UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

"CUIDADOS ENFERMEROS SEGÚN LA TEORIA DE LA DIVERSIDAD Y DE LA UNIVERSALIDAD. SERVICIO DE MEDICINA-HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO AREQUIPA 2016"

Presentado por las bachilleras:

Huamán Chacnama Alejandrina

Huamaní Oruro Roxana Natalí

Para optar el título profesional de ENFERMERA

AREQUPA- PERÚ

2016

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I. EL PROBLEMA

A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 5
B. OBJETIVOS 9

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

A. ANTECEDENTE 10
B. BASE TEÓRICA 13
C. DEFINICION CONCEPTUAL DE TÉRMINOS 38
D. ALCANCES Y LIMITACIONES 39

CAPITULO III.MARCO METODOLÓGICO

A. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN 40
B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO 41
C. POBLACIÓN Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA 42
D. TÉCNICA E INSTRUMENTO 42
E. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN 43

CAPITULO IV. RESULTADOS

A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS 45

CAPITULO V.RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. RESUMEN 78
B. CONCLUSIONES 80
C. RECOMENDACIONES 81

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

La principal función de enfermería es el cuidado de la persona y comprende acciones dirigidas a la asistencia, el apoyo o capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades, con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida. (Marriner y Raile, 2002)

Las personas tienen derecho a una atención oportuna, segura y continua; basada en el buen trato, calidez y actitud asertiva. Entonces; en un país multicultural como el Perú, el cuidado transcultural, es importante para garantizar calidad del cuidado de enfermería porque considera el respeto de la identidad cultural de manera horizontal, equitativa y empática; sin actitudes de maltrato ni discriminación. La enfermera al no considerar la cultura en el cuidado, producirá un descontento en las personas y las prácticas serán ineficaces, lo que limita la recuperación de la salud y el bienestar (Leininger, 1995)

En los últimos años las ciudades más populares del Perú han tenido un incremento de personas migrantes, esta diversidad cultural se observa en

los hospitales, donde el profesional de enfermería no está lo suficientemente capacitado para cuidar personas de otras culturas con diferentes valores y expectativas, en ese sentido, existe claros signos de conflictos y choque cultural, además de estrés por parte de las enfermeras y los migrantes.

El propósito de esta investigación es contribuir a mejorar el proceso y la calidad del cuidado transcultural de enfermería, satisfaciendo las necesidades y buscando el bienestar de la persona con diferente cultura.

El objetivo principal es analizar la aplicación de la teoría de la diversidad y de la universalidad en enfermeras del Servicio de Medicina del Hospital Regional Honorio Delgado; para que los resultados obtenidos de esta investigación contribuyan en la mejora del cuidado que se brinda a persona migrante.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La teoría de la diversidad y la universalidad define a la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados , la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para proporcionar una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y/o una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura.(Marriner y Raile,2002)

Resulta esencial que el profesional de enfermería aplique esta teoría para que pueda responder de manera integral a las necesidades de las personas migrantes y llevar a cabo un proceso de relación de ayuda eficaz. Esto exige que el profesional de enfermería tenga la capacidad de identificar y

dar respuestas a las necesidades espirituales y emocionales de las personas a las que presta cuidado; descubrir y adquirir los conocimientos acerca del mundo de cada persona.

La atención de los aspectos culturales en salud empezó a tener vigencia hacia los años 60, sin embargo, fue hasta los 80 que la Organización Mundial de la Salud (OMS) apoyó el reconocimiento de la cultura y la diversidad cultural en el cuidado de la salud. A partir de esta década se inicia gran cantidad de estudios que intentan comprender la cultura, el multiculturalismo y su influencia en la salud, así mismo se genera el concepto de competencia cultural. Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) y La Organización Panamericana de la Salud (OPS) promueven un enfoque intercultural en los servicios de salud que asegure que todos los grupos étnicos y raciales puedan acceder a los cuidados que necesiten, y que integre el conocimiento y las prácticas tradicionales para mejorar la salud de las poblaciones.

Leininger (1991) considera que hoy en día, la ceguera, el choque y la imposición cultural, aparte del etnocentrismo que muestran las enfermeras, producen disminución de la calidad del cuidado de enfermería en los pacientes de culturas diferentes. Además, los diagnósticos de enfermería y médicos sin base ni conocimiento cultural generan serias dificultades para las culturas, puesto que conducen a resultados desfavorables e incluso, a veces graves.

El Flujo Migratorio de marzo 2015 según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) muestra que en el Perú el movimiento migratorio de entradas de extranjeros ascendió a 330 mil 365, cifra superior en 8,8% a la registrada en marzo 2014. Esta emigración de muchos grupos culturales y la creciente identidad cultural, evidencian la necesidad de satisfacer las demandas por recibir cuidados basados en la cultura.

Hoy en día casi todos los países y comunidades del mundo son multiculturales, por lo que el personal sanitario debe comprender y cuidar a personas de culturas diversas o similares. (Marriner Y Raile, 2002)

El documento de Migraciones internas del Perú, publicado en abril del 2015 por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) muestra a Arequipa como uno de los trece nuevos centros de atracción migratoria. La investigación da cuenta que la quinta parte de la población peruana (más de 6 millones de personas) son migrantes internos a nivel departamental y más de 10 millones de compatriotas son migrantes interdistritales. Arequipa, Moquegua y Tacna, son potencialmente atrayentes de pobladores procedentes, principalmente de Puno y Cusco.

Los migrantes y las personas de culturas ajenas esperan que las enfermeras respeten y sepan reaccionar ante sus valores, creencias, modos de vida y necesidades .Por ello las enfermeras ya no pueden practicar una enfermería unicultural (Leininger,1996).

En Arequipa las cifras muestran la diversidad de personas que puede llegar a cuidar una enfermera, según la Oficina de Estadística e Informática y Registro de Atención Médica del Hospital Regional Honorio Delgado en el año 2013 se registró 13 042 atenciones procedentes de otras provincias de Arequipa y 10 517 atenciones de otros departamentos; y de un total de 187 633 atenciones 5 931 correspondieron a Medicina Interna, siendo este último el de mayor afluencia de personas. En el Hospital Goyeneche La Oficina de Estadística en su Información Estadística Anual 2015 reporta 93 040 atenciones de las cuales 82 636 procedieron de todos los distritos de Arequipa, incluyendo los más alejados, y 10 404 de otras provincias de Arequipa y diferentes departamentos del Perú; de este total de atenciones el servicio de Medicina General recibió a 1204 personas.

Este panorama recuerda que el cuidado es la esencia de enfermería y constituyen un distintivo primordial, las personas que experimentan la carencia de cuidados enfermeros coherentes con las creencias, valores y

su propio modo de prestar cuidados mostraran signos de conflictos culturales, inconformidad, estrés y dilemas éticos.

En consecuencia la presente investigación trata de analizar lo expresado en la siguiente pregunta:

PREGUNTA NORTEADORA

¿Qué opinión tiene de la cultura de las personas a las que cuida? y ¿Cómo aplica la teoría de la diversidad y de la universalidad en el cuidado de enfermería?

B. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL:

Analizar a través de sus manifestaciones la aplicación de la teoría de la diversidad y de la universalidad en enfermeras del Servicio de Medicina. Hospital Regional Honorio Delgado-Arequipa 2016.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

2.1. Caracterizar a la población de estudio según: Años de trabajo en el servicio y capacitaciones recibidas sobre enfermería transcultural.

2.2. Identificar los cuidados que brinda el personal de enfermería según los conceptos principales del cuidado desde la perspectiva transcultural.

2.3. Especificar las dificultades relacionadas a la práctica del cuidado sensible.

2.4. Describir las sensaciones que experimenta el profesional de enfermería en el cuidado de personas de diferente cultura.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

A. ANTECEDENTES

DIAZ, V Y COL (2011). Realiza un estudio titulado “Gestión del cuidado desde una perspectiva transcultural” en Cuba. El objetivo fue determinar si los profesionales de enfermería realizan la gestión de cuidados desde una perspectiva transcultural; la población de estudio fueron 280 profesionales de enfermería. El estudio fue de tipo descriptivo y transversal, utilizaron la encuesta como instrumento. Los resultados fueron que el personal de enfermería no contaba con los conocimientos suficientes sobre el tema, en la atención secundaria presentaron mejores resultados debido a cursos recibidos u otro tipo de preparación sobre transculturación.

ARÉVALOS M. Y COLS (2009). Ejecuta un estudio “Factores culturales que dificultan la comunicación enfermera-paciente” en Argentina cuyo objetivo era determinar qué factores de la cultura pueden dificultar la comunicación del personal de enfermería con el paciente. Tipo de estudio cualitativo de diseño exploratorio con método de estudio de casos. El instrumento fue la entrevista individual estructural. La población conformada por 20 enfermeras. Los resultados que se obtuvieron fue que la relación que mantuvieron las enfermeras con los pacientes fue problemática no sólo por cuestiones idiomáticas sino por la barrera cultural.

BERMÚDEZ, K. (2004). Ejecuta un estudio denominado “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-2008”en Perú. 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, en el estudio participaron 10 enfermeras. El tipo de estudio fue cualitativo con un enfoque etnográfico, la técnica fue la observación participante, la entrevista no estructurada y la revisión documentada. Entre los resultados, se obtuvo la construcción de temas como: “Cuidado transcultural mucho se dice poco se hace”.

GUILLERMO, J. (2011). Realiza un estudio denominado “Significado de la experiencia de cuidar a pacientes indígenas de las salas de hospitalización del departamento de Antioquia-Colombia” que tuvo como objetivo describir el significado de la experiencia de los integrantes del equipo de enfermería cuando brindan cuidado a pacientes indígenas en las salas de hospitalización. Un estudio cualitativo de tipo etnográfico con 20 participantes (enfermeras y auxiliares de enfermería), concluyéndose que la experiencia de cuidar a pacientes indígenas en las salas de hospitalización es difícil.

PÉREZ, S. (2009). Ejecuta un estudio denominado "Enfermería transcultural como método para la gestión del cuidado en una comunidad urbana. Camagüey 2008"realizado en Cuba con el objetivo de describir las características culturales de esa población e identificar los cuidados transculturales que se requieren. Un estudio cualitativo interpretativo que se orientó a evaluar como variables cualitativitas los aspectos que indican el modelo del Sol Naciente. Los resultados mostraron que la aplicación del Modelo del Sol Naciente es eficiente para establecer cuidados transculturales de enfermería capaces de transmitir bienestar al paciente.

VIDAL, F. (2011). Lleva a cabo un estudio "Significado que le concede el personal profesional de enfermería al cuidado desde la perspectiva transcultural en un Hospital Nacional De Lima Metropolitana". La investigación tuvo como objetivo comprender el significado que le conceden los enfermeros al cuidado desde la perspectiva transcultural. Se realizó un estudio cualitativo, tipo estudio de caso, Los participantes del estudio fueron 10 enfermeros. Los instrumentos fueron la guía de entrevista semi-estructurada, guía de observación participante y lista de chequeo. Concluyéndose que en la atención que brindan los enfermeros, es mínima o nula la valoración cultural.

VILLARREAL, Y. (2012) realizo un estudio "Cuidado de enfermera al niño andino hospitalizado. Chiclayo 2011". La investigación tuvo como objetivo describir y analizar los cuidados que brinda la enfermera al niño andino hospitalizado en el servicio de Pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo. Se realizó una investigación cualitativa con abordaje de estudio de caso, participaron 8 enfermeras y 4 padres de familia, aplicándose una entrevista semi-estructurada a profundidad. La conclusión fue que los cuidados que brinda la enfermera al niño andino carecen de integridad, as enfermeras al brindar cuidado experimentan resistencias culturales entre el cuidado enfermero y la cosmovisión andina.

RENTEIRA, M. Y DIAZ, R. (2014). Realizó una investigación “Cuidado transcultural de la enfermera serumista en las familias quechua hablantes Inkawasi- Perú 2012”. Tuvo como objetivo caracterizar y analizar el cuidado transcultural de la enfermera serumista. Se realizó una investigación cualitativa, siendo los participantes del estudio 7 enfermeras serumistas y 7 familias quechua hablantes. Las técnicas e instrumentos fueron la observación participante, la entrevista etnográfica y el diario de campo. Concluyeron que la enfermera serumista encuentra dificultad para cuidar a las familias quechua hablantes, ya que tienen muy arraigadas sus prácticas, creencias y costumbres.

B. BASE TEÓRICA

1. CUIDADO DE ENFERMERIA

1.1. Definición de Cuidado

La Real Academia De La Lengua Española define la palabra cuidado del participio pasivo cuidar, solicitud, esmero y atención que se pone en la ejecución de una cosa; asunto, negocio que tiene a su cargo. La palabra cuidar procede del antiguo *coidar*, la cual a su vez procede del latín *cogitāre* (“pensar”, y por extensión pensamiento de *cogitatus*); verbo transitivo que significa poner cuidado, diligencia, solicitud y esmero en hacer algo; es asistir guardar, vigilar y conservar. Términos que denotan un fin y la cual, bajo ciertos parámetros recae sobre alguien o algo.

A través de estudios transculturales Leininger (2007), realiza los primeros intentos para clarificar y conceptualizar la noción del cuidado: "el cuidado es para enfermería el dominio central del cuerpo de conocimiento y las prácticas". Esta autora considera que “el cuidado es de carácter universal pero son los procesos, métodos y técnicas con los que se desarrollan los que varían culturalmente”, incorpora además un sentido e intencionalidad humanitaria en enfermería. (Marriner y Raile,2007).

1.2. Evolución de cuidado de enfermería

La enfermería nació puramente de un oficio. Sim embargo, de forma progresiva la enfermería fue consolidándose como una profesión reconocida legalmente. En la actualidad, no obstante, es difícil trazar una línea divisoria entre oficio y profesión. Un breve recorrido histórico muestra los cambios que ha experimentado la profesión enfermera desde sus inicios. (Balaguer, 2014)

La evolución del cuidado enfermero, está estrechamente ligado al concepto de salud- enfermedad caracterizado por cada época. Las cuatro etapas del cuidado enfermero descritas por Collieré mencionado por Iglesias (2014) son las siguientes:

- Etapa domestica del cuidado: la vida se centra alrededor de la mujer y abarca desde las primeras civilizaciones a la caída del imperio romano.
- Etapa vocacional del cuidado: segunda etapa de la evolución del cuidado enfermero, se fundamente desde el origen del pensamiento cristiano, momento en el que el concepto de salud- enfermedad toma valor religioso, hasta el final de la edad moderna.
- Etapa técnica del cuidado: se desarrolla a lo largo del siglo XIX y gran parte del siglo XX y se caracteriza principalmente por la lucha contra la enfermedad. En este periodo, las personas encargadas de prestar los cuidados adquieren un papel auxiliar del médico.
- Etapa profesional del cuidado: la enfermería se consolida como disciplina y como profesión, siendo el eje central el cuidado de la salud de la población. Comprende las últimas décadas de siglo XX hasta la actualidad. Esta etapa se limita a los últimos 25 años del siglo XX hasta nuestros días ya que es cuando la enfermería adquiere un valor significativo tanto al nivel formativo como en su crecimiento profesional.

1.2.1. Paradigmas de los cuidados de enfermería

La disciplina de enfermería ha ido evolucionando en el tiempo, así mismo las corrientes de pensamiento que han ido sucediendo a lo largo de la

historia han provocado situaciones de cambio dentro de esta ciencia. Es imposible hablar de la disciplina enfermera, sin tener en cuenta los contextos que han marcado su evolución es así que se hace necesario hablar de grandes corrientes de pensamientos, maneras de ver o comprender el mundo llamados paradigmas.

En este sentido se presentan 3 paradigmas: categorización, integración y transformación, que a la vez se ha fundamentado en las diferentes corrientes de pensamiento que han servido para orientar la disciplina de enfermería.

a) Paradigma de la categorización: (1850-1950), Corriente que comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX y principios del siglo XX y en la que la visión lineal y la búsqueda de un factor casual eran la base de todos sus elementos, manifestaciones que poseen características bien definidas y medibles mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. En este paradigma se distinguen dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.

- *Orientación centrada en la salud pública*

Esta orientación se sitúa temporalmente entre los siglos XVIII y XIX y está caracterizada por "la necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios" (Benavent et al, 2001).

- *Orientación centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica*

Surge cuando comienzan a poder controlarse las enfermedades infecciosas, a partir del siglo XIX. Unida al control de estas enfermedades se produce la mejora en las técnicas quirúrgicas, comienza la aplicación de antisépticos y la enfermedad física es considerada al margen del entorno, la cultura y la sociedad. La consideración de este paradigma permite aplicar la orientación que durante el siglo XX ha tenido la formación de las enfermeras. Las escuelas tienen una dependencia de los hospitales y la

formación que se imparte en ellas presenta un contenido orientado hacia los conocimientos médicos.

La representación principal del paradigma con la orientación centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica está reflejada en *F. Nightingale*, por el interés del control del medio ambiente demostrado en sus escritos y la importancia de la influencia que la naturaleza ejerce sobre la recuperación de la salud de las personas.

b) Paradigma de la integración: (1950-1975), va en relación a la orientación de los cuidados de enfermería hacia la persona. Esta corriente supondría una prolongación del paradigma de la categorización, ya que las concepciones del modelo exclusivamente biomédico se irían transformando en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de enfermería. El surgimiento de nuevas teorías (teoría de la motivación, del desarrollo y de los sistemas) y la evolución del pensamiento ponen de manifiesto el reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad y en la disciplina de enfermería; se establece una clara diferencia entre ella y la disciplina médica. Los trabajos de enfermería de *V.Henderson, H*. *Peplau* y *D. Orem* quedan enmarcados dentro de este paradigma.

Puede decirse que el paradigma de la integración reconoce la disciplina de enfermería claramente diferenciada de la disciplina médica, con orientación hacia la persona en su integralidad y en interacción constante con el entorno.

c) Paradigma de la transformación: (1975-siglo XX), donde cada fenómeno es único e irrepetible. Esta corriente que representa un cambio sin precedentes, se da una apertura social hacia el mundo. La Enfermería, inspirada en esta nueva situación dinámica, compleja, va experimentando también una transformación que ha desarrollado nuevas concepciones de la disciplina y suponen una orientación de apertura al mundo. (Tazon et al. 2000).

