

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO  
ESCUELA DE POSTGRADO



CUIDADO DE ENFERMERÍA AL NIÑO ANDINO  
HOSPITALIZADO. CHICLAYO, 2011

Autora: Lic. YOLANDA BEATRIZ VILLARREAL ORTIZ

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE:  
MAGÍSTER EN ENFERMERÍA

Chiclayo, Perú

2012

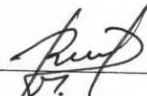
**CUIDADO DE ENFERMERÍA AL NIÑO ANDINO  
HOSPITALIZADO. CHICLAYO, 2011**

POR:

Lic. YOLANDA BEATRIZ VILLARREAL ORTIZ

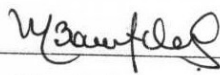
Tesis presentada a la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica  
Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Grado de  
MAGÍSTER EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:



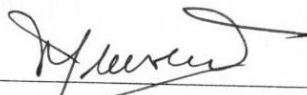
Dra. Rosa Díaz Manchay

Presidenta de Jurado



Mgtr. Mayla Barreto Quiroz

Secretaria de Jurado



Dra. Mirtha Flor Cervera Vallejos

Vocal/Asesora de Jurado

CHICLAYO, 2012

# ÍNDICE

	Página
DEDICATORIA .....	iv
AGRADECIMIENTO .....	v
RESUMEN .....	vi
ABSTRACT .....	vii
INTRODUCCIÓN .....	viii
<b>CAPITULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL</b> .....	<b>15</b>
1.1. Antecedentes .....	16
1.2. Bases teórico- conceptuales .....	18
<b>CAPITULO II: MARCO METODOLÓGICO</b> .....	<b>29</b>
2.1. Tipo de investigación .....	30
2.2. Abordaje metodológico .....	30
2.3. Sujetos de la Investigación .....	34
2.4. Escenario .....	36
2.5. Instrumentos de recolección de los datos .....	37
2.6. Procedimiento .....	39
2.7. Análisis de datos .....	41
2.8. Criterios éticos .....	43
2.9. Criterios de rigor científico .....	46
<b>CAPITULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN</b> .....	<b>48</b>
<b>CONSIDERACIONES FINALES</b> .....	<b>91</b>
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	<b>93</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>95</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>106</b>

## DEDICATORIA

A mi esposo Agustín y mis queridos hijos: Marita, Manuel y David por ser los mejores regalos que Dios me ha dado. Ellos con su apoyo y su fe constante siempre vieron en mí una gran amiga y una profesional con deseos de superación y ahora siento estar en el lugar correcto para seguir cuidándolos y seguir siendo una gran familia.

A mis grandes amigas: Dra. Mirtha Flor Cervera y Mgtr. Mayla Barreto, quienes con intuición y generosidad me apoyaron siempre en cada proyecto de mi vida.

## AGRADECIMIENTO

A Dios Todopoderoso y a la Virgen Santísima de Guadalupe por concederme la vida, su inmenso amor, y por su constante cuidado y guía en el logro de mis metas como profesional.

A mi Alma Mater Santo Toribio de Mogrovejo y sus autoridades por permitirme crecer como docente y superarme como persona.

Mi más profundo agradecimiento, a mi asesora Dra. Mirtha Flor Cervera Vallejos, quien con toda su calma, desempeño intelectual y humano, me ha conducido en forma brillante hacia la construcción de este estudio.

A todos los Honorables docentes del Master en Enfermería por socializar sus valiosas experiencias académicas.

Mi agradecimiento especial a los respetables miembros del jurado por todos sus aportes brindados y por que estuvieron siempre conmigo en cada momento de mi vida profesional.

## RESUMEN

La presente investigación cualitativa con abordaje de estudio de caso, asumió como objetivos: describir y analizar los cuidados que brinda la enfermera(o) al niño andino hospitalizado en el servicio de Pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo. Perú, 2011. Sus bases teóricas se sustentaron en Leininger, Hiebert, entre otros. El escenario lo conformó el servicio de Pediatría, participando en el estudio 8 enfermeras y 4 padres de familia de los niños andinos aplicándose una entrevista semiestructurada a profundidad. La muestra se obtuvo por saturación, con precedente de consentimiento informado. El tratamiento de los datos se realizó por análisis de contenido temático, utilizándose los principios éticos de Sgreccia y de rigor científico según Lincon y Guba; formándose las siguientes categorías: Predominio del modelo biólogo en el cuidado al niño andino con las subcategorías: Cuidado direccionado al tratamiento y separación en el cuidado emocional: Discriminación cultural. Resistencias culturales entre cuidado enfermero y la cosmovisión andina con las subcategorías: Dicotomía entre las creencias culturales y exigencias del cuidado, conflicto idiomático con insociabilidad durante el cuidado, educación a la familia del niño andino: conflicto y reto, y reflexionando sobre el cuidado transcultural. Como última categoría: Formación para la interculturalidad en el cuidado enfermero. Llegando a las consideraciones finales: Las enfermeras durante el cuidado al niño andino reconocen la existencia de vacíos referidos a la afectividad por ser un cuidado bajo el modelo biólogo; los niños andinos, sus padres y enfermeras no logran entenderse por ser ellos quechua hablantes y poseer una cosmovisión arraigada, falencias existentes en una adecuada interculturalidad del cuidado, especialmente cuando las enfermeras tienen que cuidar al niño en situaciones críticas, enfrentándose a costumbres, hábitos, valores y creencias que obstaculizan el cuidado para que sea integral.

**Palabras Claves:** *Cuidado enfermero, Cuidado Transcultural y Niño Andino.*

## ABSTRACT

This qualitative research case study approach, took the following objectives: to describe and analyze the care given by nurses (or) the Andean child hospitalized in the Pediatric Service Regional Hospital "Las Mercedes" Chiclayo. Peru, 2012. Its theoretical foundations were based on Lenninger, Hiebert, Stoff, Siles and others. The scenario is formed the Paediatric Service of the Hospital. Participated in the study 8 nurses and 4 parents of children Andean who answered a semistructured interview in depth, the sample was obtained by saturation, with previous informed consent. The data processing was performed by content analysis. We applied the ethical principles of Sgreccia (2009) and scientific rigor as Lincoln and Guba (1994), forming the following categories: Prevalence and biological model in the care of children Andean subcategories: Care and treatment directed to the separation in the care emotional cultural discrimination. Cultural resistance between nursing care and the Andean worldview with sub categories: Dichotomy between cultural beliefs and demands of care, with unsociability Language conflict in the care, education to the child's family Andes: conflict and challenge, and reflecting on transcultural care and as the last category: Training for interculturality in nursing care. Arriving late on the following considerations: Nurses for the care of children Andean recognize the existence of gaps especially related to the affection for being a care under the biological model, the Andean children and their parents, wary of them and assertiveness between the two is be difficult for Quechua speakers, possess a worldview aragada, gaps exist in intercultural adequate care, especially when nurses have to care for the child in critical situations, facing customs, habits, values and beliefs that hinder the care that is comprehensive .

**Keywords:** *care nurse, and Child Care Transcultural Andino.*

## INTRODUCCIÓN

El cuidado de la salud como práctica social ya sea cotidiana o institucional, tiene su génesis y estructura a través del saber cultural, también las instituciones sociales, las personas y el cuidado de enfermería nacen de esta raíz común, es por ello que a través de la historia social de los pueblos, la concepción del hombre responde a condiciones de la cultura dependiendo de la época en que vive y el ámbito donde se esté desarrollando<sup>1</sup>. Es decir, vive inmerso indudablemente a los cambios de la realidad y la cultura debiendo ser entendida como un todo integrado, que abarca desde el sistema de creencias hasta el sistema tecnológico, pasando por los conocimientos, costumbres, leyes y artes, permitiendo vivir en sociedad.

Y vivir en sociedad es apreciar una diversa gama de etnias culturales esparcidas por todo el mundo, incluso se puede decir que un país es multicultural, por poseer importantes y numerosas culturas, distribuidas en sus diferentes regiones, cada una de ellas con características que las hacen especiales; sin embargo, muchos de estos grupos culturales se pueden ver relegados por la sociedad, al no coincidir con lo que las personas creen como universal y estándar, es decir con su propia cultura, dedicándose muchas veces a excluirlas o juzgarlas debido a las diversas formas que tienen para satisfacer sus necesidades y más aún cuando se habla de salud, no aceptando sus costumbres, creencias y tradiciones<sup>2</sup>.

En el continente americano existen más de 400 grupos étnicos, encontrándose en ellos una creciente inquietud por las deficiencias en salud y gran preocupación por las condiciones sociales que afrontan la mayoría de los pueblos andinos<sup>3</sup>. Es en este aspecto donde el concepto de enfermería transcultural cobra sentido porque cada cultura requiere un tipo de atenciones, que varía según los distintos significados del cuidado, de

tipos de prácticas y creencias sobre la salud y la enfermedad, sin embargo los profesionales de enfermería no cuentan con las herramientas conceptuales relacionadas con el cuidado que aborde la cultura de la persona desde su lugar de origen<sup>4</sup>.

Preocupación que también se vió reflejada a partir de 1993, con la aprobación de la Iniciativa de Salud a los Pueblos Indígenas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los Estados Miembros se comprometieron a trabajar con estas poblaciones para mejorar su salud y bienestar, reconociendo el valor del patrimonio cultural, su saber ancestral y la necesidad de conservarlos<sup>5</sup>.

De esta manera se pudo conocer según el censo del INEI 2007, que el Perú cuenta con 1,786 comunidades indígenas ubicados en los departamentos donde existe mayor pobreza, tales como: Huánuco, Cuzco, Huancavelica, Cajamarca, Apurímac, Ayacucho, Puno y Amazonas, en estas comunidades existe una población de 7, 563,858 niños y adolescentes, de ellos 1.084,472 son niños andinos.

Cifras que también se ven reflejadas en la provincia de Ferreñafe, región Lambayeque con 27, 262 habitantes incluyendo la población infantil, del alto andino tales como: Tute, Quinua, Chilasqui, Huayabamba, Pandachí, etc. y zonas bajas como la Cangrejera, Kañaris, Incahuasi; estos pueblos andinos con sus propias prioridades y necesidades de procesos tendientes, a través de diferentes políticas y estrategias no han logrado avanzar en su desarrollo, mucho menos disminuir sus problemas sanitarios, por el contrario han desarrollado modelos de salud culturalmente apropiados a su propia cultura y creencias<sup>6</sup>.

En este sentido, en las regiones donde se encuentran los niños andinos los modelos de salud desarrollados están basados en sus creencias culturales

tales como uso de yerbas, amuletos, frotaciones y otras formas de protegerse de la enfermedad; creencias y costumbres heredados por sus ancestros y también por la ausencia o falta de profesionales de la salud. Es obvio entonces que la protección de estos pueblos depende en gran medida de la voluntad política.

Ante esta realidad es muy importante y necesario analizar el cuidado de enfermería que reciben los niños cuando están hospitalizados, especialmente si son andinos, conociendo lo que sienten, piensan y hacen las enfermeras al brindarles su cuidado por que son ellos el futuro de la región y el país y el cuidado que reciben sin duda va a mejorar su situación de salud, que no pudo ser atendida en su propia zona andina; así mismo, el cuidado a un niño andino se hace más relevante en la región Lambayeque por el aumento de problemas de salud que todavía no pueden ser resueltos por ellos mismos y tener como agregados personales la presencia de los valores, creencias y prácticas que todavía no han sido estudiadas, y que muchas veces complica la salud del niño.

Es así como, desde enero a diciembre del 2010 en el servicio de pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes, ingresaron procedentes de la sierra andina un promedio de 28 niños de diferentes edades y diagnósticos médicos con situaciones de salud que no pudieron ser resueltos en su lugar de origen, entre ellos: diarreas severas, derrames pleurales, neumonías, fibrosis pulmonares. Problemas hematológicos como leucemias, púrpuras, mieloproliferativos, problemas quirúrgicos como peritonitis, hernias, abdomen agudo, politraumatismos de diferente causa, infecciones severas, desnutrición de tercer grado, ceguera, enfermedades metaxémicas como dengue, bartonelosis y otros, cuya situación de gravedad obligan a los responsables de salud a transferirlos a la ciudad para ser hospitalizados y reciban el tratamiento pertinente<sup>7</sup>.

