

# 7

## Perspectivas en la enfermería transcultural

### OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

*Al terminar este capítulo, el lector podrá:*

- 1 Identificar los componentes clave de la valoración cultural.
- 2 Aplicar los principios, los conceptos y las teorías de la enfermería transcultural cuando se proporciona atención de enfermería a individuos, familias, grupos y comunidades.
- 3 Crear estrategias para la planificación, el suministro y la valoración de la atención de enfermería competente desde el punto de vista cultural para pacientes con diversos antecedentes culturales.
- 4 Analizar de manera crítica la influencia de la cultura sobre las decisiones y las acciones de la atención de enfermería.
- 5 Analizar el efecto de la diversidad de los sistemas de salud y las disparidades en el suministro de la atención de la salud.

### GLOSARIO

**Atención de enfermería competente desde el punto de vista cultural:** cuidado eficaz e individualizado que muestra respeto por la dignidad, los derechos personales, las preferencias, las creencias y las prácticas de la persona que recibe la atención de enfermería, a la vez que reconoce los sesgos culturales que podría mostrar el cuidador para evitar que estas desviaciones interfieran con la atención proporcionada.

**Atención de enfermería culturalmente congruente:** atención personalizada para adaptarse a los valores culturales, creencias, tradiciones, prácticas y estilo de vida.

**Consciencia o sensibilidad cultural:** estar alerta y tener conocimiento de preferencias, aspectos o perspectivas culturales que pueden afectar la atención médica, incluida la comunicación, las opciones personales u otros elementos.

**Cultura:** conocimientos, creencias, arte, aspectos morales, leyes, costumbres y cualquier otra capacidad o hábito adquirido por los seres humanos como miembros de una sociedad.

**Enfermería transcultural:** atención de enfermería para pacientes y familiares con consideración de la diversidad cultural.

**Etnocentrismo:** realizar un juicio de valor sobre otra cultura desde el punto de vista de la propia cultura.

**Humildad cultural:** reconocer los propios déficits de conocimiento cultural mediante la autorreflexión, autoevaluación continua y consulta con otros (incluidos los pacientes), para detectar barreras culturales que afecten la atención y abordar sesgos o la falta de conocimiento o habilidades relacionadas con culturas distintas a la propia, a fin de brindar atención acorde a la cultura del paciente.

**Minoría:** grupo de personas cuyas características físicas o culturales difieren de las de la mayoría de las personas en una sociedad.

**Subcultura:** grupo relativamente grande de personas que comparten características que los identifican como una entidad distinta.

**Valoración cultural de enfermería:** método sistémico de exploración de individuos, familias, grupos y comunidades desde el punto de vista de sus creencias culturales, valores y prácticas.

En el sistema de prestación de servicios de salud, igual que en la sociedad, el personal de enfermería interactúa con personas con características culturales similares y distintas. Los individuos pueden tener diversos marcos de referencia y preferencias con respecto a su salud y los cuidados para la salud que necesitan. A menudo, el personal de enfermería debe practicar la **enfermería transcultural**, la cual se define como la atención a los pacientes y sus familias a través de variaciones culturales. El conocimiento, el respeto y la adaptación de las necesidades culturales del paciente, su familia y su comunidad son componentes importantes de la atención de enfermería en cualquier contexto. Además, facilitar el acceso a los servicios de salud apropiados desde el punto de vista cultural es fundamental para asegurar la atención de enfermería integral. Para planificar y suministrar los cuidados apropiados y competentes desde el punto de vista cultural, el personal debe comprender el lenguaje de la cultura, la atención apropiada para esa cultura y contar con la competencia cultural para diversos aspectos que se exploran en todos los pacientes.

## Conceptos culturales

El concepto de *cultura* y su relación con las creencias y las prácticas de atención para la salud del paciente y su familia u otros seres queridos proporcionan las bases para la enfermería transcultural. Esta consciencia de la cultura en la práctica de la atención de enfermería ha sido descrita en diferentes términos y frases, incluyendo el respeto por la diversidad y la humildad cultural, consciencia o sensibilidad cultural y atención integral culturalmente congruente (Holland, 2015; Leininger, 2002; Mixer, McFarland, Andrews, et al., 2013).

La **cultura** se define a menudo como el conjunto de conocimientos, creencias, arte, aspectos morales, leyes, costumbres y cualquier otra capacidad y hábito adquirido por los seres humanos como miembros de una sociedad. Durante el siglo pasado, y en especial en el curso de las décadas recientes, se han ofrecido cientos de definiciones de cultura que integran éste y otros temas sobre variaciones étnicas de una población con base en la raza, la nacionalidad, la religión, el lenguaje, las características físicas y la geografía. En particular, *etnia*, *raza* y *estado de minoría* son términos que se utilizan a menudo para describir los componentes clave de la cultura, pero estas palabras no abarcan por completo el significado del concepto de cultura (Marzilli, 2014). La cultura también implica que algo se aprende o se desarrolla, un proceso que ocurre a lo largo del tiempo. Madeleine Leininger (2002) estableció las bases para la especialidad llamada *enfermería transcultural*; ella escribió que la cultura incluye el aprendizaje y el conocimiento transmitido sobre valores, creencias, reglas de conducta y prácticas del estilo de vida que guían a un grupo determinado en cuanto a sus pensamientos y acciones en forma de patrones. La cultura orienta el pensamiento, el hacer y el ser de cada persona, y se convierte en expresiones modeladas de quién es y será esa persona.

La cultura étnica tiene cuatro características básicas:

- Se aprende desde el nacimiento a través del lenguaje y la socialización.
- Es compartida por miembros del mismo grupo cultural e incluye una sensación interna y externa de percepción que los distingue.

- Está influida por situaciones específicas relacionadas con el entorno y los factores técnicos, y por la disponibilidad de recursos.
- Es dinámica y cambiante de forma permanente.

Con excepción de las primeras características, los aspectos culturales relacionados con envejecimiento, aspecto físico, estilo de vida y otras cualidades reconocidas con menos frecuencia, también comparten las características antes mencionadas.

La diversidad cultural también se ha definido de varios modos. Con frecuencia, las diferencias en el color de la piel, la religión y el área geográfica son los únicos elementos utilizados para identificar la diversidad cultural y se considera a las minorías étnicas como la principal fuente de esta diversidad. Sin embargo, hay muchas otras posibles fuentes. A fin de reconocer en verdad a una población cada vez más diversa culturalmente, el personal de enfermería debe estar preparado para trabajar reconociendo y respetando la diversidad de los pacientes (McClimens, Brewster y Lewis, 2014).

La **humildad cultural** (abordar los déficits de conocimiento cultural explorando las necesidades del paciente desde su perspectiva cultural y las propias creencias y cómo pueden entrar en conflicto) es un paso fundamental para volverse culturalmente competente. La humildad cultural requiere un compromiso de aprendizaje que tenga en cuenta el punto de vista único de cada individuo (Isaacson, 2014). Implica que si bien no podemos ser competentes en la cultura de otra persona, podemos aprender de nuestros propios prejuicios a través de la autorreflexión y, por lo tanto, abrirnos a las culturas de los demás. La humildad cultural requiere una escucha activa y fomenta la autorreflexión y la autoconsciencia (Isaacson, 2014).

## Subculturas

La cultura es un fenómeno universal, pero debe tomar en consideración las características específicas y definitivas para un grupo en particular, ya que esto abarca todos los conocimientos, las creencias, las costumbres y las habilidades adquiridas por los miembros de este grupo. Cuando los grupos funcionan en un conjunto cultural más amplio, se conocen como *subculturas*.

El término **subcultura** se utiliza para grupos relativamente grandes de personas que comparten características que los identifican como una entidad diferente (McFarland y Wehbe-Alamah, 2015). Algunos ejemplos de subculturas estadounidenses con base en el grupo étnico (subculturas con rasgos comunes, como características físicas, lenguaje o ancestros) incluyen estadounidenses de raza negra, estadounidenses descendientes de latinoamericanos, habitantes de las islas del Pacífico y estadounidenses nativos. Cada una de estas subculturas puede dividirse; por ejemplo, los americanos nativos consisten en indios americanos y nativos de Alaska, que representan más de 500 tribus reconocidas por el Estado y a nivel federal, además de un número desconocido de tribus que no están reconocidas oficialmente.

Las subculturas también pueden basarse en la religión (en los Estados Unidos hay más de 1 200 religiones), la ocupación (p. ej., personal de enfermería, médicos, otros miembros del equipo de atención médica), las discapacidades (la comunidad sorda) o la enfermedad (cardiopatías, enfermedad cerebrovascular). Además, las subculturas pueden basarse en edad (lactantes, niños, adolescentes, adultos, adultos mayores),

sexo (hombre o mujer), orientación sexual (homosexuales, bisexuales, heterosexuales) o ubicación geográfica (tejanos, sureños, habitantes de los Apalaches).

El personal de enfermería también debe ser sensible a las diferencias interraciales cuando brinda atención a individuos de culturas con las que no está familiarizado. Las diferencias entre los individuos en las subculturas en un grupo designado añaden dificultades a la elaboración de un plan y a proporcionar cuidados competentes desde el punto de vista cultural. La competencia cultural comienza con la consciencia cultural y la comprensión de cómo influye el pensamiento sobre los de otras culturas. Esta valoración facilita la comparación de la propia cultura con la de otras personas, de modo que el personal de enfermería puede llegar a ser sensible y aceptar a aquellos con diferentes antecedentes culturales (Rew, Becker, Chontichachalalauk, et al., 2014). El personal de enfermería debe abstenerse de caer en estereotipos culturales. En lugar de ello, debe consultar a los pacientes u otros con respecto a los valores personales, las creencias, las preferencias y la identificación cultural. Esta estrategia también es aplicable para miembros de subculturas no étnicas.