Los modelos y teorías propuestos por *R.R. Porse*, *M.Newman*, *M. Rogers* y *Walson* quedan encerrados dentro de este paradigma.

Puede afirmarse que en la evolución de la disciplina de enfermería existe una creciente preocupación por los cuidados que utilizan el conocimiento propio de la disciplina para dispensar cuidados de salud creativos. Este paradigma se encuentra bien definido, pues es el centro de interés de la enfermería y por tanto, el eje de actuación en todos los campos de su práctica. Como describiera *Kerouac*, los cuidados de la persona son el núcleo de la profesión de enfermería, cuando expone. "El centro de interés de la enfermería está en los cuidados de la persona que, en interacción continua con su entorno vive experiencias de salud". (Benavent et al, 2001).

1.3. Cuidado enfermero

El cuidado, cuando es realizado por personas entrenadas, como en el caso de los profesionales de enfermería, la acción de cuidar deja de ser un proceso empírico, instintivo e innato y se convierte en un proceso científico, sistemático, y aprendido que implica no solo el acto de cuidar en sí, sino también, el hecho de combinar y buscar la armonía de diversos recursos, conocimientos y actitudes del cuidador o cuidadores para lograr el fin último: que el sujeto o sujetos que requieren y reciben cuidado pasen de un estado negativo, de displacer, disconfort o anormal que caracteriza la enfermedad a un estado positivo, de placer, confort o normal, por medio de estrategias de promoción, prevención o de rehabilitación de la salud (Amaro, 2004).

Desde mediados del siglo XX varias enfermeras investigadoras han contribuido a esclarecer la naturaleza de enfermería, como lo hicieron Virginia Henderson, Leninger, Calista Roy, Watson y otras siendo lo más importante que los enfoque coinciden en que el objetivo de la praxis de enfermería es el cuidado. Para cuidar se requiere un profundo conocimiento del ser humano y de su experiencia frente a la salud, la enfermedad, la vida y la muerte, en la que este tampoco consiste en un acto sencillo y habitual,

pues los métodos de prestación de salud van modificándose consecuentemente. (Amaro, 2004).

Las diferentes enfermeras teoristas desarrollaron conceptos de cuidado de enfermería entre las más importantes según Keruoac (1996) tenemos a: Callista Roy (1986) “el cuidado de enfermería tiene como fin sostener y promover la adaptación de la persona a la aquel se cuida y ayudarle a alcanzar un estado de adaptación que le permita responder a los demás estímulos”.

Virginia Henderson (1978) clarifica la función de cuidar en enfermería como “ayudar al individuo, sano o enfermo, en la ejecución de las actividades que contribuyen a conservar la salud o a su recuperación, que sin duda el sujeto llevaría a cabo el solo si dispusiera de la fuerza necesaria y delos indispensables conocimientos, debiendo desempeñar esta función de tal manera que le ayude además a lograr absoluta independencia cuanto antes “(Keruoac 1996)

Aunque existan estas referencias y otras más, los primeros intentos de sistematizar y clarificar conceptualmente la noción de cuidado se deben a Madeleine Leininger (1978), enfermera antropóloga, quien a finales de los años 70 inicio un estudio sistemático del término, presentando diferencias entre cuidado genérico, cuidado profesional y cuidado profesional enfermero donde el objetivo de su cuidado es identificar los actos de cuidado presentes, explícita o implícitamente, en las creencias, valores y practica de los distintos grupos culturales, para distinguir que actos o prácticas de cuidado son específicos de una cultura y cuales son universales . (Arroto G, 2000)

1.3.1. Elementos del proceso de cuidado de enfermería

Según colliere, M (1993), el proceso de cuidados de enfermería procede de un encuentro entre dos o más seres vivos. Este proceso se sitúa en la encrucijada de un sistema de cambio que procede de diferentes fuentes para llegar a determinar la naturaleza de los cuidados que hay que

suministrar y los medios para ponerlos en práctica. Es un proceso de elucidación- acion entre dos interlocutores sociales con competencias diferentes y complementarias dirigidas a encontrar sus forma de realización a partir de capacidades y los recursos de cada uno en uno entorno dado.

Identificar el trabajo de enfermería, requiere identificar los elementos que participan en la construcción del proceso de cuidados de enfermería, considerando a: los conocimientos científicos, la tecnología y el humanismo que integra las creencias y los valores sobre los que se basa la presentación de enfermería.

a) Los conocimientos científicos: la adquisición de competencias que caracterizan a una profesión se desprende de un conjunto de conocimientos organizados. También requiere de un dominio previo o paralelo de los fundamentos teóricos de esta competencia es decir un "saber conocer".

Hay que considerar dos aspectos con respecto a los conocimientos:

- Fuentes de conocimientos utilizados: la profesión de enfermería se basa en varias disciplinas como la biología, la demografía, la psicología social, la antropología cultural, la sociología, etc.; no obstante a partir de la década de los cincuenta en enfermería se empezó a elaborar teorías que expliquen los fenómenos que ocurren en esta, otorgándole sustento a la práctica.

- Modo de organización y utilización: el método es lo que orienta la organización de los elementos y su utilización. Utilizándose en enfermería el proceso de atención de enfermería (PAE) un método científico lógico, sistemático, constituido por cinco pasos denominados: valoración, diagnostico, planificación, ejecución y evaluación

b) Tecnología: los avances en la ciencia y tecnología afectan el ejercicio de enfermería. Por ejemplo la aparición de nuevas enfermedades

y la cronicidad de otras conllevan a la necesidad de los cuidados especializados de enfermería. Sin embargo, también por tecnología hay que entender un arte, un conocimiento de los instrumentos, es decir de todo lo que muestra su elaboración, su creación, la justificación de su utilización apropiada y de la manera de servirse de ella. Esto crea un saber hacer.

c) Humanismo en enfermería: por ser el sujeto de atención del cuidado de enfermería, la persona, es necesario conocer todas sus dimensiones, sus creencias y sus valores, que conforman un saber ser. El humanismo según Kozier (1992) menciona que es una preocupación por los atributos humanos. Algunos de estos atributos son universales, esto quiere decir que existen en todas las culturas.

1.4. Características del ser cuidado y del ser cuidador

Boykyn y shoenfer (2001) señala que el ser cuidado es un ser formado en la autenticidad y respeto por su existencia, capaz de ser saludable en cada momento, cuyas características son:

- Ser humano activo y trascendente
- Es un ser humano total en todo momento
- Tiene una historia propia
- Es cuidador de si mismo, vive y crece en el cuidado

Así mismo en la enfermera como cuidadora posee algunas características como son:

- Conocimiento y compromiso
- Ética
- Arte: intuición, gana experiencia en el cuidado
- Auto aceptación

1.5. Fin último del cuidado

El grupo del cuidado, describe como fines últimos del cuidado: (Poma y Velarde, 2009)

- Fomentar la autonomía
- Dignificar al ser humano
- Responder al llamado del cuidado del otro
- Vivir y crecer en el cuidado
- Crecer como cuidador
- Interactuar con otro ser en el cuidado, buscando el equilibrio y posterior desarrollo en su capacidad de cuidarse a sí mismo.
- Desarrollar un cuerpo de conocimientos para enfermería
- El cuidado siempre requiere de un momento, un contexto y de un escenario.

1.6. Cuidado de enfermería y cultura

Respecto al concepto de cultura y la relación con los cuidados, Lipson (1991) es un referente revelador; tras diversas investigaciones en diferentes territorios, la autora expone su visión de los cuidados en relación con el componente cultural, clarificando aspectos como el concepto de cultura, la importancia de la cultural en el cuidado de enfermería, la visión del mundo y las explicaciones sobre la enfermedad y las expectativas acerca del cuidado. La autora cuando se refiere a cultura define dos categorías: la cultura como idea o la cultura como comportamiento. La categoría de ideas, la cultura es un sistema de símbolos que son compartidos, aprendidos y transmitidos a través de generaciones. Desde la otra perspectiva Lipson propone la descripción de una cultura definiendo cómo se comporta la gente y no como ellos piensan. (García, 2015)

1.7. Importancia de la cultura en el cuidado de enfermería

Según Lipson (1999) describe tres cuestiones importantes para el cuidado de enfermería: la visión del mundo, la explicación de las enfermedades, las expectativas acerca del cuidado, y la comunicación transcultural.

a) La visión del mundo: La visión del mundo es una parte importante de la cultura, es el significado del universo entero experimentado por un grupo cultural específico, o sea es "la visión sobre la vida" de este grupo. Aquellos que han vivido y estudiado en otros países son conscientes de lo diferente que el mundo aparece a través de los ojos de la otra cultura. La cultura nos guía a responder a cosas de nuestro ambiente que posiblemente no nota la gente de una cultura diferente. El lenguaje refleja la visión del mundo y también le da forma. El lenguaje determina como un grupo cultural "cortado del pastel del mundo". Parece que cuanto más importante sea algo para un grupo cultural, habrá más palabras y conceptos en el lenguaje.

La cultura es parte de la identidad de cada persona. Nadie crece sin cultura, los niños absorben su cultura naturalmente, primero de sus padres y de los miembros de la familia, y después en el colegio. Ellos naturalmente no piensan en quiénes son, hasta compararse con niños o adultos diferentes a ellos. La cultura de la mayoría de las personas está en el nivel subconsciente la mayor parte del tiempo.

b) Explicaciones sobre la enfermedad y expectativas acerca del cuidado: Aunque el nacimiento, la muerte y las enfermedades son universales, la manera como la gente percibe sus experiencias y maneja las enfermedades está basada en cómo ellos las explican. Edwin Ackerknecht dijo en 1940 que "las enfermedades y sus tratamientos son puramente biológicos, solamente en abstracto. Si una persona enferma, el tipo de enfermedad que adquirió o el tipo de tratamiento que recibe, dependen en gran parte de factores sociales".

La interpretación de la enfermedad y las creencias sobre las enfermedades, son parte de las ideas más importantes en un grupo cultural sobre cómo la

enfermedad forma parte de la existencia humana. ¿Qué es una enfermedad?. ¿Por qué ocurre a algunas personas y no a otras?. ¿Cuáles son las causas?, etc. Además de explicar las enfermedades, en la cultura se forman las experiencias y la explicación de esos síntomas. En muchas culturas, las enfermedades mentales no están separadas de las enfermedades físicas. Es la persona quien está enferma, no el cuerpo o la mente. Si se discuten problemas mentales, frecuentemente se culpará a la brujería, la hechicería o a las almas perdidas.

En enfermedades populares, como el mal de ojo, las personas se preocupan más por las causas que por su fisiología. Habría dos causas principales de las enfermedades: personalísticas y naturalísticas. En la actualidad el doctor George Foster explica que los sistemas médicos están estructurados alrededor de lo que es percibido como causa de la enfermedad.

- En sistemas médicos personalísticos se cree que las personas se enferman porque alguien o algo diferente causó la enfermedad. Ese alguien puede ser otro ser humano, o algún ser sobrenatural como Dios o el Diablo, o un espíritu malvado o endemoniado. Un médico del modelo biomédico no puede tratar a alguien con este tipo de enfermedad. Algunas veces este tipo de enfermedad se llama enfermedad no natural. Algunos pacientes creen que solamente saben que tienen una enfermedad no natural porque cuanto más van al médico, más enfermos están. Solamente un curandero puede curar este tipo de enfermedades.
- El otro tipo de enfermedades son las naturalísticas, que están causadas por el clima, los virus, la tierra, la mala comida, una dieta inapropiada, el frío, y el no cuidar de su cuerpo, o el comportamiento pecaminoso.

En las culturas, puede ser más importante el ser cortés y mostrar respeto a la autoridad del proveedor de salud que "decir la verdad". El paciente o familia dicen "si, si" sin importar lo que usted pregunte. Ni siquiera esperan a entenderle porque consideran más importante el hecho de ser cortés con

las personas de más alto status. Aunque ellos dicen "si" es posible que no tengan ninguna intención de utilizar sus instrucciones o sugerencias.

c) Comunicación Transcultural: Los orígenes culturales influyen sobre la forma de comunicación. Es muy importante ser consciente de los propios estilos de comunicación para cambiarlos cuando sea necesario. Es muy común para un paciente inmigrante considerar que una enfermera no es sensible o es incompetente simplemente por el uso de diferentes estilos de comunicación no verbal. Y cuando el paciente se construye esta opinión, es muy probable que no siga sus consejos y que evite contactos posteriores. Es posible ni siquiera sepa que ofendió a la persona.

2. TEORIA DE LA DIVERSIDAD Y LA UNIVERSALIDAD

2.1. Madelein Leninger

Madeleine Leininger nació en Sutton, Nebraska, inició su carrera profesional después de diplomarse en la escuela de Enfermería de St. Anthony, en Denver. En 1950, obtuvo el título de Ciencias Básicas en Biología, (Kansas) y realizó estudios complementarios de Filosofía y Humanismo. Para 1954, obtuvo una Maestría en Ciencias de Enfermería Psiquiátrica, por la Universidad Católica de América en Washington D.C. En 1955 durante su ejercicio profesional, en el área de Psiquiatría Infantil observó que el personal sanitario no conocía suficientemente los factores culturales que influían para su asistencia; a partir de esta experiencia nace la inquietud de construir un modelo que considere una visión transcultural del cuidado para el individuo, idea que comparte con Margarett Mead (Antropóloga). Abstract Durante los 60’s, aplicó e impulso el empleo de métodos cualitativos de investigación; coordinó el primer curso sobre Enfermería Transcultural en la Universidad de Colorado; fundó el Committee on Nursing and Anthropology y dirigió los programas de Doctorado en ésta misma área. Para 1974 en la Universidad de UTAH, en Salt Lake City, fue pionera del programa de master y doctorado; fundó la Sociedad Nacional de Enfermería Transcultural y posteriormente en 1989,

el Journal of Transcultural Nursing del que fue editorial. En los últimos años trabajó en áreas de investigación y consultoría de Enfermería, hasta el 2006 en que fallece. Sin embargo, la Teoría ha permanecido vigente gracias a las investigaciones que se realizan actualmente ante las necesidades culturales del mundo. (Aguilar, O et al. 2006).

2.2. Teoría de la diversidad y de la universalidad

La teoría se considera como la primera y mayor contribución para la construcción de una teoría del cuidado. Madeleine Leininger plantea y desarrolla la teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, que se basa en la convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan de los demás. (Marriner, A. 2007)

Su teoría se fundamenta en un modelo transcultural de enfermería, denominado modelo del sol naciente, este abarca la idea del cuidado en sus diferentes y semejanzas en las diversas culturas del universo. De ahí su denominación de teoría de la diversidad y de la universalidad cultural de cuidado, también conocida como la teoría del cuidado cultural. Para el desarrollo de su teoría, Leininger uso como creencia básica que cuidar/ cuidado es la esencia de la enfermería y su enfoque principal, dominante e unificador. (Waldow v., 2008)

El propósito de la teoría es investigar la diversidades y universalidades en relación con la visiones del mundo, estructura social y otras dimensiones, para descubrir medios y proveer un cuidado congruente con la persona de diferentes culturas, intentando mantener o recuperar si salir o enfrentar a la muerte en forma apropiada, serena , respetando sus normas culturales. (Marriner, A. 2007)

Leininger planteaba además desarrollar y decidir qué acciones de cuidado tomar a partir de la visión de las personas. Opuesta a la visión que tradicionalmente tiene enfermería.

2.3. Principales conceptos y definiciones de la teoría

Leininger ha definido números términos dentro de su teoría. Dentro de las principales tenemos: (Marriner, A. 2007)

2.3.1. Cuidado

Constituye la esencia de la enfermería y un elemento central, domínate y distintivo de esta disciplina por medio de acciones de asistencia, apoyo y de facilitación a la persona que tiene la necesidad de recuperar la salud o mejorar sus condiciones de vida.

El cuidado de la enfermera comprende comportamientos, funciones y procesos de cuidado personalizados. Este cuidado humano favorece el desarrollo y la supervivencia de la persona, refiriéndose como a la persona, familia y comunidad.

Luna y Cameron 1989 indican que la enfermería es una profesión de los cuidados transculturales, centradas en un cuidado humano, respetuoso de los valores y del estilo de vida de las personas. Leininger define conceptos de persona, salud y entorno como: (Kerouac S. 1996).

2.3.2. Persona

Es un ser que no puede ser separado de su bagaje cultural y tiene de modo natural la tendencia de cuidar de los que lo rodean ya que se encuentra inmerso en una estructura social.

2.3.3. Salud

Creencias, los valores y la forma de actuar, que son culturalmente conocidos y utilizados con el fin de prevenir y conservar el bienestar de in individuo o de un grupo que varía de una cultura a otra.

2.3.4. Entorno

Son aspectos contextuales en los que la persona se encuentra y ejercen influencia en lo cotidiano y existencia de la persona.

Adicionalmente Leininger define algunos conceptos y definiciones que no se pueden dejar de mencionar, como son:

2.3.5. Cultura:

Leininger define a la cultural como el conjunto de valores, creencias, normas y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos dentro de un grupo determinado, que orientan sus razonamientos, decisiones y acciones según modos de acción

Siendo este término muy importante dentro de la investigación es necesario ampliar los conceptos y derivaciones, que se desarrollaran continuación:

La cultura comprende tanto las ideas y las dimensiones simbólicas expresivas como los comportamientos y los productos materiales que los seres humanos y los grupos sociales compartimos, aprendemos, trasmitimos, producimos y creamos a través de interacciones sociales.