En estas circunstancias, la investigadora en su quehacer cotidiano en el servicio de pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes ha observado que existen muchas dificultades para cuidar a los niños andinos, por sus costumbres y valores que traen, siempre vienen acompañados de ambos padres siendo el padre traductor o informante. Algunas madres son quechua hablantes y otras hablan el castellano, pero se niegan a informar porque son tímidas o prohibidas de hablar por el esposo, entonces la enfermera (o) para brindar el cuidado y cumplir con los procedimientos y normas del servicio, además de tratar de explicarles a la madre y al traductor, no sabe que lenguaje emplear, recurriendo al lenguaje no verbal, es decir, al uso de gestos y/o movimientos de las manos u otras formas para hacerse entender o tratar de entender sus costumbres, temores y desconfianzas que tienen hacia el personal de salud poniendo a prueba la capacidad de conjugar los conocimientos de la academia, donde los procedimientos tienen una base científica para realizarlos en bien de la persona hospitalizada.

Pero cuando la persona no tiene conocimientos de la importancia de estar hospitalizada por poseer una cultura diferente tiene temores y desconfianza especialmente ante la necesidad de permanecer varios días fuera de su hogar ya sea por primera vez o por requerir una segunda hospitalización. Para los niños y padres de cultura andina, los procedimientos que reciben siempre son dolorosos y al recibirlos temen que no los curen sino que les hagan más daño, además el idioma o los términos que la enfermera utiliza no los entienden porque ellos hablan quechua o si entienden el castellano no entienden los términos médicos, mucho menos las normas del servicio de pediatría, como bañarse todos los días, ponerse ropa de cama lavarse los dientes y otras normas que allí se estipulan.

Frente a los aspectos culturales de los niños y sus familias la enfermera(o) no sólo afronta el ejercicio profesional con una actitud que va del paternalismo hasta cierta indiferencia porque entiende que su saber es el mejor, rechazando la oportunidad de aprender también de esa fuente inagotable de saberes y costumbres propias que emanan de los niños andinos y sus familias como el uso de la leche materna para la escaldadura, el rezo o la oración para el mal de ojo<sup>1</sup>, el uso de la vela de cera para el susto y otras creencias que los padres en su afán de mejorarlos les aplican sin que la enfermera o el personal de salud los observe. Muchas veces los niños lloran porque presentan fiebre o dolor, pero las madres o traductores no aceptan el cuidado que le brinda la enfermera(o), o dudan del tratamiento y hacen énfasis a sus costumbres refiriendo que es mal de ojo, en otras oportunidades les colocan los fajeros<sup>2</sup> muy ajustados dificultándoles la respiración, pero solo permiten que la enfermera(o) los afloje un poco por que cuando se les explica que no los deben usar, no aceptan, responden que sus hijos van a llorar mucho y se pueden herniar.

También, los niños andinos y sus madres atraviesan por difíciles circunstancias al no poder comunicarse, e interactuar con la enfermera mucho menos logran aprender la educación brindada, repercutiendo en su bienestar; desconocen las reglas de higiene básicas, vienen con los cabellos guardados en un sombrero típico con cintas de colores, vestimentas muy llamativas como faldas gruesas de color negro y sobre ella cintas de colores intensos, igualmente la blusa que contrasta con la falda y una faja ancha de colores fucia, verde o morado que envuelve su cintura. Así mismo, por

---

<sup>1</sup> El mal de ojo, o aojamiento: Es un fenómeno supersticioso, en el que supuestamente se produce un mal a una persona a través de la mirada.

<sup>2</sup> Fajeros: Una especie de faja de tela que antiguamente se utilizaba debido a la creencia de que los niños podían herniarse al hacer fuerza cuando lloraban o pujaban.

desconocimiento o pobreza, los niños no usan pañales, son envueltos con unas mantas gruesas y/o pantaloncitos con la misma característica. A los padres no les atrae la higiene a base de baño para ellos y sus niños, porque no es costumbre llevarlo a cabo en forma diaria, la ropa que usan es de lana y no llega a secarse fácilmente, por el clima donde viven cuya temperatura llega a 7° bajo cero, también no es costumbre el uso de toallas para secarse la cara o el cuerpo después del baño o el uso de pañales en los niños pequeños aunque estén con diarrea, todas estas costumbres, originan incomodidad al equipo multidisciplinario de salud y a los otros niños y familiares acompañantes que comparten la sala de hospitalización originando a veces riesgos de infecciones cruzadas, rechazos, quejas constantes por parte de otros familiares.

Además, cuando es necesario por el estado de gravedad del niño, no aceptan que les hablen de la fe, amor a Dios o la necesidad que el niño se bautice en caso de urgencia, por que algunos de ellos profesan otra religión o por que creen que al bautizarlo se va a morir, también la investigadora ha observado en varias oportunidades que los niños grandecitos no quieren ingerir la dieta, siempre piden arroz, papas, habas, ocas o mote como desayuno, y lloran porque les exigen tomar la avena, leche o soya que se les ofrece como parte de la dieta.

Por otro lado, los niños andinos por ser de extrema pobreza y muy pobres están afiliados al Seguro Integral de Salud, programa social del gobierno peruano que garantiza la atención gratuita de salud a todos los peruanos<sup>8</sup>, sin embargo el Hospital Regional Docente Las Mercedes, a pesar de estar inmerso en este programa carece de medicamentos y algunos medios de diagnósticos, siendo siempre la enfermera, quien tiene que hacer las conexiones directas con la asistenta social para que sean transferidos a la Beneficencia Pública de Chiclayo y/o al voluntariado del mismo hospital.

Ante esta situación descrita, la investigadora se plantea una serie de interrogantes. ¿Cómo es el cuidado que brinda la enfermera del servicio de pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes al niño andino?, ¿Cuáles son las necesidades de cuidado que presentan estos niños andinos?, ¿Cuáles son las implicancias del cuidado de enfermería en la adaptación de los niños andinos durante su hospitalización?, ¿Cuál es la importancia de la relación terapéutica y el sentido de vida en el proceso de adaptación de estos niños, madres y traductores andinos durante la hospitalización? ¿Cómo debe ser el cuidado de enfermería para lograr una adaptación y pronta recuperación de los niños andinos? Interrogantes que le condujeron a la investigadora a plantearse la siguiente pregunta de investigación científica: ¿cómo es el cuidado que brinda la enfermera(o) al niño andino hospitalizado? Chiclayo, 2012, teniendo como objeto de estudio los cuidados de enfermería al niño andino. Estudio que fue guiado por los objetivos de:

Describir y Analizar los cuidados que brinda la enfermera(o) al niño andino hospitalizado en el servicio de pediatría del Hospital Regional Docente las Mercedes Chiclayo, 2011.

La investigación se justificó porque pretende ser un aporte al conocimiento y comprensión de las enfermeras que laboran en el servicio de pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes sobre el cuidado de los niños procedentes de la sierra andina del distrito de Ferreñafe, región Lambayeque, debido a que poseen diversas creencias y prácticas culturales para conservar la salud frente a la presencia de la enfermedad. Además por la conveniencia de explorar si este cuidado brindado es aceptable y adecuado para los niños permitiendo valorar si esta reflexión es significativa para enfermería y aún resultar más importante y necesaria para toda la enfermería del siglo XXI.

Por otro lado, los cuidados de enfermería al niño andino hospitalizado han sido poco estudiados y profundizados desde el aspecto cualitativo, evidenciado en las escasas investigaciones a nivel local, nacional y de latinoamerica, por ello se considera que un estudio de esta naturaleza contribuye a comprender como realmente enfermería cuida al niño andino y a su familia como personas, además cuidarlo para el futuro no solo desde un modelo Biologista ni con discriminaciones culturales sino desde su perspectiva cultural con repercusión para su bienestar y restablecimiento de su salud.

Igualmente esta investigación pretende rescatar espacios de reflexión para la enfermería en general y especialmente a la enfermera asistencial del servicio de pediatría, docentes y estudiantes de pre-grado en el sentido de considerar las costumbres, idiosincrasia propias, cultura, ritos, etc. en su acción de cuidar. Esto permitirá crear puentes entre cuidado y cultura, tecnología, costumbres y creencias como también, ayudando a la nueva línea de investigación sobre la cultura del cuidado utilizando las teoría transcultural de Madeleine Leininger y otros autores que la citaron para referenciar los cuidados culturales transformándose de gran importancia en estos últimos años dada la gran migración de niños andinos al hospital y lo relacionado con la docencia, contribuir a fortalecerla con relación a su esencia el cuidado, favorecer su desarrollo y los procesos de enseñanza aportando conocimientos para a la nueva configuración de la malla curricular.

# CAPÍTULO I

## MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

### 1.1. Antecedentes

Luego de haber realizado la revisión de antecedentes se encontraron algunos estudios relacionados o cercanos al objeto de estudio. Así tenemos:

El estudio cualitativo de Reina R. et al<sup>9</sup>, Venezuela, titulado Abordaje del cuidado neonatal: un enfoque transcultural. Tuvo como objetivo el cuidado del neonato desde la perspectiva transcultural, constituyéndose en un reto que pretende traer a escena diferentes significados en la concepción del quehacer para mantener, proteger y fortalecer la vida del niño. La metodología utilizada para el desarrollo de esta investigación fue el bibliográfico. Por lo tanto, la construcción de conocimientos que se dispuso se fundamentó en los principios de la teoría de Leininger, que acepta la Enfermería como un fenómeno transcultural; teniendo como resultados que las enfermeras deben comprender las creencias y prácticas de cuidado que las madres brindan a sus hijos recién nacidos, contribuyendo a la profundización del conocimiento en torno a la diversidad cultural inmersa

en ese modo particular de cuidar; además los profesionales de enfermería deben conocer las semejanzas y diversidades del cuidado de las personas a quienes les brindan el cuidado para ofrecer a los usuarios de diversas o similares culturas, un cuidado congruente y oportuno.

Muñoz L<sup>10</sup> en su investigación “Mirando el cuidado cultural desde la Óptica de Leininger” investigación cualitativa, cuyo objetivo fue ofrecer un cuidado coherente con la cultura, como investigación y práctica en enfermería transcultural refirieron que este aprendizaje sobre el cuidado que los individuos adquieren, necesariamente se desarrolla cuando se interactúa con las personas a las que se cuida; la interacción requiere preparación, sensibilidad y pensamiento crítico, para descubrir y captar las distintas significaciones que las personas dan a sus vidas y sus propios cuidados, y como reflexión final concluyen como la investigación se configura en una puerta de entrada que permite percibir esas perspectivas y también en un puente que aproxima al profesional de enfermería a la cotidianidad de las personas para aprender de ellas, además su investigación ofrece insumos que en el futuro se podrán incorporar en la práctica del cuidado desde una perspectiva transcultural; distinguiendo la sustentación, reafirmación y la importancia de los conocimientos de distintas comunidades como una articulación dinámica, como patrimonio colectivo, como sistemas organizados de investigación y descubrimientos, con experiencia rutinaria de aprender y aprehender el cuidado en las comunidades.

García E et al<sup>11</sup>, en su investigación cualitativa titulada: La Enfermería transcultural “Papel de los enfermeros(as) ante la inmigración”. Tuvo como objetivo principal la revisión de la realidad multicultural como consecuencia de la globalización y la forma como afecta al trabajo diario de la profesión enfermera afrontando nuevos retos que surgen, optimizando el cuidado y estableciendo acciones comunicativas que logren entender el

sistema de cuidado cultural del paciente y lo legitimicen a través de un plan de atención que incorpore elementos de su cultura. Así mismo consideraron: Realidad cultural y sociosanitaria, refiriéndose a todos los flujos migratorios. Perspectiva Cultural de la enfermedad, refiriéndose a valores, creencias, símbolos de vida, estilos de vida cultural incluyendo sus prácticas y Enfermería Transcultural considerando la dimensión transcultural del cuidado. Concluyendo que la migración al ir en aumento implica tener que relacionarse y cuidar a pacientes con características y costumbres culturales radicalmente diferentes a las nuestras, tanto en el ámbito hospitalario como en el comunitario propiciando la aparición de nuevos términos que relacionan a la enfermería con la diversidad cultural, además la necesidad de formar enfermeras (os) que respondan a estas demandas migratorias con aceptación y respeto por las diferencias culturales, con mucha sensibilidad para entender las diferentes etnias y practicar eficazmente una enfermería transcultural.