## Minorías

El término *minorías* se refiere a un grupo de personas cuyas características físicas o culturales difieren de las que poseen la mayoría de las personas en una sociedad. Las minorías pueden ser señaladas o aisladas de los demás en la sociedad o tratadas de maneras diferentes o desiguales. El censo de 2010 identificó cuatro grupos raciales como *no blancos*, incluidos negros/afroamericanos, asiáticos, hawaianos nativos u otros isleños del Pacífico y nativos americanos (indios americanos o nativos de Alaska) (Humes, Jones y Ramirez, 2011). Además, la etnicidad de origen hispano, latino o español se evaluó por separado de la raza en el censo de 2010 (Enis, Ríos Vargas y Albert, 2011). Por lo general, las personas pertenecientes a estos grupos raciales no blancos mencionados o que se identificaron como de origen hispano o latino se consideran minorías en los Estados Unidos. Sin embargo, el concepto de “minoría” varía ampliamente y debe entenderse en un contexto cultural. Por ejemplo, los hombres pueden considerarse una minoría en la profesión de la enfermería, pero constituyen una mayoría en otros campos, como la ingeniería. La implicación de inferioridad en el término *minoría* da lugar a que algunos grupos raciales y étnicos objeten ser identificados como minorías.

Los blancos/caucásicos pueden ser una minoría en algunas comunidades; sin embargo, son el grupo mayoritario en los Estados Unidos. Debido a que la mayoría de los proveedores de atención médica son miembros de esta cultura mayoritaria/caucásica, la atención de la salud tiende a brindarse desde esta perspectiva y los servicios suelen ser parciales en favor del grupo mayoritario, con disparidades en la atención médica en muchas poblaciones minoritarias. Aunque se ha proyectado que para mediados y finales del siglo XXI los caucásicos ya no representarán la mayoría de los estadounidenses (Ortman y Guarneri, 2011), no hay evidencia de que este cambio cambie la perspectiva desde la cual se brinda la atención o que se reducirán las disparidades en la atención.

## Desigualdades en salud

Las desigualdades en salud (tasas de morbilidad, mortalidad y carga de morbilidad más altas en una población o comunidad que las encontradas en la población general) son significativas en las minorías étnicas y raciales. Los principales indicadores de salud en los Estados Unidos revelan una brecha significativa en el estado de salud entre la población estadounidense en general y las personas con antecedentes étnicos específicos (U.S. Department of Health y Human Services [HHS], 2015). Las minorías étnicas y raciales están desproporcionadamente afectadas por cáncer, cardiopatías, diabetes, infección por VIH/sida y otras enfermedades. Las minorías reciben una atención de la salud de menor calidad que las personas que no pertenecen a éstas y tienen un mayor riesgo de padecer problemas de salud. Las desigualdades en salud también se producen en las mujeres, los hombres y mujeres homosexuales y las personas transgénero, así como en personas con discapacidades (HHS, 2015). Se mencionan muchas razones para estas desigualdades, incluido el bajo nivel socioeconómico, las conductas de salud, el acceso limitado a la atención médica debido a la pobreza o la discapacidad, los factores ambientales y las manifestaciones directas e indirectas de discriminación. Otras causas incluyen la falta de seguro de salud integral, dependencia excesiva de las instituciones financiadas con fondos públicos y barreras a la atención médica, como transporte insuficiente, ubicación geográfica (proveedores insuficientes en un área), coste de los servicios y el bajo número de proveedores de atención médica que pertenecen a una minoría (Institute of Medicine, 2003; Sullivan Commission, 2004).

## Enfermería transcultural

La *enfermería transcultural*, un término que en ocasiones se utiliza de manera intercambiable con *enfermería intercultural* o *multicultural*, se refiere a la práctica dirigida a la investigación que se encarga de una enfermería competente desde el punto de vista cultural y centrada en el paciente (Giger, 2013). La enfermería transcultural aborda diferencias y similitudes entre las culturas en relación con la salud, la atención médica y la enfermedad. Además, incorpora cuidados, creencias y prácticas de las personas y los grupos de una cultura en particular sin imponer la perspectiva cultural del personal de enfermería en el paciente. El origen de la enfermería transcultural es proporcionar atención universal y específica desde una perspectiva cultural que favorezca el bienestar y la salud de individuos, familias, grupos, comunidades e instituciones (Giger, 2013). Todas las personas, así como la comunidad o la institución, obtienen grandes beneficios cuando se proporciona atención competente desde el punto de vista cultural. Si los cuidados se suministran más allá de los límites nacionales de un profesional de la enfermería, a menudo se utiliza el término *enfermería internacional* o *transnacional*.

Aunque profesionales de la enfermería, antropólogos y otros han escrito sobre los aspectos culturales de la enfermería y la atención de la salud, Leininger (2002) elaboró una teoría amplia con base en la investigación denominada *atención de enfermería sustentada en la diversidad y la universalidad cultural* para favorecer la enfermería congruente desde el punto de vista cultural. Esto significa favorecer la

recuperación de la enfermedad, evitar alteraciones que podrían limitar la salud o el bienestar del individuo o facilitar una muerte tranquila de una forma que sea significativa y apropiada desde el punto de vista cultural.

La teoría de Leininger resalta la importancia de proporcionar **atención de enfermería congruente desde una perspectiva cultural** (atención de la salud pertinente y beneficiosa, ajustada a los valores, creencias y estilo de vida del enfermo) a través del acomodo y la reestructuración de la atención de enfermería. El término *capacidad de cuidado cultural* se refiere a las acciones profesionales y decisiones que toma el personal de enfermería en nombre de aquellos a su cargo para ayudar a las personas de una cultura determinada a lograr un resultado de salud beneficioso o satisfactorio. La *reestructuración de cuidado cultural*, o *remodelado*, se refiere a acciones y decisiones profesionales que ayudan a los pacientes a reordenar, cambiar o modificar sus estilos de vida hacia patrones de atención médica nuevos, diferentes o más beneficiosos (fig. 7-1). Al mismo tiempo, se respetan los valores y las creencias culturales del paciente y se obtiene un estilo de vida mejor o más saludable. Otros términos y definiciones que proporcionan una mayor comprensión de la cultura y la atención médica incluyen los siguientes:

- *Aculturación*. Proceso por el cual los miembros de un grupo cultural se adaptan o toman conductas de otro grupo.
- *Ceguera cultural*. Incapacidad de las personas para reconocer sus valores, creencias y prácticas propias y las de aquellas que pertenecen a otros grupos por sus fuertes tendencias etnocéntricas (proclividad a percibir la propia cultura como superior a la de otros).
- *Imposición cultural*. Tendencia a imponer creencias, valores y modelos de conducta culturales de una persona a otra que pertenece a una cultura diferente.
- *Restricciones culturales*. Actividades o conductas que deben evitarse, prohibirse o impedirse en un grupo cultural particular.

### **Atención de enfermería competente desde el punto de vista cultural**

La **atención de enfermería competente desde el punto de vista cultural** se define como una atención individualizada y eficaz que demuestra respeto por la dignidad, derechos personales, preferencias, creencias y prácticas de la persona que recibe la atención mientras reconoce los prejuicios del cuidador y evita estos sesgos que interfieren con la atención brindada. La **consciencia o sensibilidad cultural**, por otro lado, implica reconocer las diferencias culturales que pueden estar presentes en el proceso de prestar asistencia médica. El personal de enfermería debe ir más allá de la sensibilidad para aprovechar la consciencia de estas diferencias y planificar una atención de enfermería culturalmente competente.

La atención de enfermería culturalmente competente es un proceso dinámico que requiere un conocimiento exhaustivo de la información específica de la cultura, la consciencia de su efecto sobre la atención y ser sensible a ésta. Requiere que el personal de enfermería encuentre estrategias para brindar atención de forma significativa y útil con base en el conocimiento del patrimonio cultural, las creencias y el comportamiento de los pacientes (Giger, 2013). La atención de enfermería culturalmente competente también incluye intervenciones congruentes con una

cultura determinada. Implica una integración compleja de actitudes, conocimientos y habilidades (incluyendo valoración, toma de decisiones, juicios, pensamiento crítico y evaluación) que permita al personal de enfermería brindar una atención culturalmente adecuada.

Las políticas institucionales son importantes para lograr una atención culturalmente competente. Las políticas que la promueven establecen regulaciones flexibles en cuanto a los visitantes (número, frecuencia y duración de las visitas), brindan servicios de traducción para pacientes que no hablan el idioma local y capacitan al personal para brindar atención a pacientes con diferentes valores culturales (The Joint Commission, 2014). Este tipo de políticas se desarrollan para promover un entorno en el que se respeten y fomenten las prácticas curativas, espirituales y religiosas tradicionales de los pacientes, además de que se reconozcan las prácticas alimenticias especiales de personas de grupos culturales específicos.