En este contexto, se afirma también que los valores culturales son diversos y no son válidos universalmente. Esto significa, a pesar de algunas posturas etnocentristas y hegemónicas de la biomedicina o de otros sistemas médicos, la construcción social y cultural de la salud y la enfermedad. Así mismo, supone la validez contextual y relatividad cultural de los diversos saberes y prácticas, ya sean científicos, clínicos, complementarios, tradicionales, populares o de otro tipo (Duque, M. 2007)

El concepto dominante de cultura en la ciencia social como conducta aphrendida no puede considerarse “falso”; los conceptos aislados no son ni “falsos” ni “verdaderos”, y para muchos fines más o menos rutinarios fue y continúa siendo útil. Pero ahora es mucho más evidente, para que virtualmente todos aquellos que quieran ir más allá de los aspectos descriptivos, que resulta muy difícil realizar análisis de mucha fuerza teórica partiendo de una noción tan difusa y empirista. Ya han pasado los días en que los fenómenos sociales se explicaban describiéndolos como esquemas de cultura y observando que tales esquemas son transmitidos de generación en generación. Parsons (al insistir con su voz grave y

monocorde en que interpreta la manera en que se conduce un grupo de seres humanos como una expresión de su cultura y definir su cultura como la suma en que los modos en que esos seres humanos aprendieron a conducirse no es enormemente informativo) es la figura de las ciencias sociales contemporánea que más contribuyó a que se abandonara tal concepto. (Gimeno, J et al. 2008)

a) Cambios culturales

El cambio se produce por dos vías complementarias: por la evolución interna del grupo a medida que va ganado experiencia o va reaccionando a cambios en su entorno, y por influencia externa en el permanente intercambio con otros grupos culturales. En ambos casos, los cambios pueden empezar en determinados individuos que van influyendo en los demás, y/o por cambios más estructurales en el entorno (económico, social, ambiental), que conducen a nuevas adaptaciones y estrategias. En un mundo cada vez más entrelazado, actualmente los cambios más significativos provienen sobre todo de influencias externas que inciden en el entorno. (Programa Internacional de Formación de educadores populares, fe y alegría-Fundación Santa María, 2003)

Para comprender mejor estos procesos, repasemos algunos conceptos básicos, según (Philis 2005):

- **Enculturación:** Es el proceso mediante el cual una cultura establecida enseña a un individuo con la repetición de sus normas y valores aceptados, de tal forma que el individuo pueda convertirse en un miembro aceptado de la sociedad y encuentre su papel apropiado, la enculturación establece un contexto de límites y formas correctas que distan que es apropiado y que no lo es en el marco de la sociedad.
- **Aculturación:** Es el proceso mediante el cual una cultura receptora asimila e incorpora elementos procedentes de otra cultura o de otro grupo con los que habría establecido contacto directo y continuo durante un periodo de tiempo.

- **Transculturación:** Es el proceso de intercambiar formas de ser en la que se percibe que no existe una cultura mejor que la otra, estas se logran complementar de manera voluntaria.

- **Inculturación:** Se da cuando la persona se integra a otras culturas y las acepta**.**

b) Identidad Cultural

La identidad cultural se va construyendo a lo largo de todo el proceso de desarrollo del individuo, e incluso involucra todo el pasado histórico del grupo. Es así como, a partir de una adecuada política cultural, bien orientada, a partir de un atinado diagnóstico de situación, considerando las fortalezas y debilidades, este factor de identidad podría ser organizado de forma favorable (Grimaldo , M. 2006).

La identidad nacional se refiere especialmente a la distinción de características específicas de un grupo. Para esto, muy diferentes criterios se utilizan, con muy diferentes aplicaciones. De esta manera, pequeñas diferencias en la pronunciación o diferentes dialectos pueden ser suficientes para categorizar a alguien como miembro de una nación diferente a la propia. Asimismo, diferentes personas pueden contar con personalidades y creencia distintas o también vivir en lugares geográficamente diferentes y hablar idiomas distintos y aun así verse como miembros de una misma nación. (Sifuentes, L. 2015)

c) Diversidad cultural

En el Perú se puede exhibir el variado resultado cultural de un constante mestizaje gracias a la adaptación de numerosas razas, lenguas y culturas provenientes de las geografías más diversas de la Tierra, ya que por múltiples razones nuestro país ha recibido, durante su historia, a tres principales grupos de migrantes provenientes de África, China y Japón, que han aportado lo suyo a la peruanidad. Los idiomas oficiales son el castellano (que domina el 75% de la población) y el quechua, considerándose también el idioma aymara, de uso muy difundido en el sur

del Altiplano. Además, se debe tener muy en cuenta las más de 55 lenguas amazónicas con las que se comunican igual número de tribus. La lengua es la más clara representación de nuestro mosaico cultural. El Perú es el país de "todas las sangres", aunque la presencia indígena es muy fuerte. Y no sólo en la zona andina, sino también en la Amazonía, con numerosas familias étnicas con un perfil propio (asháninkas, aguarunas, machiguengas y otras). Cada grupo étnico - incluyendo a los negros, blancos y mestizos tiene sus propios mitos y una particular cosmovisión. (Sifuentes, L. 2015)

Es importante mencionar que la Teoría de Leininger no emplea ninguna teoría Sociológica específica que la sustente, aunque si considera algunos conceptos relevantes de ésta disciplina a través de las redes sociales de las familias; es decir a través de los escenarios de las relaciones humanas con sus regularidades, contradicciones y conflictos los cuales configuran patrones de comportamiento colectivo que explican la particularidad de una sociedad determinada, de esta manera se estudia la diversidad social, en este sentido la sociedad está formada por individuos que actúan colectivamente por medio de las costumbres, educación, sexo, edad, ocupación o las creencias en una causa determinada. Es Weber, quien describe como comprender ésta vida colectiva, a través de la acción social, en concreto cuando actuamos socialmente estamos suponiendo una respuesta por parte de otros individuos. (Aguilar, O et al. 2006)

d) Interculturalidad

Es cualquier relación entre personas o grupos sociales de diversa cultura. Por extensión, se puede llamar también interculturales a las actitudes de personas y grupos de una cultura en referencia a elementos de otra cultura. Se hablan también de interculturalidad, en términos más abstractos, al comparar los diversos sistemas culturales, como por ejemplo la cosmovisión indígena y la occidental. Pero este es un uso derivado del anterior, sobre todo desde una perspectiva educativa.

Las relaciones interculturales son negativas si llevan a la destrucción del que es culturalmente distinto o por lo menos su disminución y asimilación, como sucede en nuestras sociedades neocoloniales. Son en cambio, positivas si llevan a aceptar al que es culturalmente distinto y a enriquecerse mutuamente, aprendiendo unos de otros. La simple tolerancia del que es culturalmente distinto, sin un verdadero intercambio enriquecedor, no llega a ser todavía una interculturalidad positiva. (Fernández, G. 2004).

La interculturalidad es la conducta cultural para desenvolverse en contextos de relación de culturas. Es una conducta de las personas o de los grupos humanos en situaciones de multiculturalidad. Se trata de un saber manejarse entre miembros de diferentes culturas con quienes se interactúa. La interculturalidad no implica a priori el "saber manejarse bien o mal", sólo implica saber manejarse, pues una u otra alternativa específica dependerá de la política sobre interculturalidad que asumen las personas o los grupos humanos. Dicha política puede estar explícitamente formulada o, lo que es común, estará implícitamente vigente. En este contexto, el prefijo inter no hace referencia sino a la relación entre dos o más culturas, en que actúa el individuo o el grupo humano (Sifuentes, L.2015)

Es necesario desarrollar un enfoque intercultural en la salud. En este caso no solo debe haber buena relación social y convivencia entre los interlocutores de distinto origen cultural; con frecuencia, tener o no, una buena comunicación y actitudes entre distintos, puede tener serias consecuencias en la futura calidad de vida y hasta en la sobrevivencia misma del enfermo. Las relaciones interculturales positivas son un factor terapéutico fundamental cuando se trata de curar a un paciente. (Fernández, G. 2004)

2.3.6. Diversidad de los cuidados culturales

Es un concepto la variación y/o diferencia que existe en los significados y, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia, dentro de una colectividad o entre grupos humanos distintos,

con el fin de ayudar, apoyar o facilitar mediadas asistenciales dirigidas a las personas. (Marriner, A. 2007)

2.3.7. Universalidad de los cuidados culturales

Es un término referido a los significados, modelos, valores, estilos de vida o símbolos comunes, semejantes o dominantes que se manifiesta en diversas culturas y refleja las formas en que dichas culturas asisten, apoyan, facilitan o permiten medios para ayudar a las personas. (Marriner, A. 2007)

2.3.8. Enfermería

Es una profesión y una disciplina humanista y científica aprendida, que se centra en los fenómenos y actividades de asitencia a los seres humanos, con la finalidad de ayudar, apoyar, facilitar, o capacitar a las personas o las los grupos a mantener o recuperar su bienestar (o salud), de manera beneficiosa y dotada de sentido cultural, o para auxiliar a la hora de afrontar la discapacidad o la muerte. (Marriner, A. 2007)

2.3.9. cuidados (enfermería) coherente culturalmente

Son todos los actos y decisiones de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que se ajustan cognitivamente a los valores culturales, creencias y modos de vida de los individuos, grupos o instituciones con el fin de suministrar o apoyar servicios de bienestar o cuidados sanitarios significativos, provechosos y satisfactorios. (Marriner, A. 2007)

2.4. Características únicas de la teoría

Según Leininger, la teoría de la diversidad y la universalidad del cuidado cultural tienen algunas características distintivas, diferentes de las de otras teorías enfermeras. Es la única teoría que se centra explícitamente en el descubrimiento holístico y global del cuidado cultural y es una teoría que puede utilizarse en culturas occidentales y orientales, dado que incluye múltiples factores holísticos que se encuentran universalmente en las culturas. Es la única teoría centrada en descubrir factores globales que

influyen en el cuidado de los humanos con el punto de vista del mundo, factores de la estructura social, el lenguaje, cuidados genéricos y profesionales, etnohistoria y contexto ambiental. La teoría tiene dimensiones abstractas y prácticas que pueden examinarse sistemáticamente para llegar a resultados de cuidados culturales congruentes. Es la única teoría en enfermería que se centra explícitamente en la cultura y el cuidado de diversas culturas, con tres modalidades prácticas para llegar a decisiones y acciones de cuidados culturalmente congruentes que apoyen el bienestar, la salud y las formas de vida satisfactorias para la persona. La teoría está diseñada para finalmente descubrir el cuidado –que es particular y que es universal en relación con el cuidado y la salud –y tiene un centro de atención comparativo para identificar prácticas de cuidados enfermeros diferentes o contrastadas con constructos de cuidados específicos .La teoría puede generar conocimiento nuevo en enfermería y atención sanitaria para llegar a cuidados culturalmente congruentes, seguros y responsables (Marriner,A. Y Raile, M. 2007)

2.5. Principales supuestos

- La práctica de cuidados es universal y varia de una a otra cultura.
- Los procesos de cuidados son esenciales para el nacimiento, desarrollo, supervivencia y muerte del ser humano.
- La práctica de los cuidados es la esencia de la enfermería.
- Los cuidados tienen dimensiones biofísicas, culturales, psicológicas y ambientales.
- Los actos de enfermería son transculturales y exigen la identificación enfermera-paciente.
- Los estilos, funciones y metas varían con la estructura social y los valores de cada cultura.
- Los auto-cuidados varían de una cultura a otra y de un sistema de asistencia a otro.

- La manifestación de conducta, creencias y prácticas de los cuidados es esencial para el avance del cuerpo de conocimiento de enfermería y de los cuidados.
- La administración de cuidados es una práctica de raíces culturales por tanto requiere un conocimiento de la cultura para su eficaz aplicación.
- No hay curación sin cuidados pero si cuidados sin curación.
- La enfermería es una profesión humanística y científica cuyo fin principal es atender a todos los seres humanos.
- Toda cultura cuenta con prácticas que varían con respecto a otras.
- Los cuidados de enfermería beneficiosos, saludables cubre las necesidades culturales.
- Cuando los cuidados de enfermería no concuerdan con valores, estilos de vida, mostraran conflictos culturales insatisfacción y preocupación éticas o morales. (Gimeno, J et al. 2008)

2.6. Afirmaciones teóricas

- Las experiencias de las expectativas de los pacientes frente a los cuidados de enfermería.

- Hay diferencias en valores y normas de comportamiento cuidantes entre sociedades.

- Los profesionales que trabajan en entornos culturales ajenos pueden suscitar problemas y conflictos culturales a menos que estén dispuestos a admitir y adaptarse a los valores y expectativas locales.
- Cuanto mayor es la dependencia de enfermería de tecnología mayor es el distanciamiento interpersonal y menor la satisfacción del paciente.
- Las intervenciones de enfermería que aplican prácticas específicas de la cultura local producirán más satisfacción en los clientes.
- Las diferencias interculturales en creencias, valores y prácticas de cuidados refleja diferencias en la práctica de los cuidados de enfermería.
- Como más valor al individualismo más prácticas de auto-cuidados.

- Estrecha relación de conducta entre quien suministra cuidados y quien los recibe.
- Diferentes culturas identifican conductas asistenciales y no asistenciales.
- Como más diferencias entre valores asistenciales populares y valores profesionales más conflicto entre profesionales y receptores.
- Las técnicas y prácticas asistenciales difieren entre culturas y producen resultados distintos.
- Como más tecnología más impersonalidad del cuidado.
- Necesidad de conocer el significado y función de los símbolos relacionados con los cuidados.
- Estrecha relación entre valores políticos, religiosos, económicos y culturales y la calidad de los servicios sanitarios que se prestan.

Otros enunciados: Las culturas que la enfermedad es una experiencia corporal, interna y personal hacen usos de métodos más técnicos y de utilización autónoma que las culturas que lo contemplan como experiencia extra personal. Las culturas que dan más importancia a los procesos y conductas asistenciales tienden a asignar más mujeres que a hombres a las tareas asistenciales. Las culturas que dan más importancia a los procesos y tratamientos curativas asignas más hombres que mujeres. Los individuos que necesitan servicio de cuidados buscan personas de su entorno y luego profesionales si su condición empeora. Las actividades etno asistenciales actualizadas que ofrecen beneficios terapéuticos al cliente suelen ser considerados de menor valor por las enfermeras occidentales. La conducta de cuidados de sustento produce menos actividades destinadas a la curación y más al mantenimiento de la salud. (Gimeno, J et al. 2008)

2.7. Aceptación por parte de la comunidad enfermera

2.7.1. Práctica profesional

Leininger identifica varios factores que están relacionados con la lentitud que muestran las enfermeras a la hora de reconocer y valorar la enfermería transcultural y los factores culturales en la práctica y en la formación de la enfermería. En primer lugar, la mayoría de las enfermeras desconocía la naturaleza de la antropología y el modo en que el conocimiento antropológico podía contribuir a los cuidados humanos y a las conductas frente a la salud, o como podía servir como marco para comprender los fenómenos o los problemas de la enfermería. En segundo lugar si bien las personas tenían necesidades culturales inherentes desde hacía mucho tiempo, la mayoría de los pacientes se opusieron a presionar para que el personal sanitario tratase sus necesidades culturales y, por tanto, no pidieron que se tratasen ni reconociesen sus necesidades culturales y sociales. En tercer lugar, hasta hace una década, los artículos sobre enfermería transcultural presentados para su publicación as menudo se rechazaban, ya que los editores no conocían, valoraban ni entendían la relevancia que el conocimiento cultural podía tener para la enfermería transcultural ni lo esencial que podía ser para la enfermería.

2.7.2. Formación

La primera vez que se incluyeron los cuidados culturales y comparativos en el plan de estudios de enfermería fue en el año de 1966 en la Universidad de Colorado, donde Leininger ejercía de profesora en enfermería y antropología. La concienciación de la importancia de los cuidados culturales para la enfermería comenzó progresivamente a finales de la década de 1960, pero muy pocas enfermeras docentes estaban adecuadamente preparadas para impartir clases de enfermería transcultural. Desde que, en 1977, la Universidad de Utah aprobó y aplicó las primeras maestrías y programas de doctorado de enfermería

transcultural, existe un mayor número de enfermeras formadas específicamente en enfermería transcultural.

Desde 1980, ha crecido el número de planes de estudios de enfermería que dan importancia a la enfermería transcultural y a los cuidados humanos. Uno de los primeros programas que se situó en los cuidados se sitúa en la década de 1970 en el Cuesta College, donde elaboraron un programa universitario de enfermería en el que los cuidados eran la materia central de los estudios.

Actualmente todavía existen fondos inadecuados de investigación para estudiar la formación y la práctica de la enfermería transcultural. Aunque la demanda social de enfermeras transculturales es evidente, la preparación formativa resulta poco sólida y limitada para muchas enfermeras de todo el mundo. (Marriner y Raile,2002)

2.7.3. Investigación

Hoy en día, existe un gran número de enfermeras de todo el mundo que utilizan la teoría d los cuidados culturales de Leininger. Esta teoría de enfermería es la única que se centra específicamente en los cuidados culturales y que hace uso de un método de investigación (etnoenfermería).Los fondos con los que se financia la enfermería transcultural son insuficientes y limitados en la mayoría de las sociedades, puesto que se da prioridad a las investigaciones biomédicas y técnicas. En Estados Unidos, pocas escuelas de enfermería reciben subvenciones sean cuantitativas y objetivas (medibles).Las enfermeras transculturales y otras enfermeras que están interesadas en la investigación de la enfermería transcultural continúan investigando, a pesar de que los fondos son escasos o incluso inexistentes. No obstante, estas enfermeras son las primeras en compartir los hallazgos de sus investigaciones en conferencias y programas de formación sobre enfermería transcultural. Han sido claves para abrir las puertas a la enfermería en muchas organizaciones. A pesar de las demandas sociales de la prestación de cuidados de forma

competente, sensata y responsable, las organizaciones nacionales e internacionales comenzaron a apoyar la enfermería transcultural solo a partir de la década de 1990.Gracias a la persistencia en su esfuerzo y a la rigurosa competencia de las enfermeras transculturales especialistas, se ha visto un progreso en la materia. Las enfermeras transculturales han animado a muchas otras enfermeras a investigar y a describir conocimientos totalmente nuevos para la enfermería, estos conocimientos contribuirán a remodelar y transformar la enfermería en el futuro. (Marriner y Raile,2002)

C. DEFINICION CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

1. CUIDADO ENFERMERO

Es el objeto de conocimiento principal de la Enfermería y se esboza como criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud. Abarcan diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente.