Bermúdez K<sup>12</sup> con la investigación etnográfica denominada: “Significado que le conceden las enfermeras al cuidado desde la perspectiva transcultural y su relación con el cuidado que brindan en el componente crecimiento y desarrollo de los centros de salud de la dirección de salud V-2003, persiguió como objetivo, tomar en cuenta los aspectos culturales y considerarlos como base de sus acciones, ya sea para prevenir la enfermedad o restablecer la salud, además de conocer el significado de las enfermeras de los consultorios del componente crecimiento y desarrollo caracterizando el cuidado a la madre y al niño desde la perspectiva transcultural. Ellas en los resultados consiguieron que el componente CRED por intermedio de su manual de normas de atención al menor de 5 años incorporen como base de la atención del niño el abordaje cultural de la madre para que de esta manera las enfermeras que laboren en estos consultorios, se motiven, reflexionen e incorporen esa perspectiva transcultural en el cuidado, de tal manera que se beneficien las enfermeras,

logrando mejorar la esencia de la profesión y sobre todo el cuidado de los niños porque las madres harán uso de prácticas culturales saludables y se sentirán satisfechas por la atención que reciben.

Cabe resaltar que a nivel local hasta la fecha no se han encontrado estudios relacionados con los cuidados de enfermería al niño andino hospitalizado.

## **1.2 Bases teórico- conceptuales**

En este capítulo se desarrollan las referencias teóricas de diferentes autores que sustentan el trabajo de investigación guardando relación con el cuidado enfermero, cuidado transcultural y niño andino, siendo la base principal los supuestos teóricos de Madeleine Leininger<sup>13</sup>, para el cuidado transcultural, Hiebert<sup>14</sup> y Stoff, para la cosmovisión del niño andino, Kerouac para el cuidado enfermero, entre otros.

Para Kerouac<sup>15</sup>, el cuidado enfermero es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería, individualizados, que se centran en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales, por eso no se deja de mencionar que la enfermería es fundamentalmente el desarrollo de una actividad humana, y esta profesión, como labor de cuidado, tiene que ver con la realidad frágil y vulnerable del ser humano, aportando una visión que se desprende de la acción de cuidar y de atender a la persona enferma.

Para Torralba<sup>16</sup>, nadie conoce mejor que el profesional de enfermería al ser humano enfermo, la persona doliente porque precisamente su acción se desarrolla en el epicentro de este mundo. Esto es por que la enfermera trata cotidianamente a personas humanas en una situación de extrema

vulnerabilidad como es la enfermedad, acompañando al ser doliente y prestando los cuidados cuando existe en la persona enferma una situación de necesidad o debilidad que imposibilita o dificulta su independencia, así como en aquellas circunstancias de dolor, sufrimiento o de abandono, y a menudo de proximidad a la muerte.

En el contexto actual del cuidado de enfermería las enfermeras, tienen la oportunidad y la autonomía profesional de cumplir objetivos mediante herramientas de cuidado esencial para dar seguridad, proteger la salud física, psicológica y espiritual, en aras de evitar complicaciones para el paciente. Es así como los comportamientos de cuidado que generen empatía, confianza, y socialización, mediante acciones basadas en los conocimientos y por pericia en la comunicación, orientación, información, educación al paciente, se hacen indispensables en la calidez del cuidado que respeta la dignidad humana de la persona.

Desde esta perspectiva, cuando el niño andino se hospitaliza, lo hace porque requiere atención profesional directa, en otras palabras requiere cuidado de enfermería que en las zonas andinas donde vive o en un consultorio médico no les puedes ofrecer, entonces la enfermera atiende al niño y sus padres por ser los traductores apoyándoles, uniéndose a ellos en interacción continua, con actitudes y comportamientos que demuestran que les preocupa su bienestar y aceptándoles como persona y no como un objeto.

Es por ello, que acertar en el cuidado del niño andino desde la perspectiva de Leininger, involucra asimilar sus formas de vida, sus contextos, sus sentimientos, sus preocupaciones, sus creencias, prácticas y valores, en sucesos tan diversos como la hospitalización, específicamente cuando se interactúa con él. Esta interacción requiere preparación, sensibilidad y pensamiento crítico, para descubrir y captar las distintas

significaciones que traen consigo los niños y la enfermera tiene que abordarlos en sus propios cuidados.

Leininger menciona que la teoría de desarrollo está basada en la convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidado que desean o necesitan los demás. Plantea que la salud o el bienestar pueden predecirse a partir de las dimensiones epistemológica, ontológica de los cuidados culturales<sup>17</sup>.

La dimensión epistemológica, hace alusión a la forma de construcción veraz y confiable del conocimiento del cuidado de enfermería; y ontológica, a la naturaleza de la realidad que se estudia, orientados a la preservación y/o mantenimiento, la adaptación y/o negociación; y a la reorientación y/o reestructuración de los cuidados culturales, para ello la enfermera debe tener en cuenta las dos fases que se obtienen mediante la investigación científica: la obtención de conocimientos sustanciales y la aplicación de los conocimientos en situaciones prácticas.

Aún existiendo más de 300 conceptos de cuidado por diferentes autores, el cuidado es un concepto polisémico<sup>3</sup>, es decir, tiene distintos significados, además de existir múltiples connotaciones del verbo cuidar como los vertidos en los diccionarios que lo definen como poner atención y esmero en una cosa, atender, velar, mimar, esmerarse, especificando la connotación de causar inquietud y entregar la atención. La investigadora ha considerado pertinente centrarse en los conceptos de Leininger por estar relacionados con su objeto de estudio.

Leininger<sup>18</sup>, expresa que los cuidados son la esencia de la enfermería, un arte y ciencia humanística aprendida que se centra en conductas de

---

<sup>3</sup> Polisémico: que tiene varios significados.(lengua española)

cuidados personalizados (individuales o de grupo) funciones y procesos dirigidos hacia la promoción, el mantenimiento de conductas de salud o la recuperación de enfermedades que tienen significación física, psicológica, cultural y social.

Coincidiendo al cuidado como arte, Espino menciona, que la enfermería no puede identificarse como una mera técnica de tipo procedimental, sino que se asemeja más a un arte<sup>19</sup>. La relación entre arte y técnica tampoco debe comprenderse de forma excluyente, pues, como dice Hipócrates, el arte presupone técnica, pero algo más que técnica, una especie de predisposición natural. El arte de cuidar precisa unos adecuados conocimientos de tipo psicológico, anatómico, antropológico e inclusive de tipo cultural y religioso, pero además de estos conocimientos precisa un conjunto de factores que convierten este ejercicio en un arte y jamás en una ciencia exacta.

En este sentido, la investigadora al relacionar el estudio del cuidado de enfermería al niño andino hospitalizado comprende que enfermería es la profesión de conducta humanística y científica aprendida, que se centra en los fenómenos y actividades de asistencia a los seres humanos, cuya finalidad es apoyar, facilitar o capacitar a las personas o grupos manteniendo y recuperando su bienestar (o su salud) de manera beneficiosa dotada de sentido instructivo, por lo que esta profesión jamás se puede estudiar ni desarrollarse en el plano de la ciencia experimental y práctica.

Afrontamiento que a través del cuidado según Leininger se convierte en un elemento central, dominante y distintivo de enfermería, esencial para el bienestar de la salud, la curación, el desarrollo, la supervivencia, y también para afrontar las discapacidades o la muerte<sup>20</sup>. Considera que los cuidados culturales son los medios holísticos más amplios que permiten conocer, explicar, interpretar y predecir los fenómenos asistenciales de la

profesión de enfermería para orientar la práctica de esta disciplina; así mismo, el elemento fundamental que conforma la enfermería transcultural según la autora es el estudio de los valores culturales que influyen en la salud de los niños teniendo en cuenta la diversidad cultural en la salud y en la enfermedad estudiando de forma integrada las creencias de las personas, usos y costumbres de diferentes culturas y como les afecta la salud.

Es por ello, que insta a buscar, descubrir, comprender e interpretar las circunstancias del comportamiento de las personas en torno al cuidado. En esa búsqueda juiciosa las mismas personas se comprometen con los profesionales de enfermería, a develar sus significados y a enseñar propositivamente las creencias y prácticas que guían sus modos de pensar y de actuar frente al cuidado de su salud como los hechos expresados por los niños andinos y sus padres durante el cuidado de acuerdo con su cultura.

Sin embargo, Leininger también acota que hubo lentitud por parte de enfermería en reconocer y valorar la importancia de los factores culturales y de enfermería transcultural<sup>21</sup>, estas afirmaciones se ven reflejadas en el cuidado que brinda la enfermera al niño andino hospitalizado en el servicio de pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes, quien a pesar de recibirlos desde hace más de 10 años, todavía no han llegado a comprender en su totalidad la idiosincrasia junto a sus creencias, valores culturales y estilos de vida que poseen, iniciándose con este estudio el aprecio y la importancia de la enfermería transcultural, ya que hacia el año 2010, Leininger argumenta que todos los profesionales de enfermería deben tener más nociones elementales sobre las diversas culturas del mundo y conocimientos más profundos al ofrecer una visión holística a estos grupos humanos que poseen su propia cosmovisión. Así mismo la investigadora ha constatado como la afirmación de la autora es actualmente una realidad al observar las diferencias culturales en el momento que las enfermeras brindan el cuidado al niño andino

hospitalizado, desconociendo muchas veces los valores, creencias y costumbres adheridas a su vida permitiendo afirmar que la presente investigación podría ayudar a mejorar estas resistencias dándole mayor importancia al cuidado transcultural.

Paralelo a estas afirmaciones es importante detallar que el cuidado es la esencia de enfermería, este transforma la visualización de la enfermera, como un modo de ser, relacional y contextual, caracterizándose por ser la única acción verdaderamente independiente de la enfermería. Los procedimientos terapéuticos, técnicas, intervenciones, pueden ser prescritos, más el cuidado no. No se prescribe un modo de ser, no se dictan maneras de comportar, estas pueden ser sugeridas, aconsejadas, no prescritas<sup>22</sup>; la enfermera al cuidar al niño andino desarrolla un cuidado genuino y peculiar cuando se encuentra hospitalizado, tiene que asociar un lenguaje verbal con otro no verbal, es decir que va acompañado de gestos y ademanes, buscando descubrir, comprender e interpretar las circunstancias de su comportamiento.

Porque el cuidado de la salud tiene semejanzas y diferencias de acuerdo con el contexto cultural en que se encuentra, para Leininger el contexto ambiental es la totalidad de un hecho, de una situación o de las experiencias particulares que dan sentido a las expresiones, interpretaciones e interacciones sociales humanas en determinados entornos físicos, ecológico, sociopolíticos y/o culturales<sup>23</sup>.

Por tanto, las diferencias y semejanzas del cuidado cultural, deben ser identificadas y comprendidas para que las enfermeras y los enfermeros sean eficientes al asistir a los niños andinos, ofreciendo un cuidado culturalmente congruente, el cual necesariamente tiene que involucrar y entender la cultura. Parafraseando a Leininger la cultura son las creencias, valores y estilos de vida aprendidos y compartidos en un grupo designado o particular, que generalmente se transmiten de generación en generación e

influyen en las maneras de pensar y actuar; se puede decir entonces que una enfermera que asume la cultura en el cuidado que brinda al niño andino, debe aprender sobre cómo viven, cómo hablan, qué usan, cómo lo usan y para qué lo usan cual o que determinada costumbre o creencia es importante o no en la conservación de la salud.