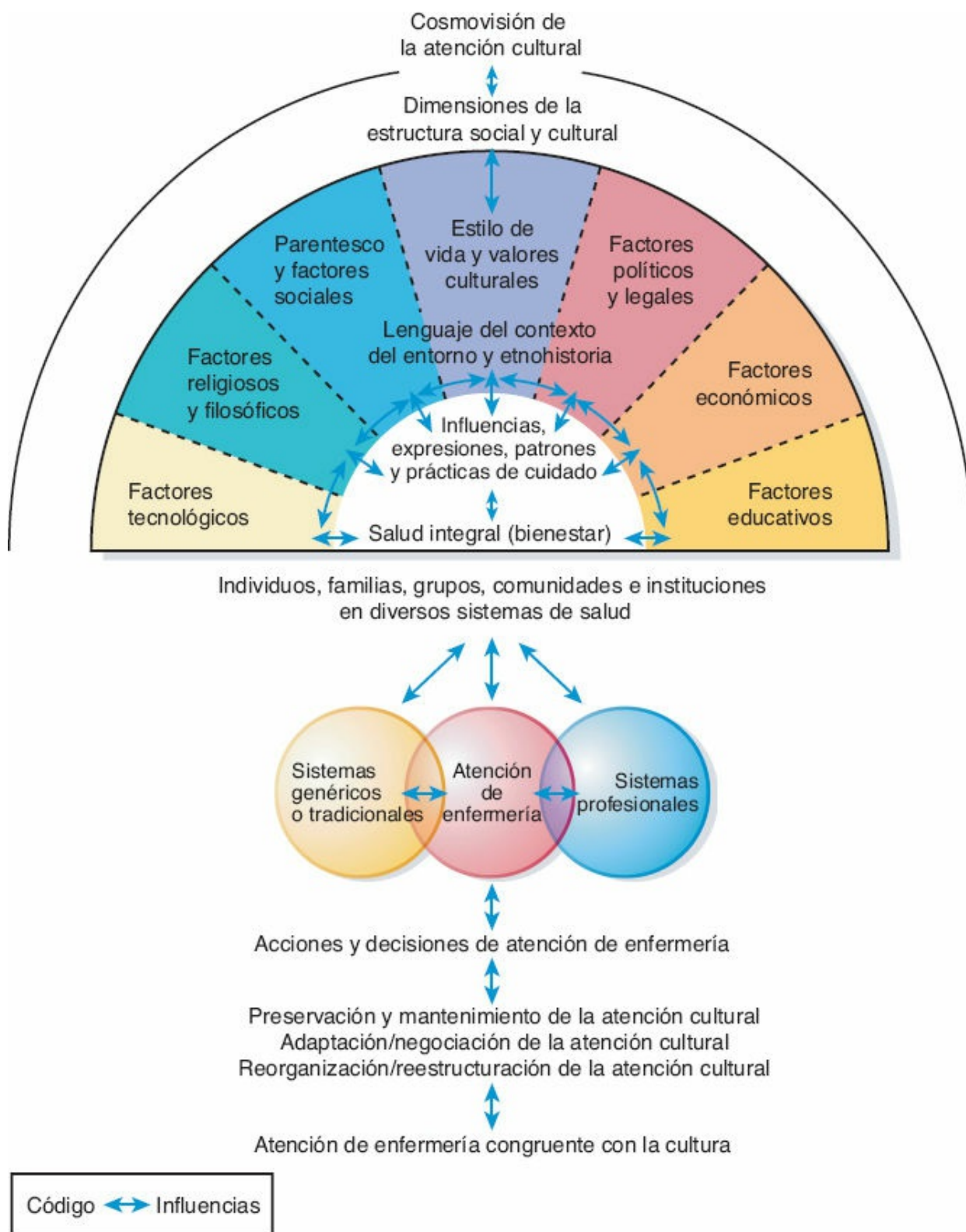


**Figura 7-1** • El modelo del sol naciente de Leininger ilustra su teoría de atención de la diversidad cultural y universalidad. Reimpreso con autorización de: Leininger, M. M. (Ed.). (2001). Culture care diversity and universality: A theory of nursing. New York, NY: National League for Nursing Press.

Giger y Davidhizar crearon el modelo de evaluación transcultural para orientar al personal de enfermería en la valoración de fenómenos culturales que podrían afectar la atención de enfermería. De acuerdo con los principios de este modelo, a fin de proporcionar atención de enfermería culturalmente apropiada y competente, las

enfermeras y enfermeros deben reconocer que cada individuo es culturalmente único, con diferentes experiencias, creencias y normas culturales. El modelo identifica la comunicación, el espacio, la orientación temporal, la organización social, el control ambiental y las variaciones biológicas como fenómenos relevantes. Este modelo se ha utilizado en diversos entornos de atención al paciente con el objeto de proporcionar datos que resultan esenciales para la prestación de atención culturalmente competente (Giger, 2013).

## Comunicación transcultural

El establecimiento de un ambiente de cuidado y respeto culturalmente congruente comienza con una comunicación eficaz, que se presenta no sólo a través de las palabras, sino también mediante el lenguaje corporal y otras señales, como voz, tono y volumen. Las interacciones entre el personal de enfermería y los pacientes y la comunicación entre los miembros de un equipo de atención médica multicultural dependen de la capacidad de comprender y ser comprendido. Con frecuencia, existen barreras de comunicación entre el personal de enfermería y los pacientes, especialmente cuando provienen de entornos culturales diferentes (Giger, 2013).

En los Estados Unidos se hablan aproximadamente 150 idiomas diferentes; el español es el más común después del inglés. Obviamente, el personal no puede dominar todos los idiomas; sin embargo, ciertas estrategias para fomentar la comunicación transcultural eficaz son necesarias cuando se brinda atención a pacientes que no dominan el inglés. Los intérpretes de idiomas pueden incluir personal bilingüe capacitado, agentes de servicios de interpretación o intérpretes de idiomas empleados por la agencia. Estas opciones pueden ser presenciales, por teléfono o en videoconferencia. Debe evitarse recurrir a personas no capacitadas y menores de edad (The Joint Commission, 2014).

Durante la enfermedad, los pacientes de todas las edades tienden a retraerse, lo que a menudo afecta las competencias lingüísticas. El [cuadro 7-1](#) resume algunas estrategias para superar las barreras del lenguaje. El personal de enfermería también debe evaluar qué tan bien los pacientes y las familias han comprendido lo que se ha dicho. Las siguientes señales pueden significar una falta de comunicación eficaz:

- *Esfuerzos para cambiar de tema.* Este dato puede indicar que el que escucha no comprende lo que se dijo e intenta hablar sobre algo más familiar.
- *Falta de preguntas.* Paradójicamente, esto significa con frecuencia que el oyente no capta el mensaje y, por lo tanto, tiene dificultades para formular preguntas.
- *Risa inapropiada.* Una risa tímida puede indicar una comprensión pobre y puede ser un intento de disfrazar la vergüenza.
- *Señales no verbales.* Un rostro en blanco puede indicar una comprensión deficiente. Sin embargo, entre algunos asiáticos americanos, puede reflejar un deseo de evitar la expresión manifiesta de la emoción. Evitar el contacto visual puede ser una expresión cultural de respeto por el hablante entre algunos nativos americanos y asiáticos americanos.

## Cuadro 7-1 Superar las barreras del lenguaje

- Salude al paciente mediante el apellido o el nombre completo. Evite ser demasiado informal o familiar. Apunte hacia usted y diga su nombre. Sonría.
- Proceda de una manera pausada. Preste atención a cualquier esfuerzo del paciente o la familia por comunicarse.
- Hable en voz baja o moderada. Evite hablar en voz alta. Recuerde que hay una tendencia a aumentar el volumen y el tono de voz cuando el escucha no parece entender. El escucha puede sentir que está enojado o que grita.
- Organice sus pensamientos. Repita y realice una síntesis con frecuencia. Use materiales audiovisuales cuando sea posible.
- Utilice una estructura de oraciones cortas y simples, y hable en voz activa.
- Use palabras simples, como *dolor* en lugar de *malestar*. Evite coloquialismos, modismos y términos médicos. Evite emplear contracciones, como “pallá”, “paqué”, “desto”.
- Utilice sustantivos en lugar de pronombres y repítalos. *Por ejemplo*, no diga “ha estado tomando su medicina, ¿verdad?” En lugar de lo anterior, diga “¿Juan, toma su medicina?”.
- Use lenguaje no verbal (gestos) y movimientos simples mientras verbaliza.
- Ofrezca instrucciones en la secuencia correcta. *Por ejemplo*, no diga “antes de que usted enjuague la botella, debe esterilizarla”, sino “primero, lave la botella. Después, enjuague la botella”.
- Aborde un tema a la vez y evite dar demasiada información en un solo encuentro. Evite el uso de conjunciones. *Por ejemplo*, no pregunte “¿siente frío y dolor?”, sino (con mímica y gestos) “¿siente frío?”, “¿tiene dolor?”.
- Hable directamente al paciente, no a la persona que lo acompaña.
- Valide si la persona entiende pidiendo que repita las instrucciones, demuestre el procedimiento o exprese el significado.
- Utilice cualquiera de las palabras que conozca en el idioma de la persona. Esto indica que conoce y respeta los medios principales de comunicación del paciente.
- Tenga en cuenta las diferencias culturales de género y edad y las diversas diferencias socioeconómicas, educativas y tribales o regionales al elegir un intérprete.
- Comuníquese con los hospitales para obtener una lista de intérpretes de idiomas, como personal bilingüe capacitado o servicios de interpretación presenciales, por teléfono o en videoconferencia. Debe evitarse recurrir a personas no capacitadas y menores de edad (The Joint Commission, 2014).