2. DIVERSIDAD DE LOS CUIDADOS

Variación que existe en significados ,modelos, valores y modos d vida relacionados con la asistencia dentro de una colectividad o entre grupos humanos distintos ,con el fin de ayudar ,apoyar o facilitar medidas asistenciales dirigidas a las personas.

3. UNIVERSALIDAD DE LOS CUIDADOS

Similitud dominante en los significados, modelos, valores, modos de vida que se manifiestan entre muchas culturas y reflejan los modos de apoyo para apoyar a otras personas.

4. PROFESIONAL DE ENFERMERIA

Son personas que ofrece una amplia gama de servicios de atención en salud y cuidado, que desempeñan funciones en las instituciones de salud como los hospitales.

5. PERSONA MIGRANTE

Es aquella persona que ha cambiado de lugar de residencia, diferente a su lugar de origen.

6. PERCEPCIÓN DE LAS DIMENSIONES CULTURALES

Es el proceso cognoscitivo a través del cual el profesional de enfermería durante la interacción con el paciente migrante; reconoce, identifica y comprende su entorno en términos de respeto, consideración y aceptación a su cultura.

7. CUIDADO COMPETENTE A LA CULTURA

Es el cuidado brindado por el profesional de enfermería, que consiste en combinar y buscar la armonía de múltiples recursos, conocimientos y actitudes; culturalmente sensibles, competentes y congruentes.

8. REORIENTACION DE LOS CUIDADOS CULTURALES

Son un conjunto de acciones que la profesional de enfermería aplica durante el cuidado a la persona enferma; que influye de manera positiva o negativa en el proceso de hospitalización que atraviesa la persona migrante.

D. ALCANCES Y LIMITACIONES

ALCANCES

Los resultados obtenidos en la presente investigación sólo son aplicables a la población de estudio.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

A. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

El presente estudio de investigación utilizó el enfoque cualitativo de tipo fenomenológico ya que está dirigido a explorar, describir y comprender las experiencias de las personas con respecto a un fenómeno. (Hernández y col 2014).

PROCEDIMIENTO DEL DISEÑO

1. Selección de la población de estudio: Profesionales de enfermería del servicio de Medicina.

2. Aplicación del consentimiento informado a los participantes de la investigación, en el cual explica el objetivo de la investigación así como el carácter voluntario de la participación (anexo2)

3. A continuación se realizó una entrevista a profundidad al profesional de enfermería, utilizando una guía temática.

4. Seguidamente se realizó el análisis de los datos según las etapas de la trayectoria fenomenológica de Martins y Bicudo:

a. Análisis general de los discursos (ordenamiento, transcripción y des conceptualización de testimonios)

b. Análisis ideográfico de los discursos.

c. Análisis nomotético que identifica convergencias y divergencias.

5. Elaboración del informe final

B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

El Hospital Regional Honorio Delgado del Ministerio de Salud, se encuentra ubicado en la Av. Daniel Alcides Carrión N° 505 Cercado; atiende a la población no asegurada de la zona urbana, periurbana, semirural y rural del sur del país, de las ciudades de: Arequipa, Moquegua, Tacna, Cusco y Puno. Es el único hospital de referencia de nivel III perteneciente al MINSA, en la zona sur del país. Su estructura tiene forma de "T" y consta de 5 pisos y un sótano.

El servicio de Medicina se encuentra dividido en dos áreas: Medicina mujeres y Medicina varones, ubicados en el segundo piso; cuenta con 75 y 80 camas respectivamente.

El personal de enfermería que labora en estas dos áreas son 26 enfermeras distribuidas en tres sectores.

C. POBLACIÓN Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

POBLACIÓN

La población estuvo conformada por 26 profesionales de enfermería que laboran en el servicio de Medicina del Hospital Regional Honorio Delgado.

MUESTRA

La muestra estuvo constituida por enfermeras elegidas de manera no probabilística por muestreo intencional. La información saturo con 11 personas.

Criterios de inclusión

- Personal profesional de enfermería que labore en el Servicio de Medicina.
- Personal profesional que desee participar de la investigación

Criterios de exclusión

- Personal de enfermería que se encuentre en vacaciones o con permiso.

D. TÉCNICA E INSTRUMENTOS

Se utilizó una entrevista a profundidad como técnica y una guía temática como instrumento de recolección de datos; donde las preguntas norteadoras fueron: ¿Qué opinión tiene de la cultura de las personas a las que cuida? y ¿Cómo aplica la teoría de la diversidad y de la universalidad en el cuidado de enfermería? (Anexo 1).

Entrevista a profundidad:

Permitió obtener información sobre la opinión de las enfermeras a cerca de la cultura, costumbres y creencias de las personas.

Las entrevistas se desarrollaron según la guía temática, seguidas de preguntas espontaneas que surgieron durante la entrevista. Para ello se utilizó una grabadora para captar la integridad de la información, previa aceptación del consentimiento informado de los participantes.

E. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

El análisis de datos cualitativos se caracteriza por ser paulatino y paralelo al muestreo y a la recolección de datos, distinguiéndose del análisis cuantitativo por no seguir reglas ni procedimientos concretos. El análisis considera las reflexiones e impresiones registradas por el investigador en la bitácora de campo durante su inmersión inicial y profunda, además de los datos provenientes de las notas que toma de la observación que hace del ambiente y de la recolección enfocada que realiza a través de entrevistas, documentos y materiales diversos(Hernández R. y cols, 2010).

El análisis se realizó según la trayectoria fenomenológica propuesta por Martins y Bicundo (1992) siguiendo los siguientes momentos:

1. DESCRIPCIÓN

Se constituye de las percepciones de la persona y revela estructuras y experiencias sin enfatizar en el contenido específico. Por ello se transcribieron los discursos y se realizaron varias lecturas para tener una idea general del fenómeno a estudiar.

2. REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA

Este momento tiene como objetivo determinar y seleccionar las partes esenciales de la descripción de las menos relevantes. En este momento se elaboraron las unidades de significancia.

3. COMPRENSIÓN

Es un intento de especificar el significado que es esencial en la descripción y reducción; se transforman las expresiones cotidianas del discurso en expresiones propias que sustentan lo que se está buscando. Debido a la extensión de los discursos, en esta etapa del análisis se reunió todas las unidades de significancia parecidas en los discursos para consolidarlas en una sola idea.

4. ANÁLISIS IDIOGRÁFICO

Este análisis examina todo el discurso considerando las unidades de significado y retorna para la construcción de un nuevo discurso, clarifica los puntos significativos del discurso original. Según este momento se realizó la redacción del análisis ideográfico identificándose una perspectiva única de cada persona.

5. ANÁLISIS NOMOTÉTICO

Es el análisis psicológico que muestra las generalidades del fenómeno encontrado. En esta parte final se elaboró una tabla de convergencias; concluidos los análisis individuales de los discursos, se llegó a una proposición general.

CAPITULO IV

RESULTADOS

A. PRESENTACIÓN ,ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se presenta los resultados del estudio, esto comprende lo siguiente:

- Caracterización de la población según años de servicio y número de capacitaciones sobre enfermería Transcultural(tablas 1 y 2)
- Hallazgos de la entrevista a profundidad referidos a las percepciones y experiencias de las enfermeras.

TABLA N° 1

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN AÑOS DE SERVICIO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. SERVICIO DE MEDICINA – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO

AÑOS DE SERVICIO	N°	%
menor de 1 año	1	9.1
1 a 5 años	5	45.5
6 a10 años	2	18.1
11 a 15 años	1	9.1
16 a 20 años	0	0.0
21 años a mas	2	18.2
TOTAL	11	100

En la tabla se muestra los años que vienen laborando las enfermeras en el servicio de Medicina, los datos evidencian que de un total de 11 profesionales de enfermería entrevistadas el mayor número de ellas (el 45.5%) labora de 1 a 5 años, mientras que son dos las enfermeras que laboran de 6 a 10 años en el servicio .Sólo dos de las profesionales tienen más de 21 años de trabajo.

TABLA N° 2

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN CAPACITACIONES RECIBIDAS SOBRE ENFERMERÍA TRANSCULTURAL.SERVICIO DE MEDICINA – HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO

CAPACITACIONES RECIBIDAS	N°	%
SI	2	18.2
NO	9	81.8
TOTAL	11	100

La tabla muestra que de un total de 11 profesionales de enfermería, el 81.8% manifiesta nunca haber recibido capacitación alguna sobre enfermería transcultural o algún tema similar y sólo un 18.1% han recibido algún tipo de capacitación, pero fuera del hospital según la información recibida.

1. TRAYECTORIA FENOMENOLOGICA

1.1. ANÁLISIS IDEOGRAFICO

Presentamos el análisis del discurso VII como ejemplo de la trayectoria fenomenológica desarrollada en los 11 discursos, el resto de análisis ideográficos se puede encontrar en el Anexo 3.

DISCURSO VII: 4 años en el servicio, ninguna capacitación recibida sobre Enfermería transcultural.

1) Que hay que respetarlas porque ellas tienen sus creencias, es su formación porque ellas desde que se han formado los han criado así.

(2)Sólo que hay que hacerles entender de que a lo mejor eso…sus creencias…no es para la enfermedad que en ese momento la tienen, es muy posible que sean para unas…y para enfermedades que son…unas rasmilladuras ¿no?... O cosas así sencillas

(3)Pero cuando ellos ya vienen acá, a este hospital, que es de tercer nivel, ya vienen con enfermedades más severas, que la medicina tradicional no les va a curar, eso hay que hacerles entender a ellos, tal vez en centros de salud, en atención de primer grado, podría hacerles efecto pero cuando ya vienen acá, a este hospital, ya no les hace efecto ese tipo de tratamientos.

(4)Ninguna…ninguna…yo no he tenido ningún problema con estos pacientes, ellos aceptan…ellos cuando…confían en su médico y también en nosotras porque ellos no ponen ninguna objeción.

(5)Yo nunca he visto paciente que me hayan dicho…no quiero que me coloque la medicación o no me van a poner porque me voy a poner esto…no…yo nunca he visto esto, ellos aceptan el tratamiento, lo aceptan y…tranquilamente…Mira acá nunca me ha pasado, a mí nunca me ha pasado acá ,a pesar que hay pacientes con leucemia o no habremos tenido la suerte de que acá haya ningún paciente así y no… yo no he visto ningún paciente que se haya negado.

(6)pero si cuando yo he hecho mi especialidad de oncología en el seguro si…yo vi la oportunidad de que una señora era testigo de Jehová y estaba con una hemoglobina bastante baja, tenía que ponerle sangre y la mamá se oponía el esposo… como que… estaba en una disyuntiva ¿no?...el esposo como que lo pensaba, pero la mamá era tan tajante …tan así… ,tan cerrada, por más que le decían de todas las formas…al final la paciente falleció…se murió y firmaba la madre, firmo de que no…y a pesar del que tenía la potestad de haber hecho eso era el papá, el esposo… pero la suegra… le decía al esposo…al final no le colocaron la sangre y falleció… una persona bastante joven de treinta y tantos años…yo he visto eso cuando yo he hecho mis practicas porque yo soy enfermera oncóloga pero en Essalud, acá no…

(7)Como te digo, acá la gente a lo mejor por su…no he visto ningún paciente que se haya dicho no me pongan ,la gente que viene acá, como te digo como este es un hospital grande ,de tercer nivel, como que tiene confianza en lo que les vamos a hacer, nunca… yo nunca he visto que se opongan o que digan no quiero, no puedo, no me den o prefiero que me pongan esto… no… no… cuando ya vienen acá ya…dicen… háganme lo que tienen que hacerme…

(8)Yo sí…si vienen grupos, mira vienen de todo tipo de grupos, acá de creencias, yo he visto los católicos, he visto los cristianos que vienen, he visto los evangélicos… sí…hay mucha gente que vienen a orar por ellos, les imponen las manos…sí vienen… claro que vienen y los aceptamos nunca les decimos que no.

(9)Yo pienso que el cuerpo, el ser humano es integral, necesita todo, necesita espiritualidad, necesita alimentarse entonces es un contexto de todo no solamente es medicina…medicina… medicina ¿ no?, entonces nosotros por eso les permitimos.

(10)Y nosotras también como enfermeras, como humanos , podemos darles eh una… ¿cómo se dice?…decir…sabes que, no te preocupes Dios

te acompaña…Dios… Dios te va a ayudar ¡confía! ¿No?, entonces nosotras también como humanas que somos, como las enfermeras, también los apoyamos en esa parte espiritual que es una parte de todo ser humano.

(11)Bueno yo… la idea que tengo como le decía a mi colega es…es… nosotros acoplarnos a la cultura de esa persona…acoplarnos… digamos … digamos si esa paciente xxx nos dice ¿no?... sabe que yo…es lo que yo he podido observar ¿no?…

(12)Ella puede tener la creencia de que la sangre de grado le va a sanar una celulitis, entonces que le vas a decir ¿tu?...no… no te va ayudar… no te preocupes…cuando ya esté cicatrizada, cuando ya le veas la costrita, le vamos a poner la sangre de grado… ellos creen tan ciegamente en ti que… ya señorita te dicen…

(13)Entonces nosotros tenemos que acoplar indicarles ¿no? , darles el conocimiento ¿no?... decirles sí… Sí es buena la sangre de grado… pero ahora no…ahora no… no… a lo mejor ahora no… te vamos a hacer otro tratamiento y cuando ya esté con la costrita con la cicatricita, ya te vas echar tu sangre de grado.

(14)Entonces nuestra función de nosotros es educar…educarlos… porque como que su cultura volvernos para nuestro lado y agregarlas… tú lo has dicho transcultural, juntas, lo nuestro y lo de ellos.

(15)Así es, entonces transcultural no es tajante …mira lo tuyo no sirve y lo mío si sirve… no… no es así porque todos somos conscientes y estamos conscientes de que las cosas que ellos tienen también son buenas.

(16)Somos conscientes de lo que ellos tienen, por ejemplo, que se alivien con cosas naturales que no les hacen daño a su estómago, porque nosotros, lo que les ponemos les hace daño…les hace dar gastritis, a los viejitos les puede dar una hemorragia digestiva… tantas cosas ¿no cierto?…

(17)Pero también hay etapas, hay momentos en que se coloca cada cosa y si nosotros sabemos, tenemos el conocimiento en nuestras manos por qué no educar, por qué no hacer entender a ese paciente… en qué momento… se va a poner lo que ella quiere.

(18)Así es… claro yo te puedo decir mira yo he hecho mi Serum en Sandia, en Puno, en la selva y ahí he conocido de muchos remedios, también yo igualito he estado en la selva hace poco… tú caminabas por la selva y te decía… el que te dirigía y te decía… levantaba una hoja…y te decía…la partía en dos y te decía mire…para su herida, ¿tiene herida?...esto es yodo… Y de verdad, tú le apretabas la hoja y tenía yodo… el mismo yodo oscuro… después agarraba y recogía otra hoja y te decía…esto es para la diabetes, lo chanca y es pasta de dientes… entonces realmente…ellos tienen cosas buenas, que también nosotros tenemos que aprenderlas.

(19)Pero transcultural te quiero aclarar una cosa, tú me decías que vienen a rezar, no tiene que ver la transculturalidad con eso… porque eso… el gringo, el negro, el cholo necesita… su mundo interior, su espiritualidad… un Dios.

(20)Es integral, exacto, yo escuchaba justamente hace poco, estaba escuchando radio San Martin, yo me movilizo en el carro… y escuchaba en radio San Martin que estaban convocando… le decían…hay un señor ¿no? y decían vamos a entrevistar al psicólogo que ha llegado del Uruguay… no sé de qué país había llegado… que va a dar una jornada decía ¿no? …así perfecto, haber…entonces el psicólogo se presenta y decía yo no soy psicólogo, yo soy antropólogo, filósofo…y no sé qué…y voy a dar una charla, ¿cómo se llama la charla que usted va a dar? ,voy a dar en el paraninfo en el colegio La Salle, por esta vez va a ser gratuita pero la próxima vez que llegue va a ser un óvolo… yo escuchaba en mi carro y decía es…y comenzó, ¿y sobre que es el tema? le decía ¿no? el que le entrevistaba y decía es sanar mediante el alma… entonces yo de verdad estaba interesadísima de ir a esa ponencia porque mira, no era un cura, no era un pastor nada de nada y comenzó a hablar y decir ¿no?, de que

perdonando, él decía… yo he hecho pruebas, exámenes, he hecho un estudio que yo lo tengo… decía el señor este… de que la gente ,de que perdonando, limpiando su corazón y su alma, se puede liberar de muchas enfermedades y decía así… el cáncer va de la mano del rencor del corazón …yo me quede ¿Qué cosa ?...de verdad, yo me quede pensando ¿cómo voy?, quisiera ir porque científicamente demostrarlo que a lo mejor tu corazón lo puede saber, lo puede conocer ,lo científico… yo, él decía yo científicamente lo puedo demostrar ,yo voy a dar mi charla en el Paraninfo…Y en eso momento no sé qué paso, se cortó, estaba pendiente que iba a escuchar y se me fue, después dije voy a llamar a San Martin para preguntar ¿Dónde? , ya se pasó las inscripciones…yo también tengo tantas cosas que hacer chicas: el trabajo, eso de ser ama de casa, eso de tener a tus papás viejitos es un cuento de tu vida, entonces ya se me fue, se me pasó, pero si chicas… es muy importante el perdonar, el sanar tu alma para que vayas en contra del infame, la parte espiritual.

(21)La palabra Enfermería es la palabra humana… humana… enfermería es humanidad… humanidad… esos cholitos… cochinitos o así, son humanos, son tus hermanos.