Por su parte Stoff<sup>24</sup> afirma que la cultura esta estrechamente vinculada al idioma y puede ser expresada en proverbios, mitos, leyendas y diversas formas de arte, las cuales se hacen parte de los muebles mentales de todos los miembros del grupo que gobierna las acciones emprendidas en la comunidad; las leyes o la administración de la ley con actividades sociales como danzas y juegos.

Para la investigadora el rol que tiene la cultura en el comportamiento humano constituye una importante forma de adopción de cuidado por parte de las personas; estas conductas están fuertemente arraigadas a un sistema de creencias y tradiciones culturales, razón por la cual las personas no reemplazan fácilmente sus costumbres por nuevos conocimientos, debido a lo complejo de las estructuras sociales que las guían. Es así como los comportamientos en salud están manejados por los comportamientos acumulados de todas las sociedades que la representan, de las cuales hacen parte de muchas supersticiones y mitos contruídos alrededor de su cuidado refiriéndome a la salud. Cada persona, cada grupo o cada subgrupo tiene sus propias prácticas, creencias, valores y tradiciones. No es posible pretender homogeinizar el cuidado y pensar que de una cultura sean válidos para los demás.

Por tanto, se espera que la enfermera del servicio de pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes respete y sepa reaccionar ante los valores, creencias, modo de vida y necesidades con la finalidad de acercarse a descubrir esa manera particular como son los niños andinos su

mundo social como esta constituido y cual es el significados simbólicos observables en su corporalidad cuando hace la valoración física.

Leininger al respecto menciona que la enfermera actúa como un puente de unión entre el sistema genérico y profesional estableciendo tipos de cuidados enfermeros y como principios los justifica teniendo en cuenta la coherencia cultural como a continuación se menciona<sup>25</sup>:

1. La conservación o mantenimiento de cuidados culturales, basada en la cultura de la persona que mantienen su salud y su estilo de vida en un nivel adecuado. Mantener o conservar los cuidados culturales del niño andino es respetar todas sus creencias que ellos tienen, pero siempre cuidando que no sean dañinas ni tampoco causen más complicaciones a la situación de salud que tienen , así como el uso de pulseritas de colores no produce daño, si las trae puestas donde se le puede canalizar una vena periférica para administrar su tratamiento, se le cambia de brazo, no sucede así con el uso del alcanfor aplicado al cuello del niño, el cual les produce intoxicaciones, es allí donde la enfermera tiene que conjugar sus saberes profesionales con los culturales de ellos.

2. La adaptación o la negociación de los cuidados culturales, es decir las actividades de asistencia y de la fácil adaptación ajustándose a la salud y al estilo de vida de cada persona. Negociar los cuidados culturales con el niño andino es lograr la aceptación de los cuidados que la enfermera le brinda durante la hospitalización, de esta manera la enfermera hará flexible las normas del servicio al reconocer su cultura y/o cosmovisión ella reconocerá sus criterios éticos al brindarle su cuidado.

3. La remodelación o reestructuración de cuidados culturales, actividades orientadas a ayudar a la persona a cambiar sus hábitos de vida y formar nuevos hábitos en bien de su salud. La cultura que trae el niño andino no se

puede remodelar pero si se les puede concientizar por que esta cosmovisión es heredada de sus ancestros ellos nacen con una cultura y viven dentro de ella es ese mundo andino donde se desarrollan, la enfermera en su afán de cuidarlos los puede guiar u orientar pero no los cambia.

Si estos principios se toman en cuenta durante el cuidado, este será integral y humano, al reconocer y valorar la cultura del niño andino con verdadero interés en que su situación de salud mejore, porque al ser dado de alta, su recuperación debe continuar hasta el restablecimiento total y no volver a ser hospitalizado por los mismos problemas.

Para representar estos tipos de cuidados, Leininger elaboró el modelo del sol naciente, este modelo es uno de los pioneros de la enfermería transcultural y representa una constelación que va de los cuidados culturales de la diversidad a los cuidados culturales a la universalidad. Está dividido en dos secciones: En la superior se tiene en cuenta desde la concepción del mundo, la estructura social y cultural, los valores culturales y modos de vida, contexto y medio ambiente, lenguaje y etnohistoria, influencias, expresiones de los cuidados, formas prácticas, familia y factores sociales, factores religiosos y filosóficos, factores tecnológicos, factores políticos y legales, factores económicos, factores racionales y en el plano o base está la salud holística como bienestar.

En la sección inferior se parte de la consideración de grupos, familias, comunidades e instituciones, siguiendo tres círculos en los que se circunscriben a ambos lados los sistemas genéricos o populares, los sistemas profesionales y, en el centro, los cuidados de enfermería. Leininger toma de la enfermería los cuidados y de antropología la cultura. Estos dos conceptos se armonizan y complementan mediante el modelo del sol naciente, dado que, según el mismo, todos los cuidados tienen sus dimensiones culturales (Ver anexo N° 01).

Si transferimos el cuidado del niño andino al modelo del Sol Naciente de Leininger, la “salida del sol”, representa a los niños andinos hospitalizados en forma inseparable con su cultura, su estructura social, visión del mundo, historia y contexto ambiental, elementos importantes e indispensables para la prestación de cuidados, es decir los cuidados culturales no conjugan de forma holística la vida humana y su existencia en el tiempo del niño andino.

En este marco se sitúa al niño andino concebido como una variante del niño peruano, cuyas particularidades hace tomar en cuenta como los factores sociales, culturales y ambientales están ligadas a las propias costumbres; la investigadora resalta el compromiso ético de cuidar a un niño andino, pensando y actuando siempre en el principio universal de hacer el mayor bien posible, considerando que el bien es propio del hombre y de sus acciones libres<sup>26</sup>, hasta donde le sea posible sin errores de acción y/o de omisión, con la mayor seguridad clínica posible; pero ¿cómo se puede conceptualizar al niño andino? Solamente decir que es el que proviene del ande donde la cultura, la sociedad y la lengua determinan una visión y un estilo de vida cualitativamente distintos a los de las urbes, pienso que no.

El niño andino, es el que tiene híbridos matices, es la esencia dinámica, por estar vivo y ser unitotal, no un objeto, es de naturaleza racional y libre, con inteligencia y voluntad, portador de una alta dignidad por ser persona, de donde se derivan sus derechos a ser tratado con la máxima consideración propia de quien es un ser humano portador de cuerpo y alma como unidad inseparable y al mismo tiempo pandimensional. Es portador de una afectividad donde se le reconoce sentimientos, deseos, pasiones y que tiene una familia.

El niño andino, proviene también de la región Lambayeque provincia de Ferreñafe, posee como idioma natural el quechua, con un folklor

tradicional basado en costumbres, tradiciones y su misma cosmovisión inculcada por sus padres, cuando presenta problemas de salud, su situación se agrava porque está unida a la pobreza y marginación social, especialmente cuando tiene que llegar a la costa por estar enfermo y necesita hospitalizarse, realidad que le generan desconcierto e incertidumbre, provocando miedo y temor, principalmente al dolor, lo desconocido, la separación de sus hermanos, o quedarse solo, abandonado y sin la entrega de cariño, afecto, cuidados y amor proporcionado por sus padres, que de alguna manera afectan directamente al proceso de recuperación de su salud. Lleva consigo una etnohistoria, según las argumentaciones de Leininger, se refiere a los hechos, sucesos, circunstancias y experiencias del pasado de los niños, culturas e instituciones que se centran principalmente en su persona (etno) y describen, explican e interpretan los modos de vida humanos, en contexto culturales concretos y durante períodos de tiempo largos o breves.

Según registros de admisión del servicio de emergencia y del servicio de pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes las edades de estos niños fluctúan entre horas de nacidos hasta los 14 años 11 meses y 29 días, sus características principales son la diversidad de colores en sus prendas de vestir, algunos bebés traen la cabecita cubierta con algodón y cintas rojas en sus manitos. Los de 2 a más años, cuando hablan, sólo se comunican con su madre y/o su padre. Su ingreso al hospital es por presentar enfermedades graves, ingresando por el servicio de emergencia y luego son transferidos al servicio de pediatría ya sea lactantes o preescolares para continuar con su tratamiento.

En el servicio de pediatría, los niños son atendidos por médicos y enfermeras de la especialidad, como el cuidado abarca 24 horas continuas, es la enfermera quien al valorarlo detecta la presencia de costumbres tradiciones que han sido aplicadas antes de ser admitido en el hospital tales

como el shucaque, mal del ojo, el susto que van acompañados de una serie de signos folklóricos como los huairuros, chaquiras, collares, cintas de color y la incorporación de yerbas adheridas al cuerpo. Estas manifestaciones externas son resultado de una cosmovisión andina natural.

Mamani al referirse a la cosmovisión andina, considera que la naturaleza, el hombre y la Pachamama (Madre Tierra) son un todo que viven relacionados perpetuamente. Esa totalidad vista en la naturaleza, es para la cultura andina, un ser vivo. El hombre tiene un alma, una fuerza de vida, y también lo tienen todas las plantas, animales y montañas, etc., y siendo el hombre la naturaleza misma, no domina, ni pretende dominar, convive y existe en la naturaleza, como un momento de ella. Por este motivo, la revalorización de las culturas originarias y la reafirmación étnica, tal como se manifiestan actualmente entre los pueblos andinos, son una consecuencia de la toma de conciencia de miles de hombres y mujeres, que redescubrieron los tesoros que les dejaron sus ancestros, en síntesis la cosmovisión andina es una manera de ver e interpretar el mundo<sup>27</sup>. Por su parte Leininger explica que la cosmovisión es la visión del mundo, es la forma en que las personas suelen concebirlo para formarse una imagen o una escala de valores sobre su vida o el entorno que lo rodea.

Por su parte Hiebert, sostiene que la cosmovisión son las ideas fundamentales de la realidad subyacente en las creencias y conductas de una cultura<sup>28</sup>. Entonces, la cosmovisión en el niño andino esta impregnada en su corporalidad adquirida desde sus ancestros, expresada en su manera de comportarse en el hospital y con ayuda de su razón entiende lo que la enfermera realiza en su cuerpo, busca explicaciones en su madre con su propio idioma, explicaciones que a veces no tienen respuestas, porque su madre tampoco entiende o comprende la situación por la que tiene que pasar su hijo.

Por ello, Hiebert, acota que la cosmovisión, no es innata. El niño adquiere inconcientemente tal conocimiento de su medio desde temprana edad. En su contexto andino aprende a interpretar la realidad desde un marco de referencia que se encuentra tanto dentro de la cultura como en las condiciones ecológicas alrededor de ella, es decir la naturaleza influye en su cosmovisión.

Por eso, la salud en la cosmovisión ancestral para Martínez<sup>29</sup>, es mucho más que la ausencia de enfermedad, es la capacidad del individuo de ser normativo con respecto al mundo, es decir, de instituir normas vitales propias y transformar de manera armónica, el entorno de acuerdo a las necesidades; es una forma particular de estar y ser en el mundo, una experiencia que se aprehende y se ejerce a través de la cultura. Leininger motiva a descubrir por qué las culturas tienen modelos diferentes de cuidado y maneras diversas, pues sentirse bien y enfermarse es un asunto vital de enfermería.

Con relación a las creencias y conductas en una cultura, Leininger los detalla como aquellos valores y estilos de vida aprendidos y compartidos en un grupo designado o particular, que generalmente se transmiten de generación en generación e influyen en nuestras maneras de pensar y actuar<sup>30</sup>, afirmaciones que inquietan e inducen a reflexionar y cuestionarse ¿que pasaría si las enfermeras del servicio de pediatría no toman en cuenta las creencias y la cultura cuando cuidan a los niños andinos?. La respuesta la proporciona la misma Leininger, quien sostiene que las principales consecuencias de no tener presente los enfoques culturales en los sistemas de asistencia de enfermería son<sup>31</sup>:

- a) Los pacientes que reciben cuidados de enfermería que no concuerdan razonablemente con sus creencias, valores y estilos de vida mostrarán

síntomas de conflictos culturales, insatisfacción, tensión, así como preocupaciones éticas o morales.