Adaptado de: Jarvis, C. (2016). *Physical examination & health assessment*. (7th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

## Características mediadas culturalmente

El personal de enfermería debe ser consciente de que los pacientes actúan y se comportan de diversas maneras, en parte debido a la influencia de la cultura en los comportamientos y las actitudes. Sin embargo, aunque ciertos atributos y actitudes se asocian frecuentemente con grupos culturales particulares, como se describe en este capítulo, es importante recordar que no todas las personas del mismo origen cultural comparten los mismos comportamientos y puntos de vista. Aunque el personal de enfermería que no toma en cuenta las preferencias y creencias culturales de los pacientes se considera insensible y posiblemente indiferente, los que asumen que todos los miembros de cualquier cultura actúan y se comportan de la misma manera corren el riesgo de estereotipar a las personas. Como se indicó antes, la mejor manera de evitar los estereotipos es considerar a cada paciente como un individuo y evaluar sus preferencias culturales. Una evaluación completa de la cultura utilizando una herramienta de evaluación cultural o un cuestionario (véase más adelante) es muy beneficioso.

## Compartir información

Muchos aspectos de la atención pueden estar influidos por las diversas perspectivas culturales que tienen los proveedores de atención médica, los pacientes, las familias u otras personas importantes. Un ejemplo de lo anterior es el tema de la comunicación de la información. En general, el personal de enfermería puede argumentar que los pacientes tienen derecho a que se revele por completo la información sobre su enfermedad y pronóstico y considerar que defenderlos significa trabajar para proporcionarles la información. Sin embargo, los miembros de la familia en ciertos contextos culturales pueden creer que es su responsabilidad proteger y evitar que el paciente (su ser querido) sepa sobre su enfermedad terminal. En algunas culturas, se espera que el jefe del grupo familiar, anciano o esposo reciba toda la información y tome las decisiones. De hecho, es posible que los pacientes no quieran saber acerca de su situación de salud y puedan esperar que sus familiares “se hagan cargo” de ese conocimiento y la toma de decisiones respectivas. El personal de enfermería no debe decidir que una familia o un paciente simplemente están equivocados o que un paciente debe conocer todos los detalles de su enfermedad independientemente de sus preferencias culturales. Se pueden observar inquietudes similares cuando los pacientes rechazan la medicación para el dolor o el tratamiento debido a las creencias culturales, religiosas o espirituales.

La determinación del abordaje más apropiado y ético para la atención del paciente requiere una valoración de los aspectos culturales de estas situaciones. La autovaloración y el reconocimiento del propio prejuicio cultural y cosmovisión, como se discutió anteriormente, desempeñan un papel importante ayudando al personal de enfermería a resolver conflictos culturales y éticos. El personal de enfermería debe promover el diálogo abierto y trabajar con los pacientes, las familias, los médicos y otros proveedores de atención médica para alcanzar la solución culturalmente apropiada para cada paciente.

## Espacio personal y distancia

El *espacio personal* es el área que rodea el cuerpo de una persona e incluye el área y los objetos dentro de la zona (Giger, 2013). Las personas suelen considerar el espacio en su vecindad inmediata como una extensión de ellos mismos. La cantidad de espacio que necesitan entre ellos y los demás para sentirse cómodos es un fenómeno determinado por la cultura.

Debido a que el personal de enfermería y los pacientes no suelen ser conscientes de sus necesidades de espacio personal, con frecuencia tienen dificultades para comprender los diferentes comportamientos. Por ejemplo, un paciente puede percibir a una enfermera sentada cerca de él como una expresión de calidez y cuidado, mientras otro puede percibir el mismo acto como una amenaza de invasión del espacio personal. La investigación realizada al respecto revela que las personas de los Estados Unidos, Canadá y Gran Bretaña requieren de mayor distancia entre ellos y los demás, mientras que las personas de América Latina, Japón y Oriente Medio necesitan menor cantidad de espacio y se sienten cómodos cerca de otros (Giger, 2013).

Si el paciente parece ubicarse demasiado cerca o lejos, el personal de enfermería debe considerar las preferencias culturales por el espacio y la distancia. Idealmente, se debe permitir al sujeto asumir una posición cómoda en términos de espacio personal y distancia. El personal de enfermería debe saber que la silla de ruedas de alguien con discapacidad se considera una extensión de la persona; por lo tanto, debe pedirle permiso antes de moverse o tocar la silla de ruedas. Debido a que una cantidad significativa de comunicación durante la atención de enfermería requiere un contacto físico cercano, la enfermera o enfermero debe ser consciente de que contar con un espacio personal promueve la autoidentidad al permitir oportunidades para la autoexpresión del paciente (Giger, 2013).

## **Contacto visual**

El contacto visual también es un comportamiento culturalmente determinado. Aunque a la mayor parte del personal de enfermería se le ha enseñado a mantener contacto visual cuando hablan con los pacientes, algunas personas con ciertos antecedentes culturales pueden interpretar este comportamiento de manera diferente. Por ejemplo, algunos asiáticos, nativos americanos, indochinos, árabes y apalaches pueden considerar el contacto visual directo como descortés o agresivo, por lo que evitan la mirada cuando hablan con el personal de salud y otros que ocupan puestos de autoridad. Algunos nativos americanos miran al suelo durante las conversaciones, un comportamiento cultural que transmite respeto e indica que el escucha le presta mucha atención al que habla. Algunos pacientes latinos mantienen la mirada baja como un signo de comportamiento deferente culturalmente apropiado hacia los demás en función de la edad, el sexo, la posición social, el nivel económico y la posición de autoridad (Giger, 2013). El contacto visual es una herramienta importante en una evaluación transcultural y se utiliza tanto para la observación como para iniciar la interacción (Giger, 2013). El personal de enfermería que sabe que el contacto visual suele estar culturalmente determinado puede comprender mejor el comportamiento del paciente y proporcionar una atmósfera en la que logre sentirse cómodo.

## **Tiempo**

Las actitudes sobre el tiempo varían ampliamente entre las culturas y pueden ser una barrera para la comunicación eficaz entre el personal de enfermería y los pacientes. Las opiniones sobre la puntualidad y el uso del tiempo están culturalmente determinadas, al igual que el concepto de espera. Los símbolos del tiempo, como los relojes, los amaneceres y las puestas de sol, representan métodos para medir la duración y el paso del tiempo (Giger, 2013).

Para la mayoría de los proveedores de atención médica, el tiempo y la prontitud son extremadamente importantes. Por ejemplo, el personal de enfermería con frecuencia espera que los pacientes lleguen a la hora exacta para una cita, aunque éstos pueden estar esperando a los proveedores de atención médica que llegan tarde. Es probable que los proveedores de atención médica funcionen de acuerdo con un sistema de citas en el que hay intervalos cortos de unos pocos minutos. Sin embargo, para los pacientes de algunas culturas, el tiempo es un fenómeno relativo, con poca

atención prestada a la hora o minuto exactos. Por ejemplo, algunas personas hispanas consideran el tiempo en un marco de referencia más amplio y hacen la distinción principal entre el día y la noche. También se puede determinar el tiempo según los horarios tradicionales para las comidas, el sueño y otras actividades o eventos. Para las personas de algunas culturas, el presente es de la mayor importancia y el tiempo se ve en amplios rangos en lugar de en términos de una hora fija. Ser flexible con respecto a los horarios es la mejor manera de adaptarse a estas diferencias.

Las diferencias de valor también pueden influir en el sentido de prioridad de una persona cuando se trata de tiempo. Por ejemplo, responder a un asunto familiar puede ser más importante para un paciente que cumplir con una cita programada de atención médica. Tener en cuenta estos puntos de vista diferentes es esencial para mantener una relación eficaz entre el personal de enfermería y los pacientes. Regañar o molestar a los pacientes por llegar tarde disminuye su confianza y puede dar lugar a más citas perdidas o indiferencia a las sugerencias de atención médica.

## **Tacto**

El tacto es la más personal de todas las sensaciones, es fundamental para el proceso de comunicación humana y, a menudo, se utiliza como método de comunicación (Giger, 2013). El significado que las personas asocian con tocar está culturalmente determinado en gran medida. En algunas culturas (p. ej., latinos, árabes), los proveedores de atención médica masculinos pueden tener prohibido tocar o explorar ciertas partes del cuerpo de la mujer. Del mismo modo, puede ser inapropiado que las mujeres atiendan a los hombres. Entre muchos asiáticos, es de mala educación tocar la cabeza de una persona porque se considera que ahí reside el espíritu. Por lo tanto, la evaluación de la cabeza o de una lesión en la zona requiere permiso del paciente o de un miembro de la familia si el primero no puede dar el permiso.

El sentido de modestia del paciente, definido culturalmente, también se debe tener en cuenta al proporcionar atención de enfermería. Por ejemplo, algunas mujeres judías y musulmanas consideran que la modestia requiere cubrirse la cabeza, los brazos y las piernas con ropa. Es importante que el personal de enfermería reconozca las variaciones culturales y comprenda que el tacto puede ser percibido como intrusivo para algunos pacientes.

## **Celebración de días festivos**

Personas de todas las culturas celebran ciertas fiestas civiles y religiosas. El personal de enfermería debe familiarizarse con las celebraciones importantes para los miembros de los grupos culturales que atienden. La información sobre estas festividades está disponible en varias fuentes, incluidas organizaciones religiosas, clérigos de hospitales y los propios pacientes. Las citas de salud de rutina, las pruebas de diagnóstico, la cirugía y otros procedimientos importantes deben programarse para evitar días festivos que los pacientes identifiquen como significativos. Si no está contraindicado, también se deben realizar esfuerzos para permitir a los pacientes y las familias o personas significativas realizar rituales culturales y religiosos en el ámbito de la atención médica.