(22)En particular …¿qué te podría contar?, tantas cosas que hay acá, que te juro que si te quedas, todo… no te termino de contar, ¡ay… eso es lo peor! para nosotras te comento, es con lo que más lidiamos…el idioma… porque por ejemplo hay viejitas que las abandonan ,digamos viejitas de sesenta, setenta años de verdad que las abandonan, no sé si estará ahorita para que la vean… hay una paciente de la 29B, que es un diagnóstico de TBC me parece pleural que esta bueno, no sé cómo estará ahora porque no he regresado al fondo, yo he llegado de frente a adelante, no sé cómo estará… una viejita de la 29B y habla puro… puro… quechua… puro… puro… quechua… entonces cuando tú tienes que referirte, a veces te dice… le quieres colocar la vía te dice… mmm mmm… mmm… así te mueve. A la alumnita le mando colócale la vía le digo… ahora dame tu mano le dice… y así, guarda pué su mano… entonces me mira a veces a

mí… pero tú me dice…no ella ,tú me dice… ya yo… ven para acá ven, entonces le coloco la vía ,entonces tengo que llamar a alguien, tengo que buscar de cama en cama ¿hablas quechua?¿ hablas quechua? ,así tengo que estar de cama en cama para que venga… dile a la abuelita de que… que no se la saque, le va a doler y ¿Por qué?...porque le van a poner un catéter acá(la enfermera se señala el cuello) .Porque acá, cuando ya están mucho tiempo las abuelitas ya no les encontramos las vías ¡se acaban las vías! entonces lo primero que hacen… colocan un catéter acá y eso le va a doler, explícale… dile… háblale… y le explican, entonces por eso te digo uno de los mayores problemas que tenemos es ese problema, no podernos comunicar… con ese tipo de pacientes…

(23)Y sobre todo porque lamentablemente hay muchas abuelitas que vienen y las abandonan acá, les abandonan ¿y sabes qué? agarran …si hay una emergencia… todavía te ponen ahí en su estito un papelito… si es que hay una emergencia llamar a este teléfono.. y ahí ponen en el velador el teléfono, yo no te digo de una, yo no te digo de dos ,yo te digo de varias abuelitas … de varias abuelitas… que están así solitas… solitas… son muchas abuelitas y como te digo nuestro mayor problema son las abuelitas que hablan quechua… porque no sabemos…

(24) Y como te digo lamentablemente este hospital nosotros trabajamos una enfermera para treinta y dos pacientes, en la tarde y en la noche.

(25)Entonces nosotros de verdad creo que todas mis colegas si pudiéramos… daríamos la atención de enfermería que debe darse la humanizada… Y hay que decir ¿Cómo estás? ¿Cómo te sientes?... no te preocupes… no…

(26)Lamentablemente por nuestra carga laboral no podemos hacerlo porque nosotros ahorita en la tarde tenemos la suerte de que estamos tres enfermeras bbb, yo y ccc por eso estamos acá sentadas, dándoles la entrevista, porque creo que en otro momento… estaríamos las dos desesperadas por ir a avanzar para terminar… temprano.

(27)Nosotros nos vamos de acá nuestra hora de salida es 7 de la noche… pero nosotros marcamos 8 u 8:30 …después… y ahí esta nuestro marcador… pero nadie nos reconoce, bueno, esa hora ni económicamente ni en tiempo ni en nada ,entonces acá la situación es bastante poco difícil…difícil por esas razones, por ejemplo ¿no?...

(28)Nosotros deberíamos trabajar con 15 pacientes a lo máximo y lamentablemente no es así… no es así…entonces eso es nuestro mayor problema.

ANALISIS FENOMENOLOGICO DEL DISCURSO VII

UNIDAD DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
(1)Que hay que respetarlas porque ellas tienen sus creencias, es su formación porque ellas desde que se han formado los han criado así.	(1) Respeto por las creencias que tienen desde el nacimiento.
(2)Sólo que hay que hacerles entender de que a lo mejor eso…sus creencias…no es para la enfermedad que en ese momento la tienen.	(2) Explicación sobre la enfermedad y su gravedad, sus creencias ayudan pero para otro momento en cosas sencillas.
(3)Pero cuando ellos ya vienen acá, a este hospital, que es de tercer nivel, ya vienen con enfermedades más severas, que la medicina tradicional no les va a curar.	(3)Presentan enfermedades severas que la medicina tradicional no cura.
(4)Ninguna…ninguna…yo no he tenido ningún problema con estos pacientes, ellos aceptan…ellos cuando…confían en su médico y también en nosotras porque ellos no ponen ninguna objeción.	(4)No hay problemas, aceptan y confían en su médico y nosotros.

(5)Yo nunca he visto paciente que me hayan dicho…no quiero que me coloque la medicación o no me van a poner porque me voy a poner esto…no…yo nunca he visto esto, ellos aceptan el tratamiento, lo aceptan y…tranquilamente…	(5)Aceptan los tratamientos sin objeción.
(6) yo vi la oportunidad de que una señora era testigo de Jehová y estaba con una hemoglobina bastante baja, tenía que ponerle sangre y la mamá se oponía …al final no le colocaron la sangre y falleció…yo he visto eso cuando yo he hecho mis practicas porque yo soy enfermera oncóloga pero en Essalud, acá no…	(6)Tuvo la experiencia de ver morir a una persona testigo de Jehová, por falta de transfusión de sangre, su mamá se oponía.
(7) no he visto ningún paciente que se haya dicho no me pongan ,la gente que viene acá, como te digo como este es un hospital grande ,de tercer nivel, como que tiene confianza en lo que les vamos a hacer, nunca…	(7)La gente tiene confianza en lo que se les hace.
(8)Yo sí…si vienen grupos, mira vienen de todo tipo de grupos, acá de creencias, yo he visto los católicos, he visto los cristianos que vienen, he visto los evangélicos… sí…hay mucha gente que vienen a orar por ellos, les imponen las manos…sí vienen… claro que vienen y los aceptamos nunca les decimos que no.	(8) Vienen todo tipo de grupos, de creencias, hay gente que viene a orar y los aceptamos.

(9)Yo pienso que el cuerpo, el ser humano es integral, necesita todo, necesita espiritualidad, necesita alimentarse entonces es un contexto de todo no solamente es medicina…	(9)Piensa que el ser humano es integral, no solo es medicina.
(10) también como enfermeras, como humanos , podemos darles eh una… ¿cómo se dice?…decir…sabes que, no te preocupes Dios te acompaña.	(10)Las enfermeras apoyan la parte espiritual de todo ser humano.
(11) nosotros acoplarnos a la cultura de esa persona…	(11)Los enfermeros se acoplan a la cultura de esa persona.
(12)Ella puede tener la creencia de que la sangre de grado le va a sanar una celulitis,cuando ya le veas la costrita, le vamos a poner la sangre de grado… ellos creen tan ciegamente en ti que… ya señorita te dicen…	(12)Creen en su curación con sus productos, aceptan la explicación del momento de uso.
(13)Entonces nosotros tenemos que acoplar indicarles ¿no? , darles el conocimiento ¿no?... decirles sí… Sí es buena la sangre de grado… pero ahora no…ahora no… no… a lo mejor ahora no	(13)Explica el momento del uso de sus productos.
(14) nuestra función de nosotros es educar … tú lo has dicho transcultural, juntas, lo nuestro y lo de ellos.	(14)La función es educar, uso de su cultura. Transcultural: unir lo nuestro y lo de ellos.
(15) entonces transcultural no es tajante …mira lo tuyo no sirve y lo mío si sirve…	(15)Transcultural, aceptar sus creencias.
(16)que se alivien con cosas naturales que no les hacen daño a su	

estómago, porque nosotros, lo que les ponemos les hace daño…les hace dar gastritis	(16)El uso de medicina natural no produce daño a su estómago. La medicina les hace daño(gastritis, hemorragia digestiva)
(17)hay momentos en que se coloca cada cosa y si nosotros sabemos, tenemos el conocimiento en nuestras manos por qué no educar.	(17)Hay etapas en que se coloca cada cosa, si nosotros tenemos el conocimiento, debemos educar.
(18) yo he hecho mi Serum en Sandia, en Puno, en la selva y ahí he conocido de muchos remedios…entonces realmente…ellos tienen cosas buenas, que también nosotros tenemos que aprenderlas.	(18)Usan cosas buenas que se tiene que aprender.
(19)Pero transcultural te quiero aclarar una cosa, tú me decías que vienen a rezar, no tiene que ver la transculturalidad con eso… porque eso… el gringo, el negro, el cholo necesita… su mundo interior, su espiritualidad… un Dios.	(19)La Transculturalidad no es religion. Lo espiritual (un Dios) todos necesitan.
(20) es muy importante el perdonar, el sanar tu alma para que vayas en contra del infame, la parte espiritual.	
(21)La palabra Enfermería es la palabra humana…son humanos, son tus hermanos.	(20)Es importante el perdón, sanar el alma, la parte espiritual.
(22)¡ay… eso es lo peor! para nosotras te comento, es con lo que más lidiamos…el idioma… tengo que llamar a alguien, tengo que buscar de cama en cama ¿hablas quechua?¿ hablas quechua? ,así tengo que estar	(21)Enfermería es humanidad. Son nuestros hermanos.

de cama en cama para que venga…, entonces por eso te digo uno de los mayores problemas que tenemos es ese problema, no podernos comunicar… con ese tipo de pacientes…	(22)Idioma como barrera, es un problema la falta de comunicación.
(23) hay muchas abuelitas que vienen y las abandonan acá, les abandonan y como te digo nuestro mayor problema son las abuelitas que hablan quechua… porque no sabemos…	(23)Hay personas de tercera edad abandonadas y que hablan quechua.
(24)nosotros trabajamos una enfermera para treinta y dos pacientes, en la tarde y en la noche.	(24)Hay sobrecarga laboral
(25)si pudiéramos… daríamos la atención de enfermería que debe darse la humanizada…	(25)Por sobrecarga no hay atención de enfermería humanizada.
(26)Lamentablemente por nuestra carga laboral no podemos hacerlo porque nosotros ahorita en la tarde tenemos la suerte de que estamos tres enfermeras.	(26)La carga laboral impide hacerlo.
(27) pero nosotros marcamos 8 u 8:30 …después… y ahí esta nuestro marcador… pero nadie nos reconoce, bueno, esa hora ni económicamente ni en tiempo ni en nada ,entonces acá la situación es bastante poco difícil…	(27)No se reconoce su trabajo.
(28)Nosotros deberíamos trabajar con 15 pacientes a lo máximo y lamentablemente no es así… no es	(28)La sobrecarga laboral es nuestro problema

así…entonces eso es nuestro mayor problema.	

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO VII

CONVERGENCIA DEL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
Respeto y aceptación de la cultura A. Respeto por las creencias que tienen desde el nacimiento. (1) Vienen todo tipo de grupos, de creencias, hay gente que viene a orar y los aceptamos. (8)	**Respeto y aceptación de la cultura** A. Las personas migrantes tienen conocimientos que se debe respetar, aceptar y aprender.
Estrategias para brindar cuidado de enfermería B. Explicación sobre la enfermedad y su gravedad, sus creencias ayudan pero para otro momento en cosas sencillas. (2) Explica el momento del uso de sus productos. (13) Hay etapas en que se coloca cada cosa, si nosotros tenemos el conocimiento, debemos educar. (17)	**Estrategias para brindar cuidado de enfermería** B. La comunicación es importante, para compartir conocimientos e informar que la medicina natural es buena pero no en enfermedades complejas.
Importancia del tratamiento médico sobre la medicina tradicional B. Presentan enfermedades severas que la medicina tradicional no cura. (3)	**Importancia del tratamiento médico sobre la medicina tradicional** C. La complejidad de la enfermedad impide el uso de la medicina tradicional.
Las dimensiones culturales como dificultad D. No hay problemas, aceptan y confían en su médico y nosotros. (4) Aceptan los tratamientos sin objeción.	**Las dimensiones culturales como dificultad** D. Hay confianza en el personal de salud y aceptan las intervenciones.

(5) La gente tiene confianza en lo que se les hace. (7) Creen en su curación con sus productos, aceptan la explicación del momento de uso(12)	
Conceptualización sobre enfermería transcultural E. Piensa que el ser humano es integral, no solo es medicina. (9) Las enfermeras apoyan la parte espiritual de todo ser humano. (10) Los enfermeros se acoplan a la cultura de esa persona. (11) La función es educar, uso de su cultura. Transcultural: unir lo nuestro y lo de ellos. (14) Transcultural, aceptar sus creencias.(15) La Transculturalidad no es religion. Lo espiritual (un Dios) todos necesitan. (19)Es importante el perdón, sanar el alma, la parte espiritual.(20) Enfermería es humanidad. Son nuestros hermanos. (21)	**Conceptualización sobre enfermería transcultural** E. El ser humano es integral, hay énfasis al área espiritual. Define Enfermería como humanismo y amor al prójimo. Enfermería transcultural es aceptar el conocimiento de la gente, su cultura, pero no tiene que ver nada con lo espiritual.
Interés por el cuidado cultural F. El uso de medicina natural no produce daño a su estómago. La medicina les hace daño(gastritis, hemorragia digestiva) (16) Usan cosas buenas que se tiene que aprender. (18)	**Interés por el cuidado cultural** F.Tiene aspectos positivos la medicina tradicional que el profesional de enfermería tendría que aprender.
Problemática de la enfermera para el cuidado sensible	**Problemática de la enfermera para el cuidado sensible**

G. Hay sobrecarga laboral (24) Por sobrecarga no hay atención de enfermería humanizada. (25) La carga laboral impide hacerlo. (26) No se reconoce su trabajo. (27).La sobrecarga laboral es nuestro problema(28)	G. La sobrecarga laboral impide dar una atención humanizada , tampoco hay reconocimiento al esfuerzo.

ANALISIS IDIOGRÁFICO DEL DISCURSO VII

La profesional de enfermería considera que las creencias y las costumbres de las personas migrantes se deben respetar, aceptar y aprender. Manifiesta no haber tenido dificultades a raíz de las creencias de los pacientes en el cuidado, aunque las creencias religiosas son las más arraigadas y difíciles de lidiar.

Para la enfermera la mayor dificultad en el cuidado es la utilización y dominio de la lengua quechua, la comunicación con la persona la realiza mediante gestos o se busca traductores.

Considera que la educación sanitaria es importante, que la medicina natural es buena pero no en enfermedades complejas.

Percibe al ser humano de manera integral, dando énfasis al área espiritual; definiendo a la enfermería como humanidad y enfermería transcultural como adecuarse a su cultura y utilizarla como parte del cuidado. Reconoce que la sobrecarga laboral y el número de pacientes impide dar una atención de enfermería humanizada.

1.2. CONSTRUCCIÓN DE LAS CATEGORÍAS (Análisis nomotético)

CATEGORÍA DE ANÁLISIS I: PERCEPCIÓN DE LAS DIMENSIONES CULTURALES

La categoría **Percepción de las dimensiones culturales**, está formada por las siguientes sub categorías representadas en el cuadro de análisis nomotético.

- **Respeto y aceptación de la cultura**
- **Escasa consideración de otras culturas**
- **Importancia del tratamiento médico sobre la medicina tradicional**

CONSTRUCTO TEÓRICO

En la teoría de Leininger las dimensiones culturales y de la estructura social, hacen referencia a los modelos y características dinámicas, holísticas e interrelacionadas de los factores de estructura y organización de una cultura (o subcultura) determinada, donde se incluyen la religión (o espiritualidad) ,parentesco (sociedad), características políticas (ley), economía, educación, tecnología, valores culturales, filosofía, historia y lengua.

Esta categoría engloba todo lo referente a la percepción que tiene el personal de enfermería sobre la cultura considerando sus costumbres, creencias, normas, valores, símbolos, prácticas, modos de vida, entre otros.

- **Respeto y aceptación de la cultura**

La Teoría del Cuidado humano de Jean Watson, menciona que las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y en la enfermedad de los individuos. Los conceptos relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de las personas.

Este reconocimiento de ambos entornos incluye también el respeto por la cultura del otro, expresa la parte espiritual y lo sociocultural de la persona como aspectos relevantes en el cuidado de la persona.

Por otro lado Leininger habla sobre la conservación o mantenimiento de los cuidados culturales, es decir sus tradiciones, estilos de vida, concepción de enfermedad o daño y menciona que son las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayudan a las personas de una cultura determinada a recuperar o conservar valores de los cuidados significativos para su bienestar y poder así recuperarse de las enfermedades o a saber afrontar impedimentos físicos o mentales, o a la misma muerte.

Testimonios vivenciales

"*Hay que respetar las costumbres porque el ser humano es único e integral. No interfiere para nada con el cuidado que brindo, y se les da un trato por igual a todos" (DI-US 5,9)*

"Siempre hay que tenerles respeto y escucharlas. Son sus creencias si va a favorecer psicológicamente y mejorar su salud se debe respetar."(DII-US 1, 2)

"Cada quien tiene sus creencias y costumbres."(DIII-US 1)

"Hay que respetarlas según sus creencias. Nos queda respetarlas." (DV-US 1,3)

"Hay diversidad de costumbres y creencias."(DVI-US 1)

"Hay que respetar sus creencias se han formado y criado así. Vienen todo tipo de grupos, de creencias, hay gente que viene a orar y los aceptamos."(DVII-US 1,8)

"Son creencias de ellos y no se puede ir contra eso. Aceptamos sus creencias, mientras no afecte el tratamiento médico."(DVIII-US 6,7)

“Las costumbres y creencias de las personas las respeto completamente. Si no va a afectar su salud les digo que lo hagan.” (DXI-US 2, 3)

- **Escasa consideración de otras culturas**

Leininger en sus escritos habla de los cuidados enfermeros coherentes con la cultura y sus beneficios los que se dan cuando la enfermera tiene conocimiento de la cultura de los otros y hace un uso adecuado y coherente de los valores, expresiones y modelos. Puede interpretarse entonces que el respeto y consideración hacia una cultura se origina con el conocimiento y saber previo del origen y el interés que se tiene por conocer también el entorno del ser cuidado, no se daría este cuidado sino se reconoce que la otra persona que esta enferma tiene otra concepción de daño o enfermedad.