- b) Los diagnósticos médicos y de enfermería que no tienen en cuenta los factores culturales producen resultados desfavorables, en ocasiones, con consecuencias graves.

Consecuencias, que no cabe duda se observan durante el proceso de cuidado provocando tensiones culturales entre el cuidado proporcionado y la cosmovisión que trae el niño andino, como refiere Leininger, hay muestra de síntomas de conflictos culturales, insatisfacción, tensión y preocupaciones éticas o morales. También es necesario mencionar que la relación de enfermería con la cultura y la antropología es larga y extensa por que cada individuo interioriza y aplican los cuidados según su cultura es decir según sus costumbres, valores, creencias que de alguna manera les sirve para sobrevivir y mantenerse en el tiempo, situación que se confirma al valorar al niño andino y la enfermera desconoce la enfermería transcultural.

Siles<sup>32</sup> plantea la cultura como mecanismo de satisfacción de necesidades reflexionando sobre la forma idónea de vertebrar culturalmente la teoría y la práctica de los cuidados, realizando una reflexión entre enfermería y ciencia en la práctica de la transculturalidad, siendo la cultura como uno de los elementos estructurales del mundo, determina en un alto grado las interpretaciones de las manifestaciones claras de la comunicación, es el lente con lo que se mira la realidad y se interpreta el mundo, el código con el que se lee. La investigadora considera que el niño andino y su entorno también es una interpretación cultural por que al encontrarse frente a personas que no son de su misma cultura los convierte en fuerza dominante de su misma cosmovisión a la que pertenece.

Sumado a lo anteriormente mencionado, Leininger describe que el cuidado ha sido siempre la esencia de la enfermería teniendo un significado dentro de cada contexto cultural y que además las enfermeras necesitan tener un conocimiento profundo de la cultura con una visión antropológica para entregar un cuidado culturalmente congruente, además se sitúa el “cuidado y cultura como los pilares básicos en enfermería”<sup>33</sup>.

Se puede decir entonces, que el desacuerdo entre la cultura propia, el cuidado y las normas del servicio de pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes, tales como recepción, valoración, aplicación de tratamientos endovenosos, interconsultas, dietas, sólo basadas en las normas hospitalarias produce resistencias culturales cuando el niño andino ingresa al servicio, quien tiene manifestaciones propias de protesta, manteniéndose reacio y cohibido, sumada a la barrera idiomática, por no saber el idioma español sino el quechua, presentándose una nueva colisión, ahora con la comunicación y sociabilidad con la enfermera y el resto de niños del servicio. Esta es una de las consecuencias más importantes del relativo aislamiento entre cuidado y cultura, pues no se muestra permeable y abierta a la cosmovisión del niño andino.

## CAPÍTULO II

### MARCO METODOLÓGICO

#### 2.1. Tipo de investigación

El presente estudio es una investigación cualitativa, se define así por ser multimetódica, implicando un enfoque interpretativo, naturalista hacia su objeto de estudio. Denzin y Lincoln<sup>34</sup> refieren que la investigación cualitativa estudia la realidad en su contexto natural tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar, los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. También, involucra la utilización y recogida de una gran variedad de materiales, entrevista, experiencia personal, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos, que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas de acuerdo al objeto de estudio.

La investigación "Cuidado de Enfermería al Niño Andino Hospitalizado" por ser cualitativa, fué estudiada en el contexto natural del servicio de pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes, donde se exploró el fenómeno del cuidado al niño andino, allí se abordó y observó como las enfermeras brindan el cuidado, en los diferentes turnos y durante el tiempo que están hospitalizados los niños.

Asimismo Minayo<sup>35</sup> argumenta que la investigación cualitativa responde a cuestiones muy particulares. Se preocupa por las ciencias sociales y la realidad que no puede ser cuantificada, responde a un espacio más profundo de las relaciones, de los procesos de los fenómenos que no pueden ser reducidos a una operacionalización de variables. El estudio al ser abordado en profundidad permitió contemplar los aspectos etnosociales que rodean al niño andino desde sus costumbres arraigadas, creencias hasta sus estilos de vivir.

## **2.2 Abordaje metodológico**

La investigación se abordó como estudio de caso. Para Polit<sup>36</sup>, los estudios de caso son investigaciones a profundidad de una sola entidad o de una serie reducida de entidades. Normalmente la entidad es un individuo, pero también puede tratarse de familias, grupos, unidades sociales o instituciones, en la investigación fueron las enfermeras del servicio de pediatría.

El investigador cuando realiza un estudio de caso, intenta analizar y comprender los fenómenos más importantes para la historia, el desarrollo o la atención de un individuo o de sus problemas. Para la investigadora, un estudio de caso, es un método empleado para estudiar el cuidado que brinda la enfermera al niño andino durante su hospitalización detallándolo en una forma lo más intensa posible; el estudio de caso, es una investigación

descriptiva, porque describe la situación prevaleciente en el momento de realizarse el estudio.

También un estudio de caso, corresponde a un análisis intensivo; ya que el objetivo del estudio de caso suele consistir en determinar la dinámica, de por que el individuo piensa, se comporta o se desarrolla de una manera en particular, y no de otra, cuales son sus condiciones, avance, acciones o pensamientos. En ocasiones estos estudios sirven para examinar fenómenos que no se han estudiado con el debido rigor. La información que proporcionan es útil para plantear hipótesis susceptibles y ser evaluadas con mayor exactitud en investigaciones posteriores.

También, la principal ventaja de los estudios de caso es la profundidad a lo que se puede llegar cuando se investiga un número reducido de individuos, instituciones o grupos. Aunque en otro tipo de investigaciones, suele objetarse que los datos tienden a ser superficiales, los estudios de caso brindan al investigador la oportunidad de llegar a conocer íntimamente las condiciones, los sentimientos, los pensamientos, los actos pasados y presentes, las intenciones y el entorno de la persona. La mayor desventaja de los estudios de caso radica en que no pueden generalizarse, pues si el investigador descubre relaciones importantes, normalmente le será difícil comprobar si estas se presentaran en otros sujetos o instituciones<sup>37</sup>.

Para Nisbet y Watt citado por Ludke<sup>38</sup> caracterizan el desarrollo del estudio de caso en tres fases:

- La fase exploratoria: El estudio de caso comienza con un plan muy incipiente, que se va delineando más claramente en la medida en que se desarrolla el estudio. Pueden existir inicialmente algunas preguntas o puntos críticos que pueden tener origen en el examen de la literatura

pertinente, pueden ser producto de observaciones y declaraciones hechas por especialistas sobre el problema, pueden surgir de un contacto inicial con la documentación existente y con las personas ligadas al fenómeno estudiado o pueden ser derivadas de especulaciones basadas en la experiencia personal del investigador (o grupos de investigadores).

Durante esta fase la investigación se inició con la elección de la temática, la cual ha ido modificándose al revisar la literatura, teniendo en cuenta, las observaciones, las experiencias de la investigadora y las enfermeras que laboran en el servicio de pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes, así como los aportes de la asesora, permitiendo de esta manera definir el objeto y el sujeto de estudio, por otro lado en esta fase se tuvo en cuenta los primeros contactos para entrar en el campo, localizar los informantes y las fuentes de datos necesarios para el estudio.

- Delimitación del estudio: Una vez identificados los elementos claves y los límites aproximados del problema, la investigadora procedió a recolectar sistemáticamente las informaciones, utilizando la entrevista semiestructurada a profundidad a las enfermeras(os) y familia (padre) del niño andino para así lograr los objetivos del estudio y llegar a una comprensión más completa del caso.
- El análisis sistemático y la elaboración del informe: Para ello se unió la información, se analizó extrayendo las unidades de significado, siempre tomando en cuenta los objetivos de la investigación para luego obtener categorías y sub categorías que contribuyeron a la construcción del caso en estudio.

Las principales fuentes de información en esta investigación, fueron las enfermeras que cuidaban al niño hospitalizado en los servicios de lactantes y pre escolares del Hospital Regional Docente Las Mercedes, porque se analizó aspectos subjetivos inherentes a las protagonistas del cuidado del niño andino.

Igualmente en el estudio se asumieron los principios del estudio de caso, según Menga Lüdke (1986), afirmando que:

- Los estudios de caso se dirigen al descubrimiento. Para lograr este principio, la investigadora se mantuvo atenta y con apertura a los nuevos elementos que surgían y se consideraron relevantes en el transcurso del estudio; convirtiéndose la revisión bibliográfica y el marco teórico inicial en la base o estructura sobre la que se fundamentó y a partir de estos se descubrió nuevos aspectos o dimensiones en el estudio pues la contemplación a través de la razón teórica permitió que el conocimiento se vaya construyendo y reconstruyendo constantemente. Así mismo el marco conceptual sirvió para expresar nuevos aspectos, elementos y dimensiones que fueron sumadas a medida que la investigación avanzaba en torno al cuidado del niño andino.
- Los estudios de caso enfatizan la interpretación en el contexto, para este logro se tuvo en cuenta el contexto en que se sitúa el objeto de estudio: el servicio de padiatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes y así se pudo comprender mejor la manifestación general del cuidado del niño andino, y los comportamientos, reacciones de los sujetos de estudio involucrados en la resolución del problema retratando la realidad como se presenta.
- Los estudios de caso buscan retratar la realidad en forma compleja y profunda. Mediante este principio se procuró revelar la multiplicidad

de dimensiones presentes durante el cuidado del niño andino, enfocándolo como un todo. Este tipo de abordaje enfatiza la complejidad natural de las situaciones, evidenciando la interrelación de sus componentes.

- Los estudios de caso usan una variedad de fuentes de información. Al desarrollar el estudio de caso, la investigadora recurrió a una variedad de datos recolectados en diferentes momentos, en situaciones diversas y con una variedad de tipos de informantes: Enfermeras y padres de familia del niño andino, informaciones que se cruzaron para confirmar o rechazar proposiciones, descubrir nuevos datos, separar suposiciones o levantar subcategorías o categorías.
- Los relatos del estudio de caso utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros relatos de investigación. Los relatos escritos se presentaron de forma narrativa con ejemplos y descripciones. Su transmisión fue directa, clara y bien articulada con lenguaje sencillo y comprensible con un estilo que se aproxima a la experiencia personal del lector, se puede decir que el caso es construido durante el proceso de estudio; él solamente se materializa en cuanto caso, en el relato final.

### **2.3 SUJETOS DE INVESTIGACIÓN**

Los sujetos de estudio de la presente investigación, estuvieron conformados por 8 enfermeras del servicio de pediatría: Lactantes y Pre escolares del Hospital Regional Docente Las Mercedes. Delimitadas por la técnica de saturación o redundancia. Burns, destaca que el número de participantes en un estudio cualitativo es el apropiado cuando en el área de estudio se alcanza una saturación de información<sup>39</sup>. La saturación de los datos se da cuando los muestreos adicionales ya no proporcionan nueva

información, es decir cuando los sujetos repiten los mismos datos en los discursos.

La participación de las enfermeras fue voluntaria previo consentimiento informado, todas fueron mujeres cuyas edades oscilaban entre 35 á 58 años. Con especialidad en enfermería pediátrica 4, el resto de enfermeras con 20 años de labor asistencial en pediatría con habilidades, destrezas y experiencias proporcionada por los años de servicio .

Como criterio de inclusión se estimo sólo a las enfermeras a partir de cinco años de labor asistencial en el servicio de pediatría. Las enfermeras que no cumplieron con este requisito fueron excluidas del estudio; previa entrevista se procedió primero a realizar la información necesaria y completa sobre la investigación, asimismo, la manera como se guardaría la confidencialidad de todas las participantes y sus discursos, en este sentido, la identidad de cada enfermera fue resguardada a través del uso de códigos numéricos, usando para la enfermera la letra mayúscula "E" así la primera enfermera participante tuvo el código E1 hasta la última enfermera con el código E8.

Para mayor fiabilidad de la investigación se realizó la triangulación de los datos, para Hernández Sampieri<sup>40</sup>, la triangulación es la utilización de diferentes fuentes y métodos de recolección de datos, para poseer una mayor riqueza, amplitud y profundidad de los mismos en la investigación.