## Dieta

El contexto cultural de los alimentos varía de manera amplia, pero generalmente incluye uno o más de los siguientes elementos: alivio del hambre, promoción de la salud y curación, prevención de enfermedades o padecimientos, expresión de afecto, promoción de la cercanía interpersonal entre individuos, familias, grupos, comunidades o naciones y promoción de alianzas de parentesco y familia. La comida también se asocia con el fortalecimiento de los vínculos sociales, conmemoración de eventos vitales (p. ej., cumpleaños, matrimonios, funerales), expresión de gratitud o aprecio, reconocimiento de logros o éxitos, validación de funciones ceremoniales sociales, culturales o religiosas, facilitación de negociaciones comerciales y expresión de opulencia, riqueza o estatus social.

La cultura determina qué alimentos se sirven y cuándo se sirven, el número y frecuencia de las comidas, quién come con quién y quién recibe las porciones más selectas. Asimismo, determina cómo se preparan y sirven los alimentos, cómo se comen (palillos, manos, tenedor, cuchillo o cuchara) y dónde compran las personas (p. ej., tiendas étnicas de comestibles, mercados de alimentos especializados). La cultura también determina el impacto del exceso de peso y la obesidad en el autoestima y la posición social. En algunas culturas, el volumen corporal se considera un signo de prosperidad y salud (p. ej., un bebé con sobrepeso es un bebé saludable).

Las prácticas religiosas pueden incluir el ayuno (p. ej., mormones, católicos, budistas, judíos, musulmanes) y abstenerse de alimentos seleccionados en ciertos momentos (los católicos se abstienen de comer carne el Miércoles de Ceniza y los viernes durante la Cuaresma). Las prácticas también pueden incluir el uso ritual de alimentos y bebidas (la cena de la Pascua, el consumo de pan y vino durante las ceremonias religiosas). El [cuadro 7-2](#) resume algunas comidas y bebidas prohibidas en grupos religiosos específicos.

La mayoría de los grupos se divierten en días festivos determinados, a menudo en compañía de familiares y amigos. Por ejemplo, gran cantidad de cristianos comen cenas abundantes en Navidad y Pascua y consumen otros alimentos tradicionales ricos en grasas y calorías, como galletas de temporada, pasteles y golosinas. Estas prácticas dietéticas con base en la cultura son especialmente importantes en el cuidado de pacientes con diabetes, hipertensión, padecimientos gastrointestinales, obesidad y otras enfermedades en las que la dieta desempeña un papel clave en el régimen de tratamiento y mantenimiento de la salud.

## Variaciones biológicas

Junto con las adaptaciones psicosociales, el personal de enfermería también debe considerar el impacto fisiológico de la cultura en la respuesta de los pacientes al tratamiento, particularmente a los medicamentos. Se han obtenido datos durante muchos años con respecto a las diferencias en el efecto que algunos fármacos tienen en personas de diversos orígenes étnicos o culturales. Las predisposiciones genéticas a diferentes tasas de metabolismo hacen que algunos pacientes sean propensos a reacciones adversas a la dosis estándar de un medicamento, mientras que otros probablemente experimenten un beneficio muy reducido de una dosis idéntica (Giger,

2013). Por ejemplo, un agente antihipertensivo puede funcionar bien para reducir la presión arterial a niveles aceptables en un hombre caucásico dentro de un período de 4 semanas, pero puede tomar mucho más tiempo para funcionar, o no funcionar en absoluto, en un hombre afroamericano hipertenso. En el futuro, la investigación genómica podrá identificar los fundamentos genéticos de la susceptibilidad a la enfermedad, la respuesta a los fármacos y los resultados de salud (Jaja, Gibson, y Quarles, 2013). El personal de enfermería debe saber que la etnia y los factores relacionados, como los valores y las creencias sobre el consumo de suplementos herbolarios, la ingesta dietética y los factores genéticos, pueden afectar la eficacia del tratamiento y el cumplimiento del régimen de tratamiento (Giger, 2013).

## Medidas de tratamiento complementarias, alternativas e integrativas

Las intervenciones para las alteraciones en la salud y el bienestar varían según las culturas. Las intervenciones más empleadas en los Estados Unidos han sido etiquetadas como *medicina convencional*, que también se conoce como *alopatía*, *medicina occidental*, *medicina habitual*, *medicina dominante* y *biomedicina* (National Center for Complementary and Integrative Health [NCCIH], 2015). Los tratamientos utilizados en conjunto con la medicina convencional se conocen como *tratamientos complementarios*, mientras que aquellos que reemplazan a la medicina convencional se conocen como *tratamientos alternativos* (NCCIH, 2015). El interés en intervenciones que no son parte integral de la medicina convencional llevó a los National Institutes of Health a crear la Office of Alternative Medicine y después a establecer el National Center for Complementary and Alternative Medicine, que ahora se llama National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). La atención integral de la salud se considera un abordaje completo e interdisciplinario para prevenir y tratar enfermedades y promover la salud que reúne terapias complementarias, alternativas y convencionales. El uso de un abordaje integrador para el bienestar y la salud ha crecido dentro de los entornos de atención médica principales en los Estados Unidos (NCCIH, 2015).

### Cuadro 7-2 Alimentos y bebidas prohibidos por algunos grupos religiosos

#### Hinduismo

Todas las carnes  
Manteca/grasas animales

#### Islam

Carne de cerdo  
Productos y bebidas alcohólicas (incluidos los extractos, como la vainilla y el limón)  
Manteca animal  
Grenetina de cerdo, malvaviscos y otras golosinas elaboradas con grenetina  
*Nota:* *Halal* significa que es un alimento legal que puede consumirse según los principios del Corán;  
*Haram*, que es un alimento que es ilegal consumir.

#### Judaísmo

Carne de cerdo

Aves rapaces

Mariscos y peces carroñeros (p. ej., camarones, cangrejos, langostas, caracoles, bagres; los peces con aletas y escamas están permitidos)

Mezcla de platos de carne y leche en la misma comida

Sangre por ingestión (p. ej., morcilla, carne cruda)

*Nota:* los alimentos empacados tienen etiquetas que identifican si son artículos *kosher* (“preservados adecuadamente” o “adecuados”) y *pareve* (sin carne o leche).

### **Mormonismo** (Iglesia de Jesucristo de los Últimos Días)

Alcohol

Bebidas que contienen estimulantes de la cafeína (café, té, bebidas gaseosas y refrescos carbonatados selectos)

### **Adventismo del séptimo día**

Alcohol

Bebidas que contienen estimulantes de cafeína (café, té, bebidas gaseosas y refrescos carbonatados selectos)

Carne de cerdo

Ciertos pescados y mariscos

Bebidas fermentadas

*Nota:* se fomenta el vegetarianismo opcional.

Las medidas integrales de salud se clasifican por producto o tipo de práctica en dos subgrupos, a saber, productos naturales y prácticas mentales y corporales (NCCIH, 2015):

- Los *productos naturales* incluyen hierbas (también conocidas como *herbolarios*), vitaminas y minerales, y probióticos. Éstos se comercializan ampliamente para los consumidores y a menudo se venden y consumen como suplementos dietéticos.
- Las *prácticas mentales y corporales* incluyen diversos procedimientos y técnicas impartidos o compartidos por profesionales capacitados o profesores, e incluyen prácticas como yoga, meditación, quiropráctica y manipulación osteopática, masaje, acupuntura, técnicas de relajación y *tai chi*.

Los pacientes pueden optar por buscar un abordaje complementario o alternativo a las terapias médicas o quirúrgicas convencionales. El personal de enfermería debe trabajar con ellos para desarrollar estrategias de salud eficaces y personalizadas, que pueden incluir el uso de productos naturales y prácticas mentales y corporales para promover la salud y el bienestar individual. Las enfermeras y enfermeros deben valorar a todos los pacientes para detectar el empleo de tratamientos complementarios y estar alerta ante el peligro de interacciones entre fármacos y productos naturales o tratamientos en conflicto, así como estar preparados para ofrecer información a los pacientes sobre tratamientos que pueden ser dañinos o beneficiosos con base en la mejor evidencia de investigación y las recomendaciones. Sin embargo, el personal de enfermería debe aceptar las creencias de los pacientes y su derecho a la autonomía, es decir, a controlar su propia atención. Como defensores de los pacientes, deben facilitar la integración de terapias médicas convencionales, complementarias y alternativas.

## Causas de enfermedad

Las personas pueden percibir la enfermedad de diferentes maneras. Tres puntos de vista principales, o paradigmas, intentan explicar las causas de la enfermedad y la enfermedad: la visión biomédica o científica, la perspectiva naturalista u holística, y la visión mágico-religiosa.

### Visión biomédica o científica

La cosmovisión biomédica o científica prevalece en la mayoría de los centros de salud y el personal de enfermería, y ha sido adoptada por la mayor parte de los proveedores de atención médica. Los supuestos básicos que subyacen a la perspectiva biomédica son que todos los acontecimientos en la vida tienen una causa y efecto, que el cuerpo humano funciona como una máquina y que toda la realidad puede observarse y medirse (p. ej., presión arterial, presión parcial de oxígeno arterial [PaO<sub>2</sub>], pruebas de inteligencia). Un ejemplo del punto de vista biomédico o científico es la explicación patógena de las enfermedades transmisibles.

### Perspectiva naturalista u holística

La perspectiva naturalista u holística es otro punto de vista que explica la causa de la enfermedad y es habitualmente aceptado por muchos nativos americanos, asiáticos y otros. De acuerdo con esta visión, las fuerzas de la naturaleza deben mantenerse en equilibrio natural o armonía.