En ese sentido, si las enfermeras no reconocen los aspectos de los cuidados culturales reflejados en las necesidades humanas, entonces el cuidado no es beneficioso y eficaz, e incluso se observaría descontento de las personas enfermas por el cuidado brindado, lo que limita la recuperación de la salud y el bienestar. (Marriner y Raile, 2011)

Testimonios vivenciales

“Hay pacientes que tienen creencias en sus hierbas, en la medicina natural, pero están totalmente equivocadas.”(DIII-US 2)

“Las costumbres y creencias son un poco equivocadas.”(DVIII-US 1)

“Si para los médicos del hospital no hace falta esos cuidados que ellos mismos se dan, entonces me parece que está de más.”(DX-US 12)

“Yo me he formado en la universidad respetando eso. La generación de nuevas enfermeras no respeta las creencias y costumbres y está imponiendo.”(DXI-US 13)

- **Importancia del tratamiento médico sobre la medicina tradicional**

Leininger define que la enfermería tiende a ser etnocentrica, es decir sigue un solo enfoque considerándolo superior a otro y se dedica excesivamente a seguir los intereses y las directrices de la medicina. Indica también que el cuidado genérico y profesional en diferentes contextos del entorno puede influir en los resultados de la salud y la enfermedad. Por lo tanto, es fundamental concebir un saber científico y humanístico para que se proporcione cuidados de enfermería considerando la cultura de las personas, y no una imposición sin adaptación de los cuidados culturales.

Testimonios vivenciales

"Siempre inculcarle lo principal, el médico, lo que indica. No se va a guiar por sus creencias. En caso de hierbas son más accesibles, pero muy importante que sigas el tratamiento médico."(DII-US 3,7)

"Las hierbas te ayudan pero no es como la medicina terapéutica." (DIII-US 3)

"Vienen con enfermedades severas que la medicina tradicional no va a curar."(DVII-US 3)

CATEGORIA DE ANALISIS II: CUIDADO COMPETENTE CON LA CULTURA

La categoría **Cuidado competente con la cultura**, está formada por las siguientes sub categorías representadas en el cuadro de análisis nomotético.

- **Conceptualización sobre enfermería transcultural.**
- **Interés por el cuidado cultural.**
- **Las dimensiones culturales como dificultad.**

CONSTRUCTO TEÓRICO

Los cuidados enfermeros congruentes con la cultura, en la definición de Leininger hacen referencia al uso explícito de cuidados y de conocimiento sanitario basado en la cultura de forma sensible, creativa y significativa que se adapte a formas de vida y necesidades generales de individuos o grupos para el bienestar y la salud beneficiosa y satisfactoria o para afrontar la enfermedad, las discapacidades o la muerte. Indica que son actos de prestación de ayuda, apoyo, facilitación o capacitación sintetizados y culturalmente constituidos hacia uno mismo y hacia los demás, centrados en necesidades evidentes o anticipadas para la salud o el bienestar del cliente o para afrontar discapacidades, la muerte u otras condiciones humanas. Tiene como objetivo mejorar y proporcionar cuidados culturalmente congruentes a las personas de forma que le sean beneficiosos, se adapten a ellos y sean útiles a las formas de vida saludables del cliente, la familia o el grupo cultural.(Marriner y Raile, 2011)

La competencia cultural se define como la integración compleja de conocimiento, actitudes y habilidades que aumenta la comunicación entre culturas diferentes y las interacciones apropiadas/efectivas con los otros. De tal definición, se podría decir que para propiciar Cuidados de Enfermería de calidad, el profesional debe tener conocimiento, sensibilidad y disposición para colaborar en ello. El compromiso social que tiene la enfermera para cuidar a la persona, la familia y la comunidad.Requiere que, además del conocimiento de la técnica, de los aspectos instrumentales del cuidado y de la comprensión intelectual, exista el conocimiento de esa otra persona, a través de una relación holista. La actual dinámica social, hace que el cuidado de Enfermería se convierta en un desafío permanente, pues debe considerar los valores, creencias y prácticas de individuos que tiene bajo su cuidado, así como manifestar el respeto por la diferencia cuando ofrece dicho cuidado.(Ibarra y Siles,2006)

- **Conceptualización sobre enfermería transcultural**

La Enfermería Transcultural hace referencia a un área formal de conocimientos y de prácticas humanísticas y científicas centradas en fenómenos y competencias del cuidado (prestación de cuidados) cultural holístico para ayudar a individuos o grupos a mantener o recuperar su salud (o bienestar) y para afrontar discapacidades, la muerte u otras condiciones humanas, de forma culturalmente coherente y beneficiosa. Va más allá del conocimiento y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables. Es una disciplina y una profesión de los cuidados, humanística y científica cuyo principal objetivo es servir a los individuos, grupos, comunidades, sociedades e instituciones (Marriner y Raile, 2011).

Leininger define a la Enfermería Transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta.

Testimonios vivenciales

"Actuar sobre sus creencias no solamente atenderlos y tratarlos bien, de acuerdo a su salud. Es el cuidado que se les da a las personas que no son de nuestra cultura y poder adecuarnos a su modo de vivir para poder llegar a ellos."(DI-US 6,7)

"Es el cuidado que el ser humano lo lleva según la cultura y costumbres."(DII-US 9)

"Tengo una idea, cuidado humanizado."(DIII-US 12)

"Enfermería Transcultural es amplia, no tiene barreras está ligada a seguir aprendiendo."(DIV-US 8)

"No sé qué es transcultural. Supongo es según las creencias."(DV-US 5,6)

“Enfermería transcultural será tener en cuenta el ámbito del paciente para integrarlo a nuestro cuidado, saber de dónde proceden, su realidad y nosotros brindarles ese ambiente y contribuir con su mejor recuperación.”(DVI-US 10)

“Yo pienso que el ser humano es integral, es un contexto de todo no solo es medicina. Como enfermeras y humanos también, apoyamos la parte espiritual que es de todo ser humano. Es muy importante el perdonar, el sanar tu alma, la parte espiritual. La palabra enfermería es humanidad. Son nuestros hermanos. Nosotros acoplarnos a la cultura de esa persona. Nuestra función es educar, volver su cultura de nuestro lado. Transcultural: juntar lo nuestro y lo de ellos. Transcultural no es tajante, lo mío sirve y lo tuyo no. Las cosas que ellos tienen también son buenas. La Transculturalidad no tiene nada que ver con rezar. Lo espiritual (un Dios) todos necesitan.”(DVII-US 9, 10,20, 21, 11, 14, 15, 19)

“La enfermería transcultural es la atención de todos los pacientes de diferentes culturas, hay que entender y comprender sus costumbres. Es la primera vez que escucho el término.”(DVIII-US 10,11)

“Enfermería transcultural es una ciencia, que toma en cuenta las costumbres y creencias de las personas y los acopla con nuestros cuidados.”(DIX-US 11)

“Nunca he escuchado sobre la enfermería transcultural, pero me parece que es un área muy importante en la enfermería.”(DX-US 13)

“La interculturalidad es respetar hábitos y costumbres y adecuarlos a nuestra realidad. Un buen trato y respeto de sus costumbres y creencias hace feliz al paciente.”(DXI-US 7,14)

- **Interés por el cuidado cultural**

Según las propias palabras de Leininger, como primer problema observa que la enfermería ha reaccionado muy lentamente en la realización de progresos importantes para la creación de su propio cuerpo de

conocimientos, puesto que muchas enfermeras dedicadas a la investigación han dependido demasiado de los métodos cuantitativos de investigación para obtener resultados medibles, en vez de obtener resultados con datos cualitativos (que son los que más enriquecen al campo de la enfermería).

Por otro lado en contraposición a esta situación, desde los orígenes de esta teoría (año 1950), cada vez son más enfermeras en el mundo que quieren hacer uso de los conocimientos, investigación y la práctica de la enfermería transcultural. Existen muchos trabajos de investigación en todas partes del mundo que dan relevancia al cuidado cultural en los sistemas de asistencia de Enfermería porque esto le permite al profesional realizar un análisis integral del individuo, teniendo en cuenta la enfermedad, los aspectos socioculturales y los religiosos , obteniendo mejores beneficios para la persona.

Testimonios vivenciales

“No se ha recibido ninguna capacitación, sería muy importante porque trabajamos con pacientes que generalmente vienen de la sierra. Sería bueno ese tipo de capacitación para poder educar y saber cómo tratarlos, para nosotras es difícil.”(DIII-US 13,15)

“Hay que tomar en cuenta la cultura de los pacientes porque ayuda al trabajo.”(DIV-US 9)

“Sería bueno una capacitación.”(DV-US 13)

“Que se alivien con cosas naturales no les hace daño a su estómago. Lo que nosotros les ponemos les hace daño (gastritis, hemorragia digestiva).Yo he hecho mi Serums en Sandia, he estado en la selva y he conocido muchos remedios. Ellos tienen cosas buenas que nosotros tenemos que aprender.”(DVII-US 16,18)

“La capacitación sobre enfermería transcultural me sirvió para comprender a los pacientes.”(DIX-US 1)

“Como tenemos ese grupo de pacientes, tendríamos que estar mejor preparados en esa área.”(DX-US 14)

“He recibido capacitación con el nombre de interculturalidad en Puno, donde se respeta mucho. Lo ideal sería que en la universidad pongan hincapié en aprender el aymara y el quechua.”(DXI-US 1,15)

- **Las dimensiones culturales como dificultad**

Es importante tener en cuenta que los valores, creencias y prácticas de los cuidados culturales tienden a estar arraigados y están influenciados por los contextos del punto de vista del mundo, lengua, filosofía, religión (espiritualidad), parentesco, sociedad, política, educación, economía, tecnología, etnohistoria y entorno de las culturas. Esto genera una dificultad a la hora de brindar el cuidado enfermero, la que se observa en el momento de la interacción con la persona, en la que no se considera su cultura, porque en diversas ocasiones se observa que el profesional de enfermería no tiene los conocimientos necesarios para brindar un cuidado sensible. Como lo menciona Leininger se trata de una conservación, adaptación y reorientación de los cuidados culturales y no de interpretarlos como dificultad.

Las personas enfermas que experimentan la carencia de cuidados enfermeros culturalmente coherentes, responsables, seguros y sensibles mostraran signos de conflictos culturales, prácticas de imposiciones culturales, estrés y dolor sensible. (Marriner y Raile, 2011).

Las manifestaciones de las personas inmigrantes, al enfermar tienen pesar porque no comprenden su lenguaje, sus sentimientos y piensan que no van a sanar. A esta situación se añade la sobrecarga laboral, que impide brindar un cuidado de calidad. Begoña como reflexión expone que en estos casos los cuidados de enfermería muchas veces se muestran como ineficaces o de evolución muy lenta debido a la existencia de inmigrantes de origen muy diferente. Las principales dificultades que muestra este trabajo son: las costumbres, idiomas y sentimientos como barreras. Como dificultad

relacionada con el personal sanitario emergen actitudes negativas, atribuidas entre otros, a una falta de competencia cultural.

Testimonios vivenciales

“La higiene de las personas que viven en el campo no es adecuada y los familiares tampoco se le huele bien y es una dificultad para atenderlos. Se les atiende y se les pide al personal técnico que le realicen una higiene. Mastican la coca que da un olor particular que no me agrada. En la herida se ponen hierbas y está mal porque la están infectando, se les dice pero igual lo vuelven a hacer.”(DI-US 2,3,8)

“En la herida se ponen hierbas y está mal porque la están infectando, se les dice pero igual lo vuelven a hacer. Las ulceras de decúbito que las has dejado limpias al siguiente día las encuentras con hierbas. Para ellos eso es importante y lo hacen cuando vienen sus familiares. Ellos creen en sus creencias.” (DII-US 8,10,11)

“Hay bastante dificultad con estos pacientes, se oponen al tratamiento, a que los limpies o movilices. En la muestra de sangre, piensan que les estas quitando toda su sangre. Son personas que no te colaboran, dicen que por gusto están acá y prefieren estar en su casa y curarse con sus medicinas o hierbas. No vemos mejoría en las pacientes porque se oponen al tratamiento. Los mismos familiares como desconocen la medicina optan llevarlos a sus pacientes y pedir el alta voluntaria. Dificulta bastante. Hasta incluso te meten la mano, no quieren. Son personas que no tienen un nivel cultural como nosotros(los demás) desconocen de muchas cosas”. (DIII-US 4,5 ,6,7,8,9,14)

“Por el idioma. (Migrante extranjero).No aceptan la medicación, son escrupulosos. (Migrante extranjero).Tienen conocimiento sobre VIH, esa es la causa, los pacientes de otros países no se dejan administrar la medicación. El idioma. (Migrante nacional).Los quechua hablantes si se dejan, los extranjeros es el problema.A veces su religión no les permite poner sangre.” (DIV-US 1,4,2,3,5,6)

“Nunca he tenido problemas que por su cultura o religión no hayan aceptado transfusión o medicamento. Tampoco he escuchado. En el idioma hemos tenido problema, solo sabemos el castellano. Entender el quechua, aymara es difícil, solo con señales o el familiar. El único problema, el idioma. Que no se les coloque la medicación por sus creencias, no. Algunos no aceptan la medicación no por su creencia sino porque están decepcionados, se les pone y no se recuperan. Ellos dicen ya no quiero nada, no me hace nada, pero no es por su religión.” (DV-US 4,7,8,9,10,11,12)

“Cuando hablan quechua no creen en las pastillas, nos aseguramos a la fuerza que las tomen .Influye en la persona la falta de información, la no aceptación de la enfermedad, cuadros depresivos y ansiosos. No dejamos que se apliquen nada de esas cosas. Vemos que no les traigan coca a las abuelitas, eso interviene con la terapéutica. Por el SIS tenemos abuelitas que nunca se han bañado…lloran, nos insultan en quechua. Las abuelitas que “picchan coca”, no quieren soltar, les cuesta.”(DVI-US 5,7,8,9,16,18)

“Nunca he tenido problemas, ellos aceptan y confían en su médico y nosotros. Nunca he visto pacientes que hayan dicho no me coloquen la medicación porque me voy a poner esto. Ellos aceptan. La gente, como es un hospital de tercer nivel, tienen confianza en lo que les vamos a hacer. Pueden creer que la sangre de grado le va a sanar una celulitis, les dices que no ayudara y que le vamos a poner cuando este cicatriz, ellos creen ciegamente en ti y aceptan.”(DVII-US 4,5,7,12).

“Muchas de sus creencias son muy arraigadas. En algunos procedimientos piensan que les vamos a hacer daño. Muchas veces esas costumbres si interfieren en los cuidados. He visto que ponían cosas extrañas, raras y traían brujos.”(DIX-US 5,6 ,9)

“Sus familiares no están cerca de ellos. Las costumbres de las personas dificultan el cuidado .Que el familiar no este junto al paciente dificulta para hacer algunos procedimientos, porque no hay quien firme. Se les trata de

dar la atención adecuada pero si hay dificultad con pacientes de otros lugares."(DX-US 2,4,5,6)

"Nunca he tenido dificultades, los pacientes me quieren y yo los quiero a ellos. No he tenido ningún problema con el paciente, pero si con sus familiares."(DXI-US 6,11)

CATEGORIA DE ANALISIS III: CONSERVACIÓN Y REORIENTACIÓN DE LOS CUIDADOS CULTURALES

La categoría **Conservación y reorientación de los cuidados culturales**, está formada por las siguientes sub categorías representadas en el cuadro de análisis nomotético.

- **Diálogo y convencimiento**
- **Indiferencia del cuidado cultural**

CONSTRUCTO TEÓRICO

La preservación o mantenimiento del cuidado cultural es crucial, pues hoy existen múltiples fuerzas capaces de devaluar la vida humana. La sociedad de consumo, la alta tecnología y la falta de sensibilidad, son algunas de las presiones que inciden en la pérdida de valores autóctonos, impidiendo utilizar grandes posibilidades de cuidado que se han generado en la diversidad misma del ser humano. La enfermería debe identificar, en los sujetos que cuida, aquellas prácticas y valores dignos de mantener, pues promueven el bienestar y condiciones de vida adecuadas para la conservación de la salud. En ese sentido, si la creencia o práctica es benéfica o no representa daño para la vida del paciente, se podría preservar. Si por el contrario, puede llegar a ser un riesgo para la salud o propiciar la enfermedad, se debería convencer y evidenciar los daños que produce la creencia, 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 sustituirla por una práctica más sana,

reconociendo siempre la autonomía y decisión del propio individuo. (Ibarra y Siles, 2006)

Para Leininger la reorientación o reestructuración de los cuidados culturales se refiere a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayudan a los pacientes a reorganizar ,cambiar y modificar en gran medida sus modos de vida para obtener nuevos resultados ,diferentes y beneficiosos. La conservación de los cuidados culturales se refiere a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayudan a las personas de una cultura determinada a recuperar o conservar valores de los cuidados significativos.

- **Diálogo y convencimiento**

La adaptación o negociación de los cuidados culturales hacen referencia a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayudan a las personas de una cultura(o subcultura) determinada a adaptarse o a llegar a un acuerdo con otras culturas, para así obtener resultados beneficiosos y satisfactorios. (Marriner y Raile, 2011)

Nola J. Pender en el Modelo Promoción de la Salud identifica en el individuo factores cognitivos-preceptúales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

En la teoría bioética sinfonológica propuesta por los esposos Husted se define entorno-acuerdo, para ellos el acuerdo profesional sanitario-paciente se establece gracias a la comprensión que el profesional tiene de las necesidades del paciente. En este acuerdo, las necesidades y deseos del paciente con el elemento central. El compromiso del profesional se define en términos de las necesidades del paciente. Sin este acuerdo no existiría el contexto necesario para que tenga lugar la interacción entre las dos partes implicadas, y además, la relación seria ininteligible para ambos.