En este sentido, además de entrevistar a las enfermeras, también se entrevisto a los padres o traductores de los niños andinos hospitalizados, en un total de cuatro, todos varones, con primaria completa que hablan castellano, o que entienden el idioma de la enfermera; estos padres, vienen junto con la madre y el niño cuando se va a hospitalizar, muchas veces a pesar de ser el traductor no entienden las explicaciones que las enfermeras

les brindan, o no aceptan las sugerencias que les dan, siempre lo relacionan con su pobreza o se sienten marginados y hasta reacios en todo lo que se relaciona con el cuidado de su niño, algunas veces entendían y otras veces negaban haber recibido orientaciones.

Con ellos también se utilizó la entrevista semi-estructurada a profundidad<sup>41</sup>; y como criterio de inclusión se valoró que sea el padre del niño, cuyas edades fluctuaban entre 20 á 40 años.

Posterior a una explicación sencilla sobre la investigación accedieron participar en la investigación, siempre resguardando la confidencialidad de su intervención y lo vertido en sus discursos, por ello, su identidad fue resguardada a través del uso de códigos numéricos, usando para el padre la letra mayúscula "P", así el primer padre entrevistado fue el código P1 hasta el cuarto padre con el código P4.

## **2.4 ESCENARIO**

El escenario de estudio estuvo constituido por el servicio de pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes, el cual se define como el emplazamiento donde el investigador se va a situar y donde se va a desarrollar la investigación<sup>42</sup>.

El departamento de pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes, lo conforman los servicios de lactantes, preescolares, neonatología y alojamiento conjunto, está ubicado en Av. Luís González N°635. Es un hospital de tercer nivel que atiende a un número ilimitado de personas de la ciudad de Chiclayo como también referidas de otros lugares; el escenario donde se realizó la investigación fue el servicio de Preescolares que consta de 11 cunas y 4 camas, ahí se atienden a lactantes menores (desde un año de vida) preescolares, escolares y adolescentes y el servicio

de lactantes que cuenta con 15 cunas laborando 5 enfermeras, en cada servicio en turnos rotativos de mañana, tarde y noche, de igual forma una enfermera que labora todas las mañanas que es la jefe del servicio. Las patologías de estos niños son diversas: Infectocontagiosas, metaxémicas, disentéricas, tuberculosis, VIH-Sida, problemas respiratorias, oncológicas, sociales y otros.

El Hospital Regional Docente Las Mercedes se creó con ley el 18 de Diciembre de 1851, fue administrado en sus inicios por la Prefectura y luego por la Beneficencia. Siendo ocupado por el ejército Chileno entre los años 1880 y 1883, dejándolo en completa ruina. Por ley del 12 de Noviembre de 1889, durante el Gobierno del Presidente Andrés Avelino Cáceres se encarga a la Sociedad de Beneficencia Pública la administración de los bienes de las cofradías, archicofradías y otras congregaciones de este género es así que la Sociedad de Beneficencia Pública de Chiclayo administró y sostuvo al Hospital hasta el mes de enero de 1980.

A partir de este año su administración es transferida al Ministerio de Salud según D.S. N° 008-97-SA de fecha 31 de Diciembre de 1979, con la denominación de Hospital Base. Por Resolución Jefatural N° 009-89-INC/J del 1° de Diciembre de 1989 se declara Patrimonio Cultural al “Hospital de las Mercedes y Capilla”. En 1990 se denomina Hospital Regional Docente Las Mercedes, según resolución de creación como Unidad Ejecutora 401 Hospital Regional Docente Las Mercedes, con fecha 17 de Enero del 2000.

Con relación a su contexto, cuenta con iluminación, ventilación, decoración de acuerdo a la estructura antigua que posee y en relación a los turnos de las enfermeras son de mañana, tarde y noche. Todos los niños permanecen junto a su madre, padre y/o familiar acompañante por normas del servicio y respeto al derecho del niño hospitalizado, pero en el caso del niño andino este permanece junto a su madre y su padre que es el

traductor; los turnos de visitas de los familiares son por la tarde notándose gran afluencia de familiares de los demás niños, sin embargo el niño andino por proceder de lugares tan lejanos carecen de visitas de familiares.

Como se ha mencionado anteriormente los turnos de trabajo de las enfermeras son de 6 horas con horarios de 7.30 a.m a 1.30 p.m, de 1.30 p.m a 7.30pm y la guardia nocturna de 7.30p.m a 7.30 a.m del día siguiente. El servicio cuenta con un estar de enfermería, donde esta ubicado el archivador de historias clínicas, cada una con un número que hace mención al número de cuna que ocupan los niños, además de contar con materiales de escritorio y formatos como parte de las historias clínicas que sirven para algunos procedimientos que se les realizará a los niños sin dejar de incluir el formato del consentimiento informado. También cuenta con un tópico donde se realizan algunos procedimientos como canalizaciones de vía, retiro de puntos de suturas, preparación de medicamentos, y otros.

## **2.5 Instrumentos de recolección de los datos**

Los instrumentos de recolección de datos fueron seleccionados y elaborados de acuerdo a los objetivos y fines de la investigación, en el estudio se uso como instrumentos de recolección de datos la entrevista semiestructurada a profundidad, la observación no participante y el diario de campo.

Hernández<sup>40</sup>, explica que la entrevista semiestructura a profundidad es la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto.

La entrevista semi-estructurada es más flexible, aunque los objetivos de la investigación se rigen a las preguntas, su contenido, profundidad y formulación se encuentran en manos de la investigadora, quien podrá sondear razones y motivos, ayudando a establecer determinado factor, pero sin sujetarse a una estructura formalizada de antemano.

También, en la investigación, se hizo uso de la observación no participante: Son procedimientos empíricos de naturaleza sensorial, que van a recolectar datos de situaciones técnicas, además se observó atentamente el fenómeno, registrándolo por escrito para su análisis; el cual formó parte principal de la Investigación cualitativa, e involucró la interacción social del investigador con las personas en estudio. Van Dalen y Meyer, consideran que la observación juega un papel muy importante en toda investigación porque le proporciona uno de sus elementos fundamentales: los hechos; cuando decide emplearse como instrumento para recopilar datos hay que tomar en cuenta algunas consideraciones de rigor. En primer lugar como método para recoger la información se planificó con el fin de reunir los requisitos de validez y confiabilidad. Un segundo aspecto se consideró su condición hábil, sistemática y poseedora de destreza en el registro de datos, diferenciado los modos significativos de la situación y los que no tienen importancia<sup>45</sup>. La investigadora con esta técnica pudo anotar las actitudes, expresiones corporales y lenguaje utilizado por la enfermera al dirigirse al niño o los padres.

De esta manera, la observación no participante se fue transcribiendo en un diario de campo, donde se registraba los datos significativos durante el cuidado al niño andino de forma completa, precisa y detallada. De acuerdo con Taylor y Bogdan a la investigadora le ayudó en saber: a) cuándo registrar, se hizo después de cada observación en relación a todo lo que ocurrió en el escenario, como fuente de datos. b) cómo registrar, se escribió con disciplina, utilizando técnicas que ayudaron a recordar

palabras y acciones, empleando medios mecánicos como la grabadora y c) qué registrar, todo lo que se recordó de la observación realizada, al menos los hechos observados y los comentarios del observador, es decir se utilizó como un elemento más de análisis y de rigor de la propia investigación<sup>44</sup>.

## **2.6 Procedimiento**

Obtenida la aprobación del proyecto de investigación, se hicieron los trámites pertinentes para obtener el permiso y aplicar las entrevistas semiestructuradas a las enfermeras y padres traductores de los niños andinos, trámite que duró aproximadamente 15 días, presentando una copia del proyecto, con una solicitud escrita al Director del Hospital Regional Docente Las Mercedes, obtenida la anuencia, la investigadora se presentó a la enfermera jefe del servicio de pediatría, para dar la información sobre la ejecución de la investigación, conseguido el permiso se habló con las enfermeras del servicio de pediatría quedando con ellas en diferentes horarios, preferentemente por la tarde, noche y durante sus turnos. Algunas veces se les espero hasta que terminen el reporte de su turno, todas colaboraron ninguna enfermera se negó a participar en la investigación, siempre con la consideración del consentimiento informado (ver anexo 2), conteniendo el título, los objetivos de la investigación y el consentimiento para participar en el estudio.

Con el consentimiento de las enfermeras, se procedió a la recolección de los datos usando la entrevista semiestructurada a profundidad (ver anexo 3) llevándose a cabo en varias citas entre marzo y junio del 2011. Las entrevistas también se realizaron a los traductores, asegurándoles el carácter privado de sus respuestas y el valor de su colaboración. Es importante acotar que antes de ser aplicadas las entrevistas, se validaron con 2 enfermeras del servicio de pediatría y un padre de familia, según Polit<sup>45</sup>, es aplicar el instrumento a 2 o tres

participantes del estudio para evidenciar si las preguntas son comprensibles y las respuestas pertinentes al objeto de estudio. Las preguntas fueron comprendidas y reestructuradas en dos oportunidades validándose y usándose en las entrevistas subsecuentes, los participantes en el estudio piloto no fueron considerados en la investigación. Al iniciar la entrevista semiestructurada se anotó algunos datos generales de los sujetos de investigación, edad, sexo, grado de instrucción, profesión, hora de inicio y final de la entrevista.

Con referencia al tiempo de la entrevista, esta duró de 25 a 30 minutos teniendo como pregunta clave: ¿cómo cuida Ud. y que actividades realiza cuando tiene a su cargo a un niño andino?, respuestas que fueron grabadas en un MP4 de audio y escuchadas correctamente, dentro de un ambiente de amistad, respeto, confianza y cordialidad, dándoles el tiempo necesario para que puedan expresar sus respuestas; posteriormente se transcribió cada uno de los discursos en un programa word de la computadora, transcribiéndolas de acuerdo a los códigos asignados, hasta terminarlas, luego se procedió a su análisis para develar el objeto de estudio.

Para triangular y corroborar si lo que decían las enfermeras era verdadero se entrevistaron a los padres o traductores de los niños andinos, a quienes se les formuló preguntas similares de las enfermeras. Al respecto Pérez<sup>46</sup> argumenta que la triangulación implica reunir una variedad de datos y métodos para referirlos al mismo tema o problema, con la finalidad de aumentar la validez y obtener datos de gran interés que permitan no sólo el contraste de los mismos, sino también poder ser un medio de obtener otros datos que no han sido aportados en un primer nivel de lectura de la realidad, el autor también señala, la implicancia de recoger datos desde puntos de vista distintos y realizar comparaciones múltiples de un fenómeno único, la investigadora logró la triangulación entrevistando a las enfermeras y a los padres de los niños andinos.

## 2.7 Análisis de los datos

Para el análisis de datos se utilizó el análisis de contenido temático. Lupicinio, sostiene que el análisis temático es el método más utilizado, donde se trata de descomponer el corpus de datos textuales en unidades para proceder posteriormente a su agrupamiento en categorías siguiendo el criterio de analogía, es decir, considerando las similitudes o semejanzas que existan entre éstas en función de criterios preestablecidos<sup>47</sup>.

Esta etapa fue la más importante del proceso de la investigación, que busca sistematizar y reflexionar la información obtenida a través de los instrumentos, implicando trabajar los datos minuciosamente, así mismo se preciso descubrir que fue importante y que va a aportar a la investigación, para ello se redujo, categorizó, clasificó, sintetizó y comprobó la información con el fin de obtener una visión lo más completa posible de la realidad que encerraba el objeto de estudio.

Para el análisis de contenido temático, se realizó la lectura y relectura minuciosa de las declaraciones de los sujetos de estudio, permitiendo la categorización por descontextualización de la temática posteriormente se les agrupó en categorías siguiendo el criterio de analogía, es decir, considerando las similitudes o semejanzas que existían entre éstas, en función de criterios preestablecidos. Para el análisis de Contenido Temático<sup>48</sup> se tomó en cuenta las siguientes etapas:

1) Pre-análisis: Fue la etapa de organización del material a analizar, en este lapso se diseñó y definió los ejes del plan, que permitió examinar los datos y realizar el análisis temático se revisó los relatos escritos y se escuchó las grabaciones con la finalidad de introducirse en el fenómeno de estudio y hacer una remembranza de la situación vivida comparándola con lo observado, de esta manera se llegó a la comprensión lo que estaba

pasando<sup>49</sup>. Luego el material se transcribió íntegramente, se imprimió y se realizó lecturas y relecturas repetidamente tratando de comprender lo que las enfermeras y los padres expresaban permitiendo también la familiarización de la investigadora con el contenido y la diferente información vertida.