Un ejemplo de creencia naturalista, sostenida por muchos grupos asiáticos, es la teoría del yin y el yang, la base de la medicina oriental o china, en la que se considera que la salud existe cuando todos los aspectos de una persona están en perfecto equilibrio o armonía. Arraigada en la antigua filosofía china del taoísmo, que se traduce como “el camino”, la teoría del yin y el yang propone que todos los organismos y los objetos en el universo consisten en energía yin y yang. El lugar de las fuerzas de energía está en el sistema nervioso vegetativo, donde se mantiene el equilibrio entre las fuerzas de oposición durante la salud. La energía yin representa las fuerzas femeninas y negativas, como el vacío, la oscuridad y el frío, mientras que las fuerzas yang son masculinas, positivas y emiten calor y plenitud. Los alimentos se clasifican como fríos (yin) o calientes (yang) en esta teoría y se transforman en energía yin y yang mediante el cuerpo. Los alimentos fríos se consumen cuando una persona tiene una enfermedad caliente (p. ej., fiebre, salpullido, dolor de garganta, úlcera, infección) y los alimentos calientes se consumen cuando una persona tiene una enfermedad fría (p. ej., cáncer, dolor de cabeza, cólicos, *resfriado*).

Muchos grupos latinoamericanos, afroamericanos y árabes también adoptan una teoría de calor y frío de la salud y la enfermedad. Se considera que los cuatro humores del cuerpo (sangre, flema, bilis negra y bilis amarilla) regulan las funciones corporales básicas y se describen en términos de temperatura y humedad. El tratamiento de la enfermedad consiste en agregar o eliminar frío, calor, sequedad o humedad para restablecer el equilibrio de estos humores. Las bebidas, los alimentos, las hierbas, los medicamentos y las enfermedades se clasifican como calientes o fríos

según sus efectos percibidos en el cuerpo, no sus características físicas. De acuerdo con la teoría del frío y el calor, la persona como un todo, no sólo una dolencia en particular, es significativa. Las personas que adoptan la teoría del frío y el calor aseguran que la salud consiste en un estado positivo de bienestar total, incluidos los aspectos físicos, psicológicos, espirituales y sociales.

De acuerdo con la cosmovisión naturalista, romper las leyes de la naturaleza crea desequilibrios, caos y enfermedades. Las personas que adoptan el paradigma naturalista usan metáforas como “el poder sanador de la naturaleza”. Por ejemplo, desde la perspectiva de muchos chinos, la enfermedad no se ve como un agente intrusivo, sino como una parte del curso rítmico de la vida y un signo externo de falta de armonía en su interior.

## Visión mágico-religiosa

Otra forma importante en la que las personas perciben el mundo y explican las causas de la enfermedad es la cosmovisión mágico-religiosa. La premisa básica de esta visión es que el mundo es un campo de batalla en el que dominan las fuerzas sobrenaturales y el destino del mundo y de los que lo habitan depende de la acción de las fuerzas sobrenaturales del bien o el mal. Algunos ejemplos de causas mágicas de enfermedad incluyen la creencia en el vudú o la brujería entre algunos afroamericanos y personas de países caribeños. La curación por fe se basa en creencias religiosas y es más frecuente entre las religiones cristianas, incluida la ciencia cristiana, mientras que varios rituales de curación se pueden encontrar en muchas otras religiones, como el catolicismo y el mormonismo (Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días).

Por supuesto, es posible mantener una combinación de visiones del mundo, y muchos pacientes ofrecen más de una explicación para la causa de su enfermedad. Como profesión, la enfermería abarca en gran medida la cosmovisión científica o biomédica; sin embargo, algunos aspectos del holismo son populares, incluidas varias técnicas para controlar el dolor crónico, como la hipnosis, el tacto terapéutico y la biorretroalimentación. La creencia en el poder espiritual también la tienen muchos profesionales de la enfermería que atribuyen fuerzas sobrenaturales a diversos fenómenos inexplicables relacionados con los estados de salud y enfermedad de los pacientes. Independientemente de la opinión que se tenga y si el personal de enfermería está de acuerdo con las creencias del paciente al respecto, es importante conocer la manera en la que éste ve la enfermedad y la salud, y trabajar dentro de este marco para promover su atención y bienestar.

## Curanderos

Los miembros de algunas culturas confían en curanderos tradicionales o indígenas. Por ejemplo, el personal de enfermería puede descubrir que algunos pacientes latinos buscan ayuda de un *curandero* o *curandera* (sanador espiritual, médico tradicional, chamán), *espiritualista*, *yerbera* (herbolario) o un *sanador* (persona que manipula huesos y músculos). Algunos pacientes afroamericanos pueden buscar ayuda de un *hougan* (sacerdote o sacerdotisa vudú), espiritista, conjurador (generalmente una

mujer que usa rituales mágicos para tratar enfermedades) o “anciana” (una mujer mayor que ha criado con éxito una familia y se especializa en el cuidado infantil y remedios caseros). Los pacientes nativos americanos pueden buscar ayuda de un chamán o un curandero o curandera. Los pacientes asiáticos pueden mencionar que han visitado yerberos, acupunturistas u osteópatas. Las diferentes culturas tienen sus propios curanderos, la mayoría de ellos hablan la lengua nativa de esa cultura, hacen visitas a domicilio y cobran significativamente menos que los médicos que practican en el sistema de atención médica convencional.

Las personas que buscan tratamientos complementarios y alternativos han ampliado las prácticas de los curanderos populares más allá de sus poblaciones tradicionales; por lo tanto, el personal de enfermería debe preguntar al paciente sobre el empleo de curanderos populares, de manera independiente de los antecedentes culturales del paciente. Los enfermeros no deben ignorar la creencia de la persona enferma en los curanderos populares o tratar de desalentar la confianza en ellos, ya que hacerlo puede alejarla y distanciarla de la atención prescrita. En cambio, deben intentar dar un lugar a las creencias del paciente mientras defiende el tratamiento indicado por los principios de las ciencias de la salud ([cuadro 7-3](#)).

### Cuadro 7-3

### DILEMA ÉTICO

## ¿Cuándo pueden considerarse dañinos o complementarios los remedios tradicionales?

### Caso

Usted se encuentra trabajando en una clínica de salud de un vecindario urbano. Una mujer de 78 años de edad que es inmigrante china se presenta con antecedentes de 5 días de fiebre leve, palidez, escalofríos, tos seca y fatiga. La hija adulta de la mujer la ha llevado a la clínica y ambas insisten en que aquélla esté presente durante la valoración. Cuando comienza a escuchar los ruidos de los pulmones de la mujer, de manera incidental, nota que tiene zonas redondas y magulladas en su espalda en un patrón simétrico. Algunas de las marcas parecen estar infectadas en los sitios donde fueron succionadas pequeñas cantidades de sangre. Usted pregunta cómo sucedió esto y la hija interrumpe diciendo “es debido al uso de ventosas, pero esta vez no pareció funcionar bien, porque sigue muy enferma. Por eso estamos aquí”. Usted ha escuchado que en las comunidades chinas el uso de ventosas húmedas se practica como un remedio popular y que la intención de este tratamiento es eliminar la inflamación.

### Discusión

Hay muchos remedios caseros que los inmigrantes en los Estados Unidos pueden seguir empleando para tratar diversas enfermedades. Algunos de estos remedios pueden ser complementarios a la medicina occidental tradicional, mientras que otros pueden considerarse terapias nocivas, pues llegan a ocasionar retrasos en la búsqueda de vías habituales para el tratamiento o resultar dañinas para el paciente. Es importante determinar si este procedimiento es complementario y si el paciente visita regularmente a un médico de primer nivel para proporcionarle atención integral de salud. La American Nurses Association (1991) aconseja al profesional de enfermería que identifique su propio etnocentrismo al interactuar con pacientes de una cultura diferente, es decir, la creencia de que la forma culturalmente aceptada por el personal de practicar la atención médica es inherentemente superior a otra práctica de atención médica culturalmente aceptada.

### Análisis

Describa los principios éticos que están en conflicto en este caso ([cuadro 3-3](#)). ¿Qué principio debe tener preeminencia a medida que avanza con la valoración de este paciente?

- Describa cualquier preocupación que pueda tener con respecto a la preservación de la autonomía del paciente. ¿Qué pasos podría dar para garantizar que se preserve su autonomía?

- La ventosas son un remedio tradicional relativamente frecuente entre muchas culturas del sudeste asiático. ¿Cómo puede determinar si las marcas que encuentra en esta paciente significan que puede ser una víctima de abuso, en lugar de una receptora dispuesta de un remedio tradicional? ¿Cómo se asegura de que la paciente no sufra daños (asegurar que no haya maleficencia)? ¿Cómo determinar si está recibiendo atención médica para tratar problemas de salud existentes?
- Asuma que descubre que la paciente tiene plena capacidad para tomar decisiones competentes y que en realidad acepta la práctica tradicional de las ventosas. ¿Cómo concilia profesionalmente que ella ha intentado tratar su enfermedad con un remedio tradicional antes de buscar atención convencional? ¿El derecho de la paciente a tomar una decisión autónoma sobre su atención médica es mayor que su deseo de que ella buscare primero la atención médica habitual (o, en este caso, el principio de autonomía prevalece sobre los principios duales de beneficencia y no maleficencia)?

## Referencia

Ludwick, R., & Silva, M. C., (2000). Ethics: Nursing around the world: Cultural values and ethical conflicts. *Online Journal of Issues in Nursing*, 5(3). Acceso el: 27/8/2016 en: [www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/Columns/Ethics/Cult](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/Columns/Ethics/Cult)

## Recursos

Véase el [cuadro 3-6](#) para conocer los pasos de un análisis ético y los recursos éticos.