Testimonios vivenciales

“Como enfermeras y equipo de salud tenemos que conversarles, decirles que es necesario para salvar su vida. Convencerlas. Cuando puedes conversar con ella y el familiar. Se les dice, encuentras familiares más cultos y se puede conversar con ellos.”(DII-US 5, 12,14)

“Lo que hago es dejar que se tranquilicen y no seguir con el procedimiento, poco a poco les voy hablando y acceden.”(DIII-US 11)

“Conversándoles seden, los familiares más que nada.”(DIV-US 7)

“Hay que hacerles entender que sus creencias no son para la enfermedad que en esos momentos tienen, sino para cosas sencillas. Tenemos que darles conocimiento y decirles, es buena la sangre de grado pero ahora no. Hay etapas en que se coloca cada cosa, si nosotros tenemos el conocimiento, por qué no educar.”(DVII-US 2,13 ,17)

“Como son varones, son cochinitos, pero exigiéndoles y conversándoles se puede cambiar esos hábitos. La estrategia es la conversación con ellos y los familiares.”(DVIII-US 8,9)

“Hubo un paciente que no le gustaba bañarse, pero cuando lo empezamos a bañar ya se empezó a acostumbrar. Necesitan mucha educación sanitaria. Preparación psicológica, educarlo bien al paciente para que pueda aceptar lo que vamos a hacer. Las estrategias que se utiliza para con estos pacientes es la comunicación, y no siempre resulta.”(DIX-US 2,4, 7,8)

“Se explica a los familiares que no se les debe echar nada a los pacientes.”(DX-US 7)

“Yo les explico sobre el tratamiento. Respeto su opinión como persona, le doy su autonomía, información y respeto.”(DXI-US 5,10)

- **Indiferencia del cuidado cultural**

Husted y Husted afirman que la responsabilidad ética de la enfermera consiste en favorecer y reforzar las virtudes y habilidades del paciente que favorecen la salud, el bienestar y la vida a través de su interacción con él. El tener una actitud de indiferencia entonces sería una falta ética y no solo en el caso de la indiferencia cultural, sino sería una falta mucho más grave el no tratar a la persona como el ser humano holístico que es.

Es necesario para todos los profesionales de la salud, comprender y estudiar los fenómenos religiosos y culturales de los individuos, familias y comunidades para poder entender el comportamiento hacia los problemas de salud; teniendo en consideración, al brindar cuidados a individuos, los siguientes dominios inseparables a) Patrón cultural, b) Patrones de Salud, c) Patrones del Cuidado. De hecho, en el bello arte de brindar cuidados se debe tener presente que existen enfermos y no enfermedades, cada paciente es un mundo aparte. La existencia de un enfoque del cuidado cultural en el sistema de atención de Enfermería, indudablemente fortalece el papel del enfermero en la práctica asistencial. Por consiguiente, los valores, creencias y prácticas culturales no pueden ser fenómenos ajenos en las prácticas de Enfermería. Además el conocimiento cultural es un patrón indispensable en los sistemas de asistencia de Enfermería. (Castillo, 2008).

Testimonios vivenciales

"Estos pacientes no te entienden muy bien a pesar que tú les hables o les des alguna educación. Si el paciente te dice no, será problema de él."(DIII-US 10, 18)

"No se les puede obligar. A pesar que se les hable."(DV-US 2)

"Nos dedicamos al tratamiento y cuidados en su enfermedad. Nosotros nos limitamos a dar su tratamiento (migrante extranjera)" (DVI-US 3,11)

“Hay que conversarles y a veces entienden o sino limitarse hasta donde ellos lo permitan .Los familiares traen curanderos y nosotros nos retiramos, no se puede conversar con ellos.”(DVIII-US 3,5)

“Se brinda lo que indica la historia clínica. Los familiares se adecuan al tratamiento que debe ser. En la valoración lo primero que yo tomo es que si el paciente es dependiente o no. Por su condición humilde rápido se adaptan y obedecen el tratamiento que brindamos.”(DX-US 8, 9, 10,11)

CAPITULO V

RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó en la ciudad de Arequipa Metropolitana en el Hospital Regional Honorio Delgado, durante los meses de Marzo – Julio del 2016, en los servicios de Medicina Mujeres y Varones del Ministerio de Salud. El objetivo principal fue analizar a través de manifestaciones la aplicación de la teoría de la diversidad y de la universalidad en el cuidar enfermero en pacientes de este servicio, por ello en el estudio de investigación se utilizó el enfoque cualitativo, de tipo fenomenológico.

La población estuvo conformada por 26 profesionales, cuyos testimonios se saturaron en 11 unidades de observación .Para la recolección de datos

se utilizó la entrevista a profundidad como técnica y la guía temática como instrumento de recolección de testimonios.

Los resultados mostraron que el 45.5% de las profesionales de enfermería vienen trabajando de 1 a 5 años en el servicio, y las enfermeras que vienen trabajando mayor tiempo en el servicio medicina representan 18.2% con 21 años a más trabajo; del total de enfermeras, el 81.8% manifiesta nunca haber recibido capacitación alguna sobre enfermería transcultural.

En la trayectoria fenomenológica se obtuvieron 127 unidades de significado interpretadas, que fueron agrupadas en tres categorías: Percepción de las dimensiones culturales, cuidado competente con la cultura y conservación y reorientación de los cuidados culturales.

B. CONCLUSIONES

PRIMERA: Se determinó que el mayor porcentaje, 45.5% de la población de estudio tienen de uno a cinco años de trabajo en el Servicio de Medicina y sólo dos del total de enfermeras recibieron alguna vez capacitaciones sobre enfermería transcultural, pero ninguna de estas se realizaron en el hospital. Sin embargo, muchas de las enfermeras mostraron interés por capacitaciones que les permita mejorar el cuidado de la persona migrante.

SEGUNDA: En la percepción de las dimensiones culturales se destaca el respeto de la cultura, sin embargo existen situaciones en las que se considera que el tratamiento médico debe priorizarse ante todo. Para la categoría cuidado competente con la cultura, gran parte de las enfermeras desconocía la teoría de Leininger .En conservación y reorientación de los cuidados culturales las enfermeras consideran que el diálogo es la mejor estrategia al afrontar un choque cultural.

TERCERA: Entre las dificultades que impiden un cuidado sensible se encontró que las enfermeras desconocen la necesidad de esta teoría en su entorno laboral. Gran parte de ellas expresaron también como dificultad hábitos y costumbres de las personas. El idioma y las prácticas religiosas arraigadas fueron también barreras para el cuidado del migrante.

CUARTA: Las sensaciones que experimentan las enfermeras son múltiples pero principalmente experimentan incomodidad por algunos aspectos culturales de la persona migrante, frustración por no lograr comprenderla en su totalidad e indiferencia por percibir que el cumplimiento del tratamiento médico es lo más importante.

C. RECOMENDACIONES

PRIMERA: El desarrollo de jornadas de capacitación sobre los aspectos del cuidado basado en la cultura lo que beneficiaría a la persona migrante y la difusión de los resultados encontrados en esta investigación.

SEGUNDA: El fortalecimiento de la Teoría de Madeleine Leininger y sus conceptos principales en el Servicio de medicina ya que el proceso migratorio que se desarrolla en nuestra ciudad, demanda en los profesionales una competencia cultural.

TERCERA: Reconocer la necesidad de adquirir un modelo de enfermería que proporcione una mirada holística de la persona, incluyendo en la valoración de enfermería aspectos culturales, incentivar el aprendizaje básico del quechua y de manera general promover trabajos de investigación con enfoque cualitativo que permitan ampliar y profundizar el cuerpo de conocimientos de la profesión.

CUARTA: Sensibilizar a las personas hospitalizadas y sus familiares sobre las funciones que realiza la enfermera en el campo asistencial y la importancia de su participación como miembro del equipo de salud en la recuperación de las personas, así mismo considerar a los familiares como colaboradores importantes en el proceso del cuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aguilar O, et al. (2006), Madeleine Leininger: un análisis de sus fundamentos teóricos, Rev. Enfermería universitaria ENEO- UNAM. Vol 4, N°2, Año 4 de mayo del 2007.

- Amaro, M. (2004) Significado del cuidado de enfermería en las enfermeras del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins ESSALUD, 2004. Lima Perú. [en línea] Disponible en http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1324/1/Amaro_pm.pdf [consultado el 12/ 05/16]

- Arévalos M. et al. (2010) .Factores culturales que dificultan la comunicación enfermera-paciente, Argentina.

- Arroto G, (2000). Humanismo en enfermería. Revista del Instituto mexicano del seguro social. México.

- Balaguer, G. (2014) Evolución de la enfermería y aparición de nuevos roles: rol de la enfermera de cuidados paliativos. Catatuya 2014. Madrid

- Benavent M. et al. (2001), Fundamentos de enfermería. Los modelos de cuidados. Madrid. 2001:157.

- Bermúdez K, (2008). 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-2008. Perú.

- Boykyn Y Shoenfer (2001).El cuidado de enfermería es un modelo para transformar la práctica. En Marriner A. (2007) Modelos y Teorías. 6ta edición. Madrid España. Elservier España S. A. p 405 – 423.

- Colliere M, (1993), Promover la vida, 1ra edición, Edit. Mc Graw Hill interamericana España.

- Díaz V, et al. (2011) Gestión del cuidado desde una perspectiva transcultural. Cuba.

- Duque M. (2007) Cultura y salud: elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades. Bogotá, Colombia.

- Fernández G. (2004), Salud e interculturalidad en América Latina Perspectivas antropológicas. 5ta edición: Quito-Ecuador Ediciones Abya-Yala; 2004.

- García, E. (2015) Competencia cultural en salud: conocimiento, prácticas y actitudes entes los cuidados culturales. Huelva, 2015

- Gimeno J. et al. (2008) Diversidad cultural, nuevo reto para los cuidados de enfermería.12ª Edición.

- Grimaldo M. (2006) Identidad y política cultural en el Perú .Liberabit. Lima, Perú 12: 41-48.

- Hagei J. (2008) Percepción de pacientes y familiares sobre el cuidado que brinda el interno de enfermería de la UNMSM en los Servicios Generales del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2008. Lima Perú.

- Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa, Oficina de estadísticas [en línea] 2013, Disponible en http://www.hrhdaqp.gob.pe/index.php/estadisticas, [consultado el 12/05/2015].

- Iglesias, L. (2014) Evolución de los cuidados de enfermería durante el siglo XX y hasta la actualidad. Leioa, Vasco 2014.

- Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. Evolución del Movimiento Migratorio Peruano Marzo 2015. [en línea]. Informe Técnico No 05 - Mayo 2015 Disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico-n05_movimiento-migratorio_mar2015.pdf [consultado el 14/05/2015]

- Kerouac S, (1996), Grandes corrientes del pensamiento en: el pensamiento enfermero, 1ra edición, Barcelona- España, Masson S.A p 2-21.

- Leininger M. (1991), Tomando conciencia de tipos de profesionales de la salud una imposición cultural. Diario de la enfermería transcultural. 2 (2), P 32-39

- Leininger M. (1995), Teoría del cuidado cultura, la investigación y la práctica. Enfermería ciencia trimestral, 9 (2) , P 71-78.

- Leininger M. (1996, Oct.22) Entrevista personal.

- Marriner A, Raile M (2002) Modelos y teorías en enfermería, 6ta edición, Madrid-España. Ediciones Elsevier España S.A

- Merriner A, Raile M (2007) Modelos y teorías en enfermería, 6ta edición, Madrid-España. Ediciones Elsevier España S.A

- Oficina Regional Para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. OPS/OMS promueve enfoque intercultural en los servicios de salud para garantizar acceso de poblaciones indígenas y afrodescendientes, (2014), [en línea]; Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9393%3Apaho-who-intercultural-health-services-guarantee-access- [consultado el 14/05/2015]

- Philip, C. (2005) Antropología cultural. 8° Edición. España: interamericana Mc Graw-Hill

- Programa Internacional de Formación de Educadores Populares, Fe y Alegría-Fundación, (2003) Xavier Albó, Cambio cultural" en Cultura, interculturalidad, inculturación, Santa María, Caracas, (pag. 29-33).

- RPP Noticias. Áncash, Arequipa y Cusco son los nuevos polos de atracción migratoria. Lima, (2015) [en línea] Disponible en:

http://www.rpp.com.pe/2015-04-15-ancash-arequipa-y-cusco-son-los-nuevos-polos-de-atraccion-migratoria-noticia_787758.html [consultado el 12/05/2015].

- Sifuentes L. (2015) Multiculturalidad, identidad y globalización Programa de Actualización - Titulación 2006 - Facultad de Ciencias

- Tazón M, et al. (2000) Relación y comunicación. La relación interpersonal: fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería; 2000:48-50

- Vidal F, (2011), Significado que le concede el personal profesional de enfermería al cuidado desde la perspectiva transcultural en un Hospital Nacional De Lima Metropolitana. Lima, Perú.
- Villareal Y, (2012), Cuidado al niño andino hospitalizado Chiclayo 2011. Perú.
- Waldow V, (2008), Cuidar: expresión humanizadora de la enfermería: dominio unificador de la enfermería, 1ra Edición, México. Nueva palabra , p 9-32, 63-80

BIBLIOGRAFÍA

- Calcina M, (2008) Percepción de los pacientes sobre el cuidado humanizado de enfermería hospital Goyeneche Arequipa junio – octubre 2008 Perú

- Day R, Gastel B, (2008), Cómo escribir y publicar trabajos científicos.4ta ed. Organización Panamericana de la Salud.

- Doprado M, et al. (2008), Investigación cualitativa en Enfermería: Concepto y bases conceptuales. 9na ed. Organización Panamericana de la Salud

- Fernández G. (2004), Salud e interculturalidad en América Latina Antropología de la salud y crítica intercultural. 5ta edición: Quito-Ecuador Ediciones Abya-Yala; 2004

- Fernández M. (2006), Antropología de los cuidados. Estudio de los cuidados a pacientes extranjeros hospitalizados desde la perspectiva de la enfermería transcultural. Alicante, España.

- Fernández L, (2006), Ficha para investigadores: ¿Cómo analizar datos cualitativos?, Rev. Butlletí LaRecerca, Ficha 7. Octubre 2006

- Gonzales D. (2006), Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. Rev. Gazeta de Antropología, artículo 32. [en linea], Disponible en http://hdl.handle.net/10481/7118 [consultado el 12/05/2016]

- Hernández R, et al. (2014), Metodología de la investigación. 6ta ed. México; Mc Graw- Hill / interamericana.

- Martínez L, Olvera G. (2011), El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc 2011; 19 (2): 105-108 [en línea] disponible en:

http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eim112h.pdf [consultado el 12/05/ 2016]

- Lipson J. (2000), Cultura y cuidados de enfermería. Index de enfermería. Granada. Año 9. N° 28- 29.

- Polit D, Hungler B (2002). Investigación científica en ciencias de la salud. 6ta ed. México; interamericana Mc Graw- Hill.

- Poma G, Velarde L (2009), Comportamiento del cuidado percibido por enfermera y personas hospitalizadas servicio de medicina HNCASE 2009. Perú

- Renteira M, (2014), Cuidado transcultural de la enfermera serumista en las familias quechua hablantes Inkawasi- Perú 2013. Chiclayo. Perú.

- Rivas J, Vargas L. (2005), Formación de enfermería a través de tres corrientes pedagógicas y los paradigmas de enfermería propuestos por kérouac. Rev. Especializada en Ciencias de la Salud, 8(1-2):47-58, 2005 [en línea], disponible en file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/32950-75175-1-PB.pdf [consultado el 11/06/ 2016]

- Rodríguez G, Gil J, García E (1996), Metodología de la investigación cualitativa. Ediciones Aljibe. Granada, España.

- Sanabria T, et al. (2002), Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Rev. Cubana Educ Med Super 2002;16(4) [en línea], disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm [consultado el 11/06/ 2016]

- Sandoval C, (2002), Investigación cualitativa, Módulo cuatro, ARFO Editores e Impresores Ltda, Diciembre de 2002, Bogotá, Colombia

ANEXOS

ANEXO 1

GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Lugar: _____

Fecha _____ **hora:** _____

Presentación: Buenos días licenciado(a), somos estudiantes de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de San Agustín, estamos realizando un estudio de investigación para conocer el modelo de cuidar enfermero adoptado en el servicio de medicina según la Teoría de la diversidad y de la universalidad, por lo que agradecemos su gentil participación en esta entrevista.

Características de la entrevista: la entrevista tomará 60 minutos de su tiempo aproximadamente. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto serán anónimas.

GUÍA DE PREGUNTAS:

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

Años de trabajo en el servicio: _____

Capacitación en el cuidado transcultural: si ( ) no ( ) cuantas: _____

1. ¿Qué opina tiene de la cultura de las personas a las que cuida?
2. ¿Cómo aplica la teoría de la diversidad y universalidad en el cuidado de enfermería?
3. ¿Qué dificultades ha tenido en el cuidado de un inmigrante y como las ha afrontado?
4. ¿Qué estrategias utiliza para brindar el cuidado a personas de otras culturas?

ANEXO 2

INFORMACIÓN PARA OBTENER EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) señor(a):

Somos egresadas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, con fines de obtener el título profesional realizamos una investigación titulada "Cuidados enfermeros según la teoría de la diversidad y de la universalidad. Servicio de medicina-HRHD .Arequipa 2016".

Investigación para la que solicitamos su participación; si usted accede a participar en este estudio se le pedirá responder preguntas en una entrevista que será grabada, esto tomará 35 minutos de su tiempo aproximadamente.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación .Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto serán anónimas.

Si tiene alguna duda de la investigación puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Puede también retirarse en cualquier momento sin que esto lo perjudique de ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incomodas, tiene usted el derecho de hacerlas saber o de no responderlas.

Estando informado de lo anterior, esperamos que participe de la investigación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo……..... con número de DNI……. declaro que he sido informado (a) sobre el estudio: "Cuidados enfermeros según la teoría de la diversidad y de la universalidad. Servicio de medicina-HRHD .Arequipa 2016". Para lo cual han pedido mi participación y tendré que responder a una entrevista.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento, He sido informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada y que puedo pedir información sobre los resultados del estudio cuando se haya concluido.

Por lo cual expreso mi decisión voluntaria de participar en esta investigación, en fe de lo cual firmo.

Arequipa……..