2) Codificación: En esta etapa se realizó una transformación de los “datos brutos” (el material original) a los “datos útiles” o unidades temáticas. Las operaciones implicadas en esta etapa son la fragmentación del texto, es decir, el establecimiento y la catalogación de elementos; en esta fase se procedió a la conversión del lenguaje de los discursos de tal forma que estos fueron utilizados de acuerdo a los fines de la investigación. Al respecto Dominguez y Tanaka<sup>50</sup>, argumentan que la codificación es el tratamiento del material; corresponde a una transformación de los datos brutos del texto por recorte, agregación y enumeración permitiendo obtener una representación del contenido, estas acciones tuvieron como objetivos fragmentar y comprender el texto para obtener las unidades de significado temático y otras.

3) Categorización: en esta etapa se organizó y clasificó las unidades obtenidas en base a criterios de diferenciación, las cuales fueron 150 unidades temáticas aproximadamente, se agruparon, se reagruparon y organizaron en 70 unidades de significado con 4 categorías previas, donde algunas de ellas pasaron a ser subcategorías, luego se volvieron a reagrupar por criterio de similitud formando en un primer momento tres categorías Cosmovisión encarnada: Cuerpo-Salud-Enfermedad del niño andino; Limitada interculturalidad en el cuidado del niño andino y Apertura para el cuidado en la diversidad cultural.

A continuación se reestructuraron y reagruparon en las siguientes categorías y subcategorías: Predominio del modelo biólogo en el cuidado

al niño andino con sus dos sub categorías: Cuidado direccionado al tratamiento y Separación en el cuidado emocional: Discriminación cultural. Como segunda gran categoría: Resistencias culturales entre cuidado enfermero y la cosmovisión andina con sus cuatro sub categorías: Dicotomía entre las creencias culturales y exigencias del cuidado, Conflicto idiomático con insociabilidad durante el cuidado, Educación a la familia del niño andino: Conflicto y reto y Reflexionando sobre el cuidado transcultural, y como última gran categoría: Formación para la interculturalidad en el cuidado enfermero.

Los contenidos importantes de las categorías y subcategorías construidas fueron ejemplificadas por pequeños trechos extraídos de los discursos de los participantes del estudio de investigación. Es importante destacar que por cuestiones de gramática o lenguaje en algunos casos se modificaron algunos discursos, pero se tomo el máximo cuidado para no alterar el contenido de ellos con la finalidad única de tornarse entendibles para el lector y ser analizados en el siguiente capítulo.

Finalmente se realizó las consideraciones finales de la tesis, donde se percibe los objetivos alcanzados y los aportes epistemológicos para el futuro cuidado al niño andino.

## **2.8 Criterios éticos**

Los criterios éticos que sustentaron la presente investigación tuvieron como base la Ley del trabajo del enfermero (27669), artículo 7mo Inciso i; el código de ética del Colegio Enfermeros Peruanos 57º, donde estipula que la enfermera puede participar en investigaciones clínicas que no atenten contra los principios éticos y bioéticos.

Además se contemplaron los lineamientos para garantizar el ejercicio de la Bioética desde el reconocimiento de los derechos humanos que

fueron reconocidos aprobados por decreto supremo N° 011-2011-jus, y publicado en el diario El Peruano el 27 de Julio del 2011, donde se establece como referente vinculante para toda investigación y aplicación científica y tecnológica en torno a la vida humana en el país y se interpretan de modo unitario e integral, primordialmente el respeto de la persona humana y su inherente dignidad.

Y como principios éticos considerados se asumieron los reelaborados por la bioética personalista de Elvio Sgreccia<sup>51</sup> en consideración al objeto de estudio que aborda el cuidado al niño andino. El autor sostiene una concepción ontológica personalista en el ámbito de la meta-bioética, adecuado para defender el respeto y la tutela de la vida humana en toda su manifestación. Como primer principio considerado es el respeto a la dignidad de la persona, sostenida por una corporalidad, con derechos humanos, donde enfermeras y padres fueron considerados como personas únicas, dignas, con autoconciencia, poseedoras de un cuerpo y un espíritu unitotal, por tanto no fueron codificadas, sólo para obtener datos y lograr los objetivos del estudio, en ellos se les reconoció su autonomía y decisión de participar voluntariamente y con consentimiento informado, su identidad y declaraciones estuvieron resguardadas por códigos, logrando que todos continuaran en la investigación, siempre se procuró buscar la verdad hasta encontrarla.

También se considero el principio de libertad y responsabilidad, el uso de la libertad involucró a la investigadora valerse de su yo libre de manera responsable uniéndose al plan de investigación con rigor científico, no tergiversando los resultados a favor de ella o de la investigación sino trabajando para desentrañar el objeto de estudio y utilizando la información para obtener los objetivos de la investigación.

Con relación al tercer principio denominado de totalidad o principio terapéutico, la investigadora durante el transcurso de las entrevistas a los sujetos de estudio, no ocasionó ningún daño, para prevenirlo se mantuvo atenta para no provocar con sus preguntas miedo, ansiedad, ni angustia en los participantes, de esta manera se pudo concluir la recolección de información.

Finalmente también se tomó en cuenta el principio de socialización y subsidiariedad, pues los resultados trabajados van a ayudar sin duda a mejorar el cuidado al niño andino en el servicio de pediatría, investigación que conlleva a buscar el bien común, sin discriminación de edad, sexo, religión, situación social, económica o cultural.

La investigadora también consideró necesario tomar en cuenta los principios éticos que existen dentro del cuidado transcultural de Leininger en el desarrollo de la investigación. Leininger tiene el mérito de haber instaurado dentro de la profesión de enfermería, la dimensión cultural como parte integrante del cuidado. Efectivamente, cuidar es fundamentalmente cultural, ya que todo ser humano en el mundo está impregnado de una cultura, aquella que encontró al nacer y en la que vive.

Sin embargo, la utilización de la dimensión cultural puede tener ciertos límites como ella subrayó: La cultura debe guiar el contenido de la ética requerida por el cuidado, es decir, que la ética que acompaña la teoría del cuidado transcultural debe construirse basándose en la observación y en el conocimiento de las culturas del mundo; afirma que: "La cultura, provee la base del conocimiento holístico más amplio para construir la base de un conocimiento ético correcto y digno de confianza para guiar las decisiones sobre el cuidado humano, la salud, la muerte y los factores de la vida diaria"<sup>52</sup>. Al analizar este razonamiento, puede sorprender el espíritu notoriamente audaz de la autora ante las posibilidades de su proposición;

propone otorgar a los valores, a las normas, a los principios filosóficos de las culturas en el mundo, una hoja en blanco para que escriban el código ético transcultural, lo que se pudo observar en la presente investigación ante el reconocimiento por parte de las enfermeras de la presencia de una cosmovisión y la necesidad de integrarla al cuidado.

La misión de la enfermería es cuidar y no necesariamente cambiar prácticas culturales. ¿Con qué derecho interferiríamos en un grupo con objeto de modificar su vida. Lo que sí es factible es oponerse y participar en una acción internacional para demostrarlo<sup>53</sup>. Las enfermeras durante su cuidado mostraron preocupación por acercarse al niño y su familia, con la finalidad de darles el cuidado que necesitan, sin embargo este estuvo precedido por choques con las costumbres, creencias y prácticas culturales, las cuales la enfermera no las cambió, si las toleró, en bien del niño andino, en este sentido la aceptación de las prácticas culturales en el mundo no puede ser total, porque precisamente por eso la enfermera piensa, estudia, investiga, reflexiona y valora, es por ello que toda enfermera, delante de una situación compleja, tenga un código ético para afrontar el problema y tomar la decisión apropiada. Así pues, la cultura no es, ni puede ser, una guía para elaborar un código ético profesional.

Al analizar los principios éticos que propone Leininger, se descubre cómo son observados nuestros pueblos indígenas, nacionales o emigrados<sup>54</sup>. Como el lector puede constatar, se expresa lo que se considera que les falta, su mirada relaciona una teoría de la "carencia". Esa mirada aísla la riqueza histórica y cultural de los grupos humanos existentes, proclamando un valor universal. Independientemente del valor que se otorgue a la modernidad y a la comodidad, al analizar un trabajo de campo semejante se observa el vacío del otro, de su conocimiento, de la riqueza de la experiencia, de la comprensión que se adquiere de uno mismo cuando se realiza un estudio similar como es el del cuidado del niño andino cuando migra hacia lugares de grupos con diferentes culturas a la de ellos.

## 2.9 Criterios de Rigor Científico

La veracidad de los resultados conseguidos en el cuidado del niño andino se basaron en las afirmaciones de Lincon y Guba<sup>55</sup>, así tenemos:

La Credibilidad: Aludió a la confianza en la veracidad de los descubrimientos realizados en la investigación y hace referencia a la necesidad de que exista igualdad entre los resultados de la investigación y las percepciones que los sujetos participantes poseen de la realidad estudiada. Este criterio se obtuvo a través de la coherencia entre el método elegido y la investigación, buscando identificar, comprender y analizar como es el cuidado que brindan las enfermeras al niño andino hospitalizado, para ello se verificó a los participantes en relación a los resultados obtenidos, los discursos se validaron, preguntándoles a las propias enfermeras, si lo escrito era lo que ellos han querido decir, obteniendo en todas su conformidad.

El criterio de confiabilidad y validez: se baso en encontrar resultados confiables y creíbles. Para lo cual al emplearse el estudio de caso, se aplicó una entrevista semi-estructurada tanto a los sujetos de estudios (enfermeras del servicio de lactantes y preescolares) y a los padres (traductores) se contrasto la información y mediante el procedimiento de la triangulación de datos, se dio validez y credibilidad a la investigación planteada.

Transferibilidad o Aplicabilidad, este criterio consistió en la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones, para ello, se trato de examinar qué tanto se ajustan los resultados con otro contexto. El grado de transferibilidad esta en función directa de la similitud entre los contextos. Al finalizar la investigación, se elaboró el informe del estudio con los estándares requeridos con lo cual, otro investigador(a) puede continuar la misma línea de investigación y profundizar más acerca en el estudio.

### CAPÍTULO III

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Desde la creación del Hospital Regional Docente Las Mercedes se da el fenómeno de desplazamiento de niños en situación de salud grave provenientes de Kañaris, Incahuasi y zonas alto andinas como: Tute, Quinua, Chilasqui, Huayabamba, Pandachí, Suychuco, Mollepata, Atupampa, Chinama y el Naranjo, entre otros, quienes son admitidos y hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital en mención y donde la enfermera les proporciona cuidados con predominio del modelo Biologista dirigido a la recuperación de la patología pediátrica, durante los cuidados que brinda la enfermera a los niños emergen resistencias culturales entre el cuidado proporcionado y la cosmovisión andina del niño, realidad diferente a los niños de la costa, porque el cuidado ofrecido choca con costumbres, creencias, hábitos y estilos de vida arraigados, que la hacen sentirse frustrada ante las necesidades no satisfechas durante el cuidado que despliega durante sus turnos teniendo como barrera principal el idioma Kechua, que motiva a la enfermera a reflexionar sobre la importancia de profundizar en la interculturalidad del cuidado, en este proceso de análisis emergieron las siguiente categorías y subcategorías:

1. PREDOMINIO DEL MODELO BIOLOGISTA EN EL CUIDADO AL NIÑO ANDINO

- a. Cuidado direccionado al tratamiento.
- b. Separación en el cuidado emocional: Discriminación cultural.

