en Enfermería. N° 10.Colombia. 2000
- LOWIE, Robert.** “Antropología Cultural”. Editorial. Rusel. 3ro edición. EE.UU. 1995
- MINSA – CRED** “Normas de atención del niño menor de cinco años” 1999.
- MINSA** “Lineamientos de política sectorial para el periodo 2002-2012 y fundamentos para el plan estratégico sectorial”. Diciembre. Perú. 2001

MORROY, Araceli "Epistemología en Enfermería", *Rev. Desarrollo Científico en Enfermería*. Vol. 10. N° 5. Junio. 2002

KEROUAC, Suzanne "El Pensamiento Enfermero". Editorial. Etudes Masson. España. 1996

QUERAL, Rosa "Cuidados Transculturales". *Rev. Enfermería Científica*. N° 6. Enero 1999.

ROHRBACH, Cecilia "Cuidar y Cultura", *Rev. Cuidado Cultural*. N°3. Vol. 4. Junio 2000.

SÁNCHEZ, Fernando "Perspectivas Transculturales en Enfermería". *Rev. Enfermería científica* N° 1 Vol. 7 Madrid 2001.

TARES, Sol "El Cuidado del otro. Diversidad Cultural y Enfermería Transcultural". N° 2. Vol. XI. Universidad Católica San Antonio de Murcia. México. Marzo 2001.

TORRALBAI, Francesc "Antropología del cuidar". Editorial. Lormo. Fundación Mapre Medicina. España. 1998.

VÁSQUEZ, Lucía "Cuidado de Enfermería desde la Perspectiva Transcultural". *Rev. Investigación y Educación en Enfermería* Año 1. N° 1 Vol. XIX. Universidad Antioquia Medellín. Marzo 2001.

VALLE, Juan "Cuidar desde una Perspectiva Cultural". *Rev. Cuidado Cultural*. Vol. 5. N° 4. Noviembre, 2001.

VERA, Martha "Cuidados de enfermería en la practica de salud publica". XIV Congreso Nacional de Enfermería. Perú. 2001

ANEXOS

ANEXO A

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Escuela Académico Profesional de Enfermería

TÉCNICA : OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

INSTRUMENTO:FORMATO (LIBRETA DE CAMPO)

OBJETIVO :RECOGER INFORMACIÓN ACERCA DEL COMPORTAMIENTO Y ACTITUDES DE LA ENFERMERA DE CRED DURANTE LA ATENCIÓN.

Lugar:.....Fecha.....

Hora: Inicio..... Término.....

Atención en CRED:

a. Inicio de la Atención:

Expresiones faciales.....

Expresiones verbales.....

Actitud.....

b. Atención propiamente dicha:

Actividades.....

- Frases utilizadas por la enfermera.....

Expresiones faciales.....

Expresiones verbales.....

c. Final de la Atención:

- Actividad.....

- Frases utilizadas.....

ANEXO B

Universidad Nacional Mayor De San Marcos

Escuela Académico Profesional De Enfermería

TÉCNICA : ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA

INSTRUMENTO : GUÍA DE PREGUNTAS

OBJETIVO: RECOGER INFORMACIÓN DE LAS ENFERMERAS ACERCA DEL SIGNIFICADO DE CUIDADO TRANSCULTURAL

GUÍA DE PREGUNTAS:

Código (se le asignará un código a cada entrevistada).....

1.-¿Qué es para usted. el cuidado de enfermería?

2.-¿Qué es para usted brindar un cuidado en CRED?

3.-¿Qué significa para usted, la madre del niño, que acude a su consulta en CRED?.

4.-¿Qué significa para usted., brindar un cuidado cultural?

ANEXO C

Universidad Nacional Mayor De San Marcos

Escuela Académico Profesional De Enfermería

TÉCNICA : REVISIÓN DOCUMENTAL

INSTRUMENTO: FORMATO FICHA DE ATENCIÓN

OBJETIVO : RECOGER INFORMACIÓN SOBRE LO QUE REGISTRA LA ENFERMERA EN LA ATENCIÓN QUE BRINDA.

1.-Código que se le asigna a cada enfermera:.....

2.-Tipos de datos:

De la madre.....

.....

Del niño.....

.....

De la nota de enfermería.....

.....