_____

Firma del participante

_____

Firma del investigador

ANEXO 3

ANALISIS IDIOGRÁFICO DEL DISCURSO I

Años en el servicio: 6 años

Capacitaciones sobre la teoría: no

El profesional de enfermería considera que las costumbres y creencias dificultan el cuidado, la higiene inadecuada y el masticar coca son costumbres que tienen los pacientes y que incomodan el trabajo de enfermería, pero no interfieren en la atención que se le brinda; además considera que el idioma es una barrera de comunicación pues no tiene dominio del quechua, lengua que la mayoría de los pacientes manejan. Reconoce las costumbres de las personas, las respeta y considera porque ve al ser humano como un ser único e integral.

Por el excesivo número de pacientes, la enfermera refiere no poder brindar un cuidado adecuado al paciente.

Considera que el cuidado de personas de otras culturas consiste en adecuarnos a su modo de vida y llegar a ellos de manera efectiva para la recuperación de su salud.

ANALISIS IDIOGRÁFICO DEL DISCURSO II

Años en el servicio: 30 años

Capacitaciones de la teoría: no

La enfermera considera que las costumbres y creencias de los pacientes favorecen su bienestar y la recuperación de su salud, pero que a la vez estos dificultan en el cuidado que se les brinda, por esta razón le da mayor importancia al tratamiento médico. Sobre las creencias religiosas manifiesta que alguna de estas son muy arraigadas y no pueden cambiarse.

El diálogo con la persona migrante y el familiar es considerado como una de las estrategias más importantes en el cuidado de enfermería.

La percepción del cuidado específico a cada cultura es para la profesional de enfermería el cuidado de un ser humano según sean sus costumbres y cultura.

ANALISIS IDIOGRÁFICO DEL DISCURSO III

Años en el servicio: 8 años

Capacitaciones de la teoría: no

El profesional de enfermería respeta las costumbres y creencias de los pacientes, pero manifiesta darle mayor importancia al tratamiento médico sobre las creencias, pues considera que la medicina terapéutica es mejor que la naturista.

Para ella las costumbres y creencias dificultan el cuidado que se les brida, no dejan la realización de muchos procedimientos, muchas veces por el desconocimiento de parte del paciente o de los familiares.

La educación sanitaria en los pacientes migrantes, para la enfermera, es muy difícil porque son personas poco asequibles. La Percepción que tienen del cuidado específico a cada cultura es que debe ser humanizado.

Reconoce que es de mucha utilidad una capacitación del cuidado cultural para educar y saber tratar a la persona migrante Considera que la edad y las virtudes del personal de enfermería se relacionan con la atención que brindan.

ANALISIS IDIOGRÁFICO DEL DISCURSO IV

Años en el servicio: 3 años

Capacitaciones de la teoría: noLa profesional de enfermería considera que el desconocimiento de cualquier idioma, las costumbres y creencias; sobre todo de los migrantes extranjeros; y las creencias religiosas dificultan

el cuidado. Por ello considera que el dialogo constituye la mejor estrategia para brindar cuidado sensible.

Define la enfermería transcultural como un área amplia y de constante aprendizaje.

Para la enfermera considerar las costumbres y creencias de los pacientes facilita su cuidado y recuperación.

ANALISIS IDIOGRÁFICO DEL DISCURSO V

Años en el servicio: 5 años

Capacitaciones de la teoría: no

La profesional de enfermería respeta a las personas y sus creencias. Manifiesta que las creencias de las personas no dificultan sus procedimientos, y que estas surgen a raíz de la decepción en la medicina terapéutica.

Reconoce el idioma como único problema y no manejarlo hace difícil la comunicación con los pacientes. Acepta desconocer sobre el cuidado específico a cada persona y considera que una capacitación sobre el tema le ayudaría mucho.

ANALISIS IDIOGRÁFICO DEL DISCURSO VI

Años en el servicio: 26 años

Capacitaciones de la teoría : no

En el proceso de cuidado que realiza el profesional de enfermería considera que la falta de información y la salud mental de la persona dificulta su atención. El familiar se involucra mucho en el cuidado, aplicando sus creencias, esto interviene con la terapéutica y dificulta su recuperación. Reconoce que no saber otros idiomas es un problema y considera que es fundamental el aprendizaje del quechua en la formación académica

Para la enfermera el estado de salud, el número de pacientes, el tiempo y la sobrecarga laboral condicionan a que la atención sea solo el cumplimiento de tratamiento.

Define la enfermería transcultural como el área que considera el ámbito del paciente y su procedencia, e integrarlo al proceso del cuidado contribuyen con su recuperación. Reconoce que existe una diversidad de costumbres y creencias.

ANALISIS IDIOGRÁFICO DEL DISCURSO VII

Años en el servicio: 4 años

Capacitaciones de la teoría: no

La profesional de enfermería considera que las creencias y las costumbres de las personas migrantes tienen cosas buenas que se tienen que respetar, aceptar y aprender. Manifiesta no haber tenido dificultades a raíz de las creencias de los pacientes en el cuidado, pero que las creencias religiosas son casi siempre las más arraigadas.

Para la enfermera la mayor dificultad en el cuidado es la utilización y dominio de la lengua quechua, la comunicación se realiza mediante gestos o se busca traductores.

Considera que la educación sanitaria es importante, que la medicina natural es buena pero no en enfermedades complejas.

Percibe al ser humano de manera integral, dando énfasis al área espiritual; definiendo a la enfermería como humanidad y enfermería transcultural como acoplarnos a su cultura y volverla de nuestro lado. Reconoce que la sobrecarga laboral y el número de pacientes impide dar una atención de enfermería humanizada.

ANALISIS IDIOGRÁFICO DEL DISCURSO VIII

Años en el servicio: 5 años

Capacitaciones de la teoría: no

La enfermera considera que las costumbres y creencias son equivocadas y que no se pueden cambiar pero se aceptan mientras no afecte el tratamiento médico.

En el proceso de cuidado reconoce que el idioma es una gran barrera y siempre tiene que pedir ayuda, las costumbres y las creencias religiosas dificultan en el cuidado que se le brinda a la persona. El dialogo es la mejor manera para cambiar algunos hábitos en los pacientes.

Define a la enfermería transcultural como la atención de los pacientes de diferentes culturas y comprender sus costumbres; pero reconoce que es la primera vez que escucha el término.

ANALISIS IDIOGRÁFICO DEL DISCURSO IX

Años en el servicio: 7 meses

Capacitaciones de la teoría: si

La profesional de enfermería considera que muchas costumbres de las personas son demasiado arraigadas y piensan que se les hará daño al realizar algunos procedimientos, constituyendo una dificultad en el trabajo de enfermería. Y reconoce que el idioma es la principal barrera, dominar otros idiomas ayudaría en el trabajo.

Considera a la comunicación, educación sanitaria y educación psicológica como estrategias para que las personas dejen algunas costumbres pero no siempre es efectiva.

Define a la enfermería transcultural como una ciencia que considera costumbres y creencias y las acopla a sus cuidados y recuerda que en algún momento recibió una capacitación sobre el tema y que le ayudo para comprender a los pacientes.

ANALISIS IDIOGRÁFICO DEL DISCURSO X

Años en el servicio: 12 años

Capacitaciones de la teoría: no

La profesional de enfermería considera que las creencias de las personas migrantes dificulta en el cuidado, además reconoce al idioma como la principal barrera de comunicación; la estrategia utilizada por la enfermera para con estos pacientes es la explicación al familiar y evitar que el paciente reciba otro tipo de tratamiento complementario.

Reconoce no haber escuchado nunca el término pero percibe que es un área importante en enfermería y es consciente que trata con personas migrantes y que necesita mayor preparación para atenderlos.

ANALISIS IDIOGRÁFICO DEL DISCURSO XI

Años en el servicio: 1 años y 6 meses

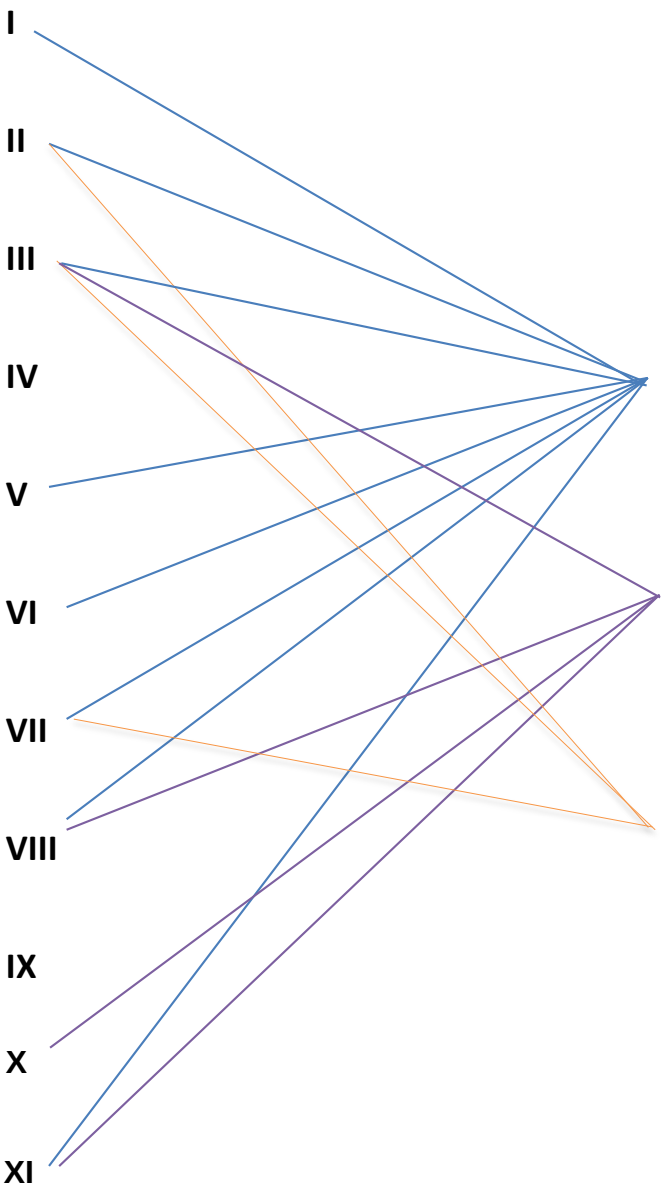
Capacitaciones de la teoría: si

La enfermera manifiesta haber recibido una capacitación similar sobre los cuidados culturales, además que la universidad la ha formado en el respeto de la cultura cosa que no observa en las nuevas generaciones de enfermeras. Ella considera que las costumbres y creencias, mientras estas no afecten la salud del paciente se respetan y se apoyan.

No considera ningún trato especial, todos reciben una misma atención que engloba respeto y autonomía de la persona.

Considera al idioma como barrera de comunicación**,** por eso la única solución la da el intérprete. Para ella el cuidado específico a cada cultura es respetar hábitos y costumbres y adecuarlos a las atenciones que se brinda.

CUADRO DE ANALISIS NOMOTECNICO I: PERCEPCIÓN DE LAS DIMENSIONES CULTURALES

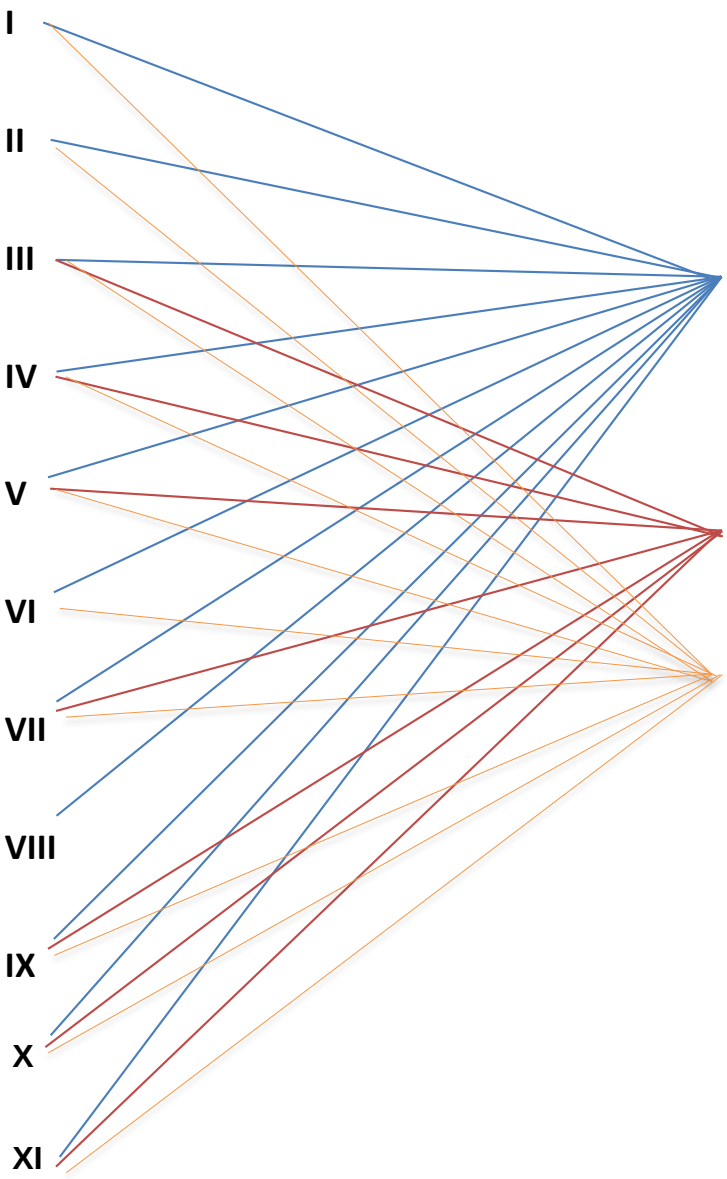


Respeto y aceptación de la cultura. (DI-US 5,9; DII-US 1, 2; DIII-US 1; DV-US 1,3; DVI-US 1; DVII-US 1,8; DVIII-US 6,7; DXI-US 2, 3)

Escasa consideración de otras culturas. (DIII-US 2; DVIII-US 1; DX-US 12; DXI-US 13)

Importancia del tratamiento médico sobre la medicina tradicional. (DII-US 3,7 ; DIII-US 3 ;DVII-US 3)

CUADRO DE ANALISIS NOMOTECNICO II: CUIDADO COMPETENTE CON LA CULTURA

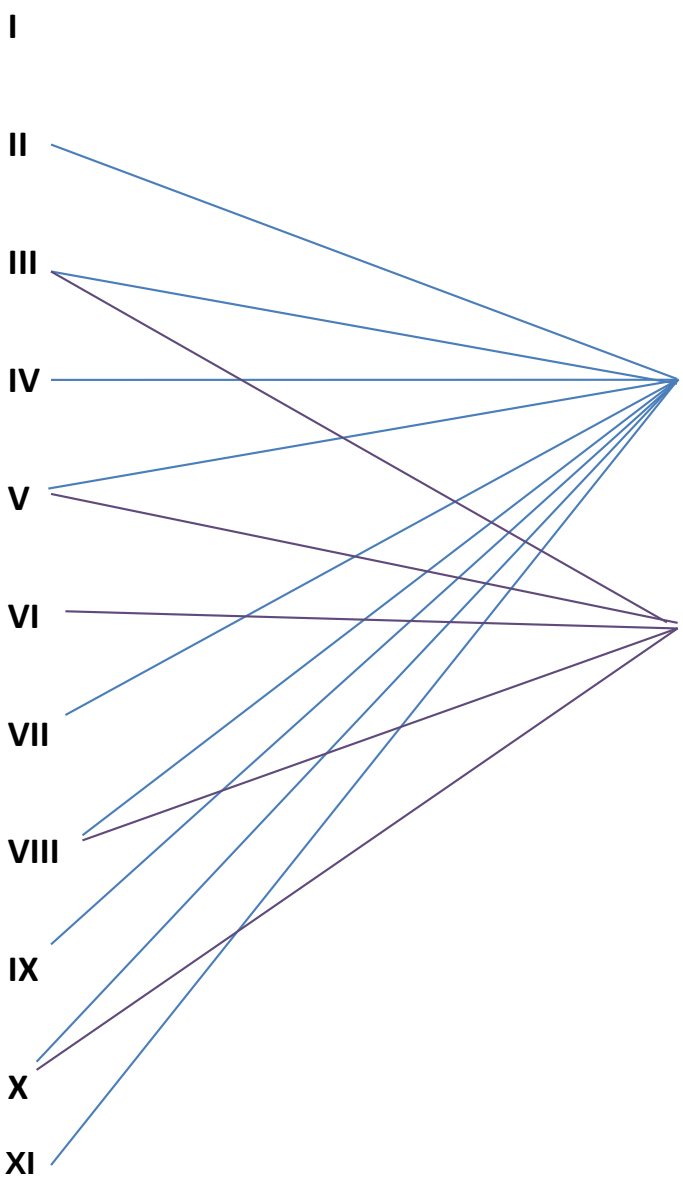


Conceptualización sobre enfermería transcultural. (DI-US 6,7; DII-US 9; DIII-US 12;DIV-US 8;DV-US 5,6;DVI-US 10;DVII-US 9,10,20,21,11,14,15,19; DVIII-US 10,11;DIX-US 11;DX-US 13;DXI-US 7,14)

Interés por el cuidado cultural. (DIII-US 13,15; DIV-US 9; DV-US 13; DVII-US 16,18; DIX-US 1; DX-US 14; DXI-US 1,15)

Las dimensiones culturales como dificultad. (DI-US 2,3,8;DII-US 8,10,11;DIII-US 4,5,6,7,8,9,14;DIV-US 1,4,2,3,5,6;DV-US 4,7,8,9,10,11,12;DVI-US 5,7,8,9,16,18;DVII-US 4,5,7,12;DIX-US 5,6,9;DX-US 2,4,5,6;DXI-US 6,11)

CUADRO DE ANALISIS NOMOTECNICO III: CONSERVACIÓN Y REORIENTACIÓN DE LOS CUIDADOS CULTURALES



Diálogo y convencimiento. (DII-US 5,12,14;DIII-US 11;DIV-US 7; DVII-US 2,13,17;DVIII-US 8,9;DIX-US 2,4,7,8;DX-US 7;DXI-US 5,10)

Indiferencia del cuidado cultural. (DIII-US 10, 18; DV-US 2; DVI-US 3,11; DVIII-US 3,5, DX-US 8, 9, 10,11)