2. RESISTENCIAS CULTURALES ENTRE CUIDADO ENFERMERO Y LA COSMOVISIÓN ANDINA

- a. Dicotomía entre las creencias culturales y exigencias del cuidado.
- b. Conflicto idiomático con insociabilidad durante el cuidado.
- c. Educación a la familia del niño andino: conflicto y reto.
- d. Reflexionando sobre el cuidado transcultural.

3. FORMACIÓN PARA LA INTERCULTURALIDAD EN EL CUIDADO ENFERMERO

## 1. PREDOMINIO DEL MODELO BIOLOGISTA EN EL CUIDADO AL NIÑO ANDINO

El modelo biomédico subsiste en el servicio de pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes, especialmente en el cuidado al niño andino. Es un modelo extremadamente limitador, pues considera una única esfera del ser humano, la esfera fisiológica. Está basado en la visión médica tradicional, que fue creada durante toda la historia de la medicina occidental fundamentada en el positivismo y en el método cartesiano. Una de sus características, fundamentalmente según las explicaciones de Lima<sup>56</sup> es considerar sólo factores biológicos como etimología de las enfermedades, hecho que a su vez hace que los tratamientos queden limitados especialmente a las indicaciones médicas y a su cumplimiento por parte de las enfermeras. El modelo biomédico de la salud ha sido y viene siendo cuestionado por su limitación o incapacidad para lidiar con otras dimensiones del ser humano, directamente actuantes sobre la calidad de vida, y cuando tienen que enfrentarse con personas de culturas diferentes particularmente resultado de una cosmovisión arraigada.

Al respecto Tesser<sup>57</sup>, señala que este modelo no desarrolló su capacidad de ejercicio clínico careciendo de integralidad ya que cuando los enfermos tienen acceso, son tratados por muchos especialistas, sufriendo variadas intervenciones como si fueran pacientes diferentes, nadie se responsabiliza de la globalidad del cuidado y tratamiento, ni de las consecuencias, esperando que la suma de los tratamientos parciales resulte en un tratamiento integral, generando frustración tanto en curadores como en el paciente.

Igualmente, sucede en enfermería cuando opta por el modelo biólogo, el cuidado es sólo clínico, centrado en la cura del cuerpo tratado a través de partes, al respecto Monroy<sup>58</sup> detalla que la atención en salud actualmente pone mayor énfasis en la salud biológica, es decir, los

profesionales de la salud, y las enfermeras especialmente, se preocupan más por la parte física del niño y no de su cultura.

El modelo en mención reduce a la persona enferma a su enfermedad a los signos empíricamente detectables de acuerdo a categorías biológicas. Los aspectos personales e individuales de la experiencia psicológica de la enfermedad, el sufrimiento espiritual asociado al dolor físico, la percepción social de la condición del enfermo y el significado que la comunidad otorga a la enfermedad particular permanecen ocultos o desatendidos. Se percibe igualmente una dicotomía entre el cuerpo que es cuidado y el espíritu desestimado. Este último resulta marginado en el cuidado que brinda la enfermera al niño andino direccionando su cuidado solo a lo procedimental y tratamientos dejando omitido el cuidado cultural de los niños respaldados en la teoría de Leininger. De esta manera las enfermeras del servicio de pediatría exceptúan de proporcionar el cuidado de manera holística como se aprecia en la subcategoría:

### **Cuidado Direccionado al Tratamiento**

Cuando un cuidado esta direccionado al tratamiento es unilateral, produce fragmentación, despersonalización y deshumanización considerando a la persona como un ser puramente biológico, desconociendo su esencia social, cultural, familiar en el proceso salud-enfermedad, en el caso del estudio se circunscribe al niño andino al ámbito individual y únicamente biológico, se le olvida como ser social, además del marcado carácter humano que debe prevalecer en el cuidado de enfermería que se sustenta en los principios de los derechos humanos derivados de la dignidad de quien se cuida.

Esta actuación Leininnger<sup>52</sup> también la crítica cuando sostiene que cuanto mayor es la evidencia de dependencia de la enfermera en las labores

y actividades tecnológicas, más importante serán los signos de distanciamiento interpersonal y menor la satisfacción de las necesidades de la persona enferma. Igualmente, la autora reprocha como las enfermeras han asumido una posición demasiado etnocéntrica y excesivamente próxima a los intereses y las directrices de la medicina direccionando mayor interés a lo procedimental como se puede apreciar en los siguientes discursos:

*"...Solamente les doy su tratamiento como parte de mi cuidado, no brindo otro cuidado por que no me entienden y piensan que en lugar de curarlos los hago llorar, mejor me limito..."E1*

*"...Como a todos los niños administro su tratamiento, cuando no se dejan colocar informo al médico, pero otras veces tengo que recurrir a mi creatividad, a los padres les digo que si les pongo el tratamiento se van pronto a su casa, y si son grandecitos les digo, que si se dejan curar se van a ir donde viven sus hermanitos..."E8*

*"...como enfermera trato de cuidarlo en todo, el cuidado es general para todos los niños no hay excepciones lo que se tiene que hacer, es darles su tratamiento, hidratándolos, canalizarles la vía periférica, si es que hay que ponerles oxígeno, se les coloca, pero si son niños que hablan primero conversamos con los padres especialmente con el padre, que es el que nos entiende mejor, para que reciba la medicina..."E2*

La enfermera, hace un juicio sobre su actuación en el cuidado del niño andino, reconoce que su centro de atención es administrar el tratamiento indicado por el médico, ella trata de acercarse al niño, sin embargo no los entiende, porque las enfermeras, los niños y los padres se mueven en diferentes entornos.

La enfermera, les quiere dar el tratamiento con la finalidad que pronto sean dados de alta; los tratamientos que aplica algunas veces producen dolor y la falta de entendimiento de niños y padres les hacen pensar que las medicinas producen daño y/o dolor, incluso la enfermera hace uso de su creatividad tratando de convencer a los padres para que acepten y convenzan a sus hijos para que tomen su medicina, así se curarán pronto y puedan regresar a su hogar. Igualmente la enfermera da a entender con cierto énfasis, el deber de administrar los tratamientos de acuerdo a las indicaciones médicas, además hace una diferencia con los niños de más edad, solicitando la aceptación de su padre que según su apreciación entiende un poco más de lo que significa recibir un tratamiento para curar una enfermedad.

Por otro lado, las enfermeras omiten otro tipo de cuidado en otras dimensiones del niño por la gran dificultad idiomática y el nivel cultural de los padres y/o traductores. Con relación al traductor a veces la enfermera se da cuenta que trasmite a niños y las madres cuestiones que a él le conviene más, y no lo que la enfermera le explica, por tanto el cuidado es limitado poco congruente y hasta inoportuno, distante de las afirmaciones de Leininger<sup>59</sup> los profesionales de enfermería deben conocer las semejanzas y diversidades del cuidado de las personas a quienes se les brindan para ofrecer a los usuarios de diversas o similares culturas, un cuidado congruente y oportuno; los cuales forman parte de un sistema popular de cuidado, que se ha transmitido de generación en generación, si estos aspectos no los valoran las enfermeras siempre habrá quejas, lamentaciones incluso amenazas como se puede apreciar en los discursos:

*“...cuidar a estos incahuasinos es la parte más preocupante, solo les doy lo biológico el cuidado es siempre limitado en todo, como enfermera también debo hablarles o decirles por ejemplo: no llores bebido no te va a doler, pero no entienden castellano...”E6*

*“...Cuando son niños que nos entienden si podemos convencerlos para que reciban algún procedimiento aunque no sean dolorosos, el niño llora, pero si son dolorosos peor, los niños se vuelven reacios, por más que les ruego no quieren y a veces me dan pena porque tengo que cogerlos fuerte o con amenazas que si no se dejan no se van a su casa, o si no se dejan no les doy caramelos, en fin cosa que no deben ser amenazados...”E4*

El cuidado enfocado hacia los tratamientos no cabe duda es limitado y fragmentado que tiene que ver más con una cadena de producción que con un proceso, donde la persona que ofrece su servicio, no ve, en la mayoría de los casos, el producto terminado, esta forma de cuidado lleva a las enfermeras a concentrarse sólo en el sistema corporal o la tecnología de lo procedimental, descuidando las otras dimensiones del niño produciéndose un reduccionismo en el propio cuidado, fundamentadas apenas en concepciones impuestas por la medicina oficial.

El profesional en enfermería es el experto y sus intervenciones son sinónimas de “hacer para” la persona, a quien la percibe “bajo” sus cuidados y los de otros profesionales. La relación de desigualdad enfermera y niño andino es evidente, hasta la propia expresión preocupante y hasta cierto punto despectiva de la enfermera al mencionar “cuidar a estos incahuasinos”, denota que cuida cosas materiales más no personas, la enfermera entonces, mantiene una actitud de poca tolerancia y de capacidad de negociar, así como poca apertura al compromiso y apreciación de la diversidad de los niños andinos que cuida.

Por otro lado, se observó que al niño algunas veces lo llama por su número de cuna o como paciente o simplemente usuario y no por su nombre porque siente que al llamarlo por su nombre no lo va a entender o su voz es muy imponente para llamarlo al momento de darle el tratamiento, situación avalada por el estudio de Gutiérrez et al<sup>60</sup>, sobre el rol de

enfermería, quienes observaron que las enfermeras presentaban solo satisfacción con actividades derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y no de acciones que corresponden al proceso de atención de enfermería u otras del rol independiente.

De igual manera, los padres de los niños al percibir la forma como cuidan a sus hijos se limitan a decir:

*“...las enfermeras conmigo nada me dicen... nunca me han dicho que tiene mi hijito ... para las medicinas solo me entregaban la receta, para pedir al SIS, así no más, y si no había en la farmacia me mandan con otra señorita y nos vamos afuera a que me compren...” P3*

Los padres de los niños, con su lenguaje habitual propio de la sierra andina son negativos al afirmar que la enfermera no les explica lo que padecen sus hijos, lo cierto es que la barrera idiomática existente no permite entender bien lo que la enfermera les habla, además ellos siempre hacen alusión a su pobreza, la falta de dinero y no conocer el ámbito del hospital, por esa misma dificultad la enfermera sólo se restringe a proporcionarles las recetas del niño para que las compre o haga el trámite en el Seguro Integral de Salud para obtenerlas. Otras veces, los padres sienten que sus hijos deben dormir y al percatarse que la enfermera aplica tratamientos endovenosos, nebulizaciones o tratamientos orales como jarábes se sienten incomprendidos y hasta consideran que la enfermera se burla de ellos como se aprecia en el discurso:

*“... Ellas, las señoritas no nos entienden, mi hijito quiere funsho (dormir) pero primero lo puyan (hincar) yo solo le digo “opayala yambito” (no llores bebito) y las señoritas se ríen...” P4*

Es importante traer a consideración, los tipos de cuidados mencionados por Leininger, para la autora diferenciar estos tipos de cuidado puede contribuir a facilitar la comprensión de los cuidados enfermeros como actividades claramente diferentes de los cuidados familiares o de los cuidados que ofrecen otros profesionales de la salud. Los cuidados profesionales de enfermería son acciones intencionadas, fundamentadas en un cuerpo de saberes que se supone son enseñadas y aprendidas a través de una formación académica-profesional, aunque la falencia es sólo direccionado a dar tratamiento, poco o nunca se toma en cuenta la dimensión cultural, por ese motivo la enfermera encuentra dificultad para proveer elementos para pasar de la atención con fines puramente instrumentales, al cuidado interacción, como una mano que protege, acompaña y propicia el desarrollo de la autonomía, reconociendo lo común en la diversidad y lo común en el cuidado integral, este último es cuidar a la persona en su pandimensionalidad, sin embargo al estar el cuidado direccionado sólo a los tratamientos, la enfermera experimenta un abismo entre los procedimientos que realiza y el descuido en la parte emocional de los niños, es así como emerge la subcategoría:

### **Separaciones en el cuidado emocional: Discriminación Cultural**

Leininger<sup>61</sup> reconoce a la profesión de enfermería como arte y ciencia aprendida además de ser humanista que se centra en las conductas de cuidados personalizados, funciones y procesos dirigidos