# Valoración cultural de enfermería

La **valoración cultural de enfermería** se refiere a un análisis o exploración sistemáticos de individuos, familias, grupos y comunidades en términos de sus creencias, valores y prácticas culturales. Los instrumentos de valoración de enfermería, que incluyen herramientas, escalas y cuestionarios, pueden ser útiles para medir las necesidades culturales de los pacientes (Shen, 2015). En un esfuerzo por establecer una base de datos para determinar los antecedentes culturales de un paciente, el personal de enfermería ha desarrollado o modificado herramientas de valoración cultural (Leininger, 2002) a fin de garantizar que se incluyan consideraciones transculturales en el plan de atención. El modelo de valoración transcultural de Giger y Davidhizar se ha utilizado para ayudar al personal de enfermería a realizar evaluaciones culturales, como se señaló anteriormente. Las preguntas derivadas de este modelo se pueden emplear para dirigir la valoración de la enfermería de las creencias étnicas, culturales o religiosas de una persona y su relación con sus tradiciones personales y de atención médica ([cuadro 7-4](#)) (Giger, 2013). Sin embargo, a pesar de la disponibilidad de herramientas diseñadas para facilitar la realización de valoraciones culturales, los hallazgos de investigaciones recientes sugieren que muchos individuos en la práctica de la enfermería no se sienten preparados para realizar valoraciones culturales y brindar atención culturalmente competente a pacientes de las minorías étnicas ([cuadro 7-5, Perfil de investigación en enfermería](#)) (Alpers y Hanssen, 2014).

# Consideraciones culturales adicionales: conózcase a sí mismo

Debido a que la interacción entre el personal de enfermería y los pacientes es el punto principal de la enfermería, se debe considerar la propia orientación cultural cuando se

realicen evaluaciones de los pacientes, sus familias y amigos. Las siguientes pautas pueden ser útiles para el personal que quiere proporcionar atención culturalmente apropiada:

- Conocer sus propias actitudes culturales, valores, creencias y prácticas.
- Reconocer que, a pesar de las “buenas intenciones”, todos tienen un bagaje cultural que finalmente conduce al **etnocentrismo** (juzgar a otra cultura según los estándares de la propia).
- Reconocer que, en general, es más fácil entender a aquellos cuyo legado cultural es similar al propio, mientras se considera a los que son diferentes como extraños y diferentes.
- Mantener una actitud amplia y abierta. Esperar lo inesperado. Disfrutar de las sorpresas.
- Evitar ver a todas las personas como iguales, es decir, evitar los estereotipos culturales, como “todo chino come arroz” o “todos los italianos comen espagueti”.
- Intentar comprender las razones de cualquier comportamiento mediante la discusión de puntos en común y diferencias con representantes de grupos étnicos distintos al propio.
- Si un paciente ha dicho o hecho algo que no se comprende, pedir aclaraciones y ser buen escucha. La mayoría de los pacientes responden positivamente a las preguntas que surgen de una genuina preocupación e interés en ellos.
- Si es posible, hablar el idioma del paciente (incluso se agradecen los saludos simples y las cortesías sociales). Evitar fingir un acento o usar palabras que habitualmente no forman parte del propio vocabulario.
- Ser uno mismo. No hay forma correcta ni maneras equivocadas de aprender sobre la diversidad cultural.

Cuadro  
7-4

## VALORACIÓN

### Valoración de las creencias culturales del paciente

#### Comunicación

- ¿Le gusta comunicarse con amigos, familiares y conocidos?
- Cuando se le hace una pregunta, ¿suele responder?
- Si hubiera algo importante que discutir con su familia, ¿cómo los abordaría?

#### Espacio

- Cuando habla con miembros de su familia, ¿qué tan cerca de ellos se para?
- Cuando habla con conocidos, ¿qué tan cerca de ellos se para?
- Si un desconocido le toca, ¿cómo reacciona o se siente?
- Si alguien querido le toca, ¿cómo reacciona o se siente?
- ¿Se siente cómodo con la distancia entre nosotros?

#### Organización social

- ¿Podría mencionar algunas actividades que le gusten?
- ¿Cuáles son sus pasatiempos?, ¿qué hace cuando tiene tiempo libre?
- ¿Cree en la existencia de un ser superior?
- ¿De qué manera rinde culto a ese ser superior?
- ¿Cuál es su función en el sistema familiar?

## Tiempo

- ¿Qué tipo de reloj usa diariamente?
- Si un profesional de enfermería le dice que debe tomar un medicamento “en aproximadamente media hora”, ¿cuánto tiempo dejaría pasar antes de llamar a la estación de enfermería?

## Control del entorno

- ¿Le parece aceptable que los visitantes lleguen inesperadamente?
- ¿Suele emplear remedios caseros? ¿Qué remedios caseros le han funcionado? ¿Los utilizará en el futuro?
- ¿Cuál es su definición de “buena salud”?
- ¿Cuál es su definición de enfermedad o “mala salud”?

## Variaciones biológicas

- ¿Qué enfermedades o padecimientos son frecuentes en su familia?
- ¿Quién suele ayudarlo a sobrellevar situaciones difíciles?
- ¿Qué alimentos les gusta comer a usted y su familia? ¿Qué alimentos son los favoritos de la familia o se consideran tradicionales?

## Utilización del proceso de enfermería

- Observe si el paciente se ha asimilado culturalmente o si es consciente de sus propias prácticas culturales.
- Incorpore los datos en el plan de atención de enfermería.

Adaptado de: Giger, J. (2013). *Transcultural Nursing: Assessment and intervention* (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.

# Perspectivas en la enfermería transcultural

Proporcionar atención de enfermería de calidad culturalmente específica para una población cada vez más diversa en los Estados Unidos es un desafío inminente (Mareno y Hart, 2014). Se proyecta que la población caucásica no hispana disminuirá proporcionalmente a mediados del siglo XXI, de modo que ya no comprenderá la población de *mayoría*, y otras poblaciones étnicas y raciales (poblaciones *minoritarias* en comparación con los caucásicos no hispanos) comprenderán colectivamente la mayoría de todos los estadounidenses. Este fenómeno proyectado se llama cruce de *mayoría-minoría* (Ortman y Guarneri, 2011).

### Cuadro

7-5



### PERFIL DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

## Competencia cultural autoevaluada del personal de enfermería

Alpers, L., & Hanssen, I. (2014). Caring for ethnic minority patients: A mixed-method study of nurses' self-assessment of cultural competency. *Nursing Education Today*, 34(6), 999–1004.

## Objetivos

La investigación muestra que el personal de enfermería carece de competencia cultural, lo que puede afectar de manera negativa el tratamiento y la atención de los pacientes de minorías étnicas. El objetivo de este estudio fue investigar cómo el personal de enfermería de unidades médicas (UM) y el de unidades psiquiátricas (UP) valora su propia competencia cultural en el cuidado de pacientes con antecedentes minoritarios. Los temas valorados incluyeron conocimiento intercultural, conocimiento de las tradiciones médicas y diferencias en la etiología de la enfermedad, valoración de los síntomas y capacitación en el hospital, y disponibilidad para asesorías.

## Diseño

Este estudio contó con un diseño de investigación de métodos mixtos de la autoevaluación de competencia cultural del personal de enfermería. Se realizaron tres entrevistas a grupos de discusión con participantes de enfermería de UM y UP para desarrollar una encuesta de tipo Likert a fin de conocer las experiencias de los participantes que trabajan con pacientes de minorías étnicas. Los ítems de la encuesta fueron diseñados para hacer operativa la competencia cultural, con énfasis en evaluar la experiencia y el conocimiento de los participantes de enfermería. Se utilizó SPSS para analizar los datos cuantitativos, y análisis temático hermenéutico para los datos cualitativos.

## Resultados

En total, 145 participantes de enfermería de UM y 100 participantes de enfermería de UP completaron la encuesta. Los participantes carecían de conocimiento sobre una amplia gama de temas, por ejemplo: cómo comunicarse a través de un intérprete, cómo implementar la atención de enfermería con familiares y niños pequeños presentes, y cómo cuidar adecuadamente a un paciente que ha sido circuncidado. También expresaron una falta de conocimiento sobre diversas expresiones culturales que pueden ser importantes para los pacientes de minorías étnicas hospitalizados. Las respuestas de la encuesta destacaron que el 20% de los participantes de enfermería de UM y el 28% de los participantes de enfermería de UP indicaron que tenían conocimiento inter cultural adecuado, mientras que el 44% de ambos grupos de participantes de enfermería señalaron que tenían conocimiento inadecuado para brindar tratamiento y atención apropiados. No hubo ninguna influencia de los años de experiencia práctica sobre el conocimiento intercultural autovalorado de los participantes.

## Implicaciones de enfermería

Los hallazgos del estudio sugieren que la sola experiencia no es suficiente para desarrollar la competencia cultural. Los años de experiencia práctica no equipan al personal de enfermería con el conocimiento adecuado para realizar la valoración intercultural de los síntomas y brindar un tratamiento y atención culturalmente competente. Se necesita educación formal, clases en el centro de salud, retroalimentación y acceso a información relevante para facilitar la prestación de servicios de enfermería culturalmente competentes.

Conforme la población se vuelve más diversa culturalmente, los esfuerzos por aumentar la cantidad de personal de enfermería de minorías étnicas deben continuar y acelerarse (Sullivan Commission, 2004). En el año 2013, más del 83% de todos los profesionales de la enfermería fueron caucásicos (National Council of State Boards of Nursing, 2013). El progreso hacia el aumento del porcentaje de personal de enfermería culturalmente diverso ha sido significativamente más lento que el creciente porcentaje de avance de las minorías étnicas en los Estados Unidos. Se deben realizar mayores esfuerzos para facilitar el reclutamiento y que los estudiantes de enfermería que son miembros de minorías étnicas completen los programas de capacitación. Además, las instituciones educativas deben preparar a los estudiantes para brindar atención culturalmente competente y deben trabajar para aumentar el número de proveedores de minorías étnicas en la fuerza laboral de enfermería. Los programas de enfermería están explorando formas creativas de promover la competencia cultural y la atención humanística en sus estudiantes, incluida la oferta de estudios de salud multiculturales en sus planes de estudios. Los métodos de simulación y el juego de roles podrían ser eficaces para practicar la atención culturalmente centrada en la persona (McClimens, et al., 2014). Con estos métodos pedagógicos, los estudiantes pueden desarrollar los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para ofrecer una atención centrada en el paciente congruente con los objetivos establecidos a través de la iniciativa nacional de educación de enfermería de Quality and Safety Education for Nurses (QSEN) financiada por la

Robert Wood Johnson Foundation (QSEN, 2015).

La diversidad cultural todavía es uno de los principales problemas en el cuidado de la salud. Se espera que el personal de enfermería brinde atención culturalmente competente a los pacientes. Para hacerlo, debe trabajar de manera eficaz con el creciente número de pacientes, colegas y miembros del equipo de atención médica cuya ascendencia refleja el perfil multicultural de la sociedad contemporánea.

## EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

**1**  Usted es responsable de atender a un paciente filipinoamericano que padece una enfermedad articular degenerativa de la cadera derecha, quien está programado mañana para un reemplazo total de cadera derecha en el quirófano. Se encuentra completando una valoración preoperatoria para el control del dolor postoperatorio como una meta prioritaria. ¿Qué datos biográficos son importantes para identificar en la valoración durante la etapa preoperatoria? ¿Qué creencias culturales deben evaluarse para este paciente? ¿Cuál es su primera prioridad para la capacitación del paciente? Explique por qué es importante examinar sus propios sentimientos sobre las posibles creencias y prácticas culturales del paciente.

**2** Una mujer vietnamita de 65 años de edad que habla poco inglés es hospitalizada por insuficiencia cardíaca congestiva recientemente diagnosticada. Usted es responsable de su cuidado y detecta que la presión arterial de la mujer está elevada y que tiene una tos productiva. Se prescribe un  $\beta$ -bloqueador a la paciente para regular su presión arterial. La hija comparte con usted que a su madre no le gusta tomar medicamentos y opta por tomar remedios herbolarios. ¿Qué debe incluirse en la valoración de enfermería inicial? ¿Qué información debe incluir que refleje la aceptación de las creencias y prácticas sobre salud y enfermedad de la paciente? ¿Qué pasos debe seguir para ser culturalmente competente?

**3**  Usted brinda atención a un hombre chino de 78 años de edad que llegó a los Estados Unidos desde China hace 2 años, con enfermedad pulmonar obstructiva crónica recién diagnosticada. Durante su valoración inicial del enfermo, observa que habla y entiende muy poco inglés. Según su conocimiento de las pautas basadas en la evidencia, ¿qué valoración inicial se debe completar para determinar las necesidades de comunicación del paciente? ¿Qué servicios de interpretación y traducción están disponibles para que pueda comunicarse de manera eficaz con el paciente y su familia?

## REFERENCIAS

\* El asterisco indica artículo de investigación de enfermería.

\*\* El doble asterisco indica referencia clásica.

### Libros

- Giger, J. (2013). *Transcultural Nursing: Assessment and intervention* (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- \*\*Institute of Medicine. (2003). *Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in healthcare*. Washington, DC: National Academies Press.
- Jarvis, C. (2016). *Physical examination & health assessment*. (7th ed.). St. Louis, Elsevier Saunders.
- \*\*Leininger, M. M. (Ed.). (2001). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. New York, NY: National League for Nursing Press.
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2015). *Leininger's cultural care diversity and universality: A worldwide nursing theory* (3rd ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett.

## Revistas y documentos electrónicos

- \*Alpers, L. M., & Hanssen, I. (2014). Caring for ethnic minority patients: A mixed-method study of nurses' self-assessment of cultural competency. *Nurse Education Today*, 34(6), 999–1004.
- Enis, S. R., Rios-Vargas, M., & Albert, N. G. (2011). *The Hispanic population: 2010. 2010 Census Briefs*. Washington, DC: U.S. Bureau of the Census. Acceso el: 29/12/2015 en: [www.census.gov/prod/cen2010/briefs/c2010br-04.pdf](http://www.census.gov/prod/cen2010/briefs/c2010br-04.pdf)
- Holland, A. (2015). The lived experience of teaching about race in cultural nursing education. *Journal of Transcultural Nursing Education*, 26(1), 92–100.
- Humes, K. R., Jones, N. A., & Ramirez, R. R. (2011). *Overview of race and Hispanic origin: 2010. 2010 Census Briefs*. Washington, DC: U.S. Bureau of the Census. Acceso el: 29/12/2015 en: [www.census.gov/prod/cen2010/briefs/c2010br-02.pdf](http://www.census.gov/prod/cen2010/briefs/c2010br-02.pdf)
- Isaacson, M. (2014). Clarifying concepts: Cultural humility or competency. *Journal of Professional Nursing*, 30(3), 251–258.
- Jaja, C., Gibson, R., & Quarles, S. (2013). Advancing genomic research and reducing health disparities: What can nurse scholars do? *Journal of Nursing Scholarship*, 45(2), 202–209.
- \*\*Leininger, M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189–192.
- Ludwick, R., & Silva, M. C. (2000). Ethics: Nursing around the world: Cultural values and ethical conflicts. *Online Journal of Issues in Nursing*, 5(3). Acceso el: 27/8/2016 en: [www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/Columns/Ethics/Cu](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/Columns/Ethics/Cu)
- Mareno, N., & Hart, P. (2014). Cultural competency among nurses with undergraduate and graduate degrees: Implications for nursing education. *Nursing Education Perspectives*, 35(2), 83–88.
- Marzilli, C. (2014). Concept analysis of culture applied to nursing. *Creative Nursing*, 20(4), 227–233.
- McClimens, A., Brewster, J., & Lewis, R. (2014). Recognising and respecting patients' cultural diversity. *Nursing Standard*, 28(28), 45–52.
- Mixer, S. J., McFarland, M. R., Andrews, M. M., et al. (2013). Exploring faculty health and wellbeing: Creating a caring scholarly community. *Nurse Education Today*, 33(12), 1471–1476.
- National Council of State Boards of Nursing. (2013). Highlights of the national workforce survey of registered nurses. Acceso el: 12/30/2015 en: [www.ncsbn.org/workforce.htm](http://www.ncsbn.org/workforce.htm)
- National Institutes of Health, National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). (2015). Terapias de salud complementarias, alternativas e integrativas ¿Qué es un nombre? Acceso el: 10/10/2015 en: [nccih.nih.gov/health/integrative-health](http://nccih.nih.gov/health/integrative-health)
- Ortman, J. M., & Guarneri, C. E. (2011). United States population projections: 2000 to 2050. Acceso el: 30/12/2015 en: [www.census.gov/population/projections/files/analytical-document09.pdf](http://www.census.gov/population/projections/files/analytical-document09.pdf)
- Quality and Safety Education for Nurses. (2015). Competency KSAs (prelicensure). Acceso el: 30/12/2015 en: [qsen.org/competencies/pre-licensure-ksas](http://qsen.org/competencies/pre-licensure-ksas)
- Rew, L., Becker, H., Chontichachalalauk, J., et al. (2014). Cultural diversity among nursing students: Reanalysis of the Cultural Awareness Scale. *Journal of Nursing Education*, 53(2), 71–76.
- Shen, Z. (2015). Cultural competence models and cultural competence assessment instruments in nursing: A literature review. *Journal of Transcultural Nursing*, 26(3), 308–321.
- \*\*Sullivan Commission. (2004). Missing persons: Minorities in the health professions. Acceso el: 30/12/2015 en: [www.aacn.nche.edu/media-relations/SullivanReport.pdf](http://www.aacn.nche.edu/media-relations/SullivanReport.pdf)
- The Joint Commission. (2014). Crosswalk of Joint Commission Hospital Program and the National CLAS Standards. Acceso el: 6/10/2015 en: [www.jointcommission.org/core\\_measure\\_sets.aspx](http://www.jointcommission.org/core_measure_sets.aspx)
- U.S. Department of Health & Human Services (HHS), Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2015). Healthy People 2020: Disparities. Washington, DC. Acceso el: 30/12/2015 en: [www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/Disparities](http://www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/Disparities)

## Recursos

Asian American/Pacific Islander Nurses Association (AAPINA), [aapina.org](http://aapina.org) Council on Nursing and Anthropology (CONAA), [www.conaa.org](http://www.conaa.org)  
*Healthy People 2020*, [www.healthypeople.gov/2020/default](http://www.healthypeople.gov/2020/default)  
LanguageLine Solutions, [www.languageline.com](http://www.languageline.com) (Provides written and oral translation in 140 languages.)  
National Black Nurses Association (NBNA), [www.nbna.org](http://www.nbna.org)  
National Center for Cultural Competence (NCCC), Georgetown University Center for Child and Human Development, [nccc.georgetown.edu](http://nccc.georgetown.edu)  
National Institutes of Health, National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH), [nccih.nih.gov](http://nccih.nih.gov)  
Office of Minority Health (OMH), [minorityhealth.hhs.gov](http://minorityhealth.hhs.gov)  
Transcultural Nursing Society, [www.tcns.org](http://www.tcns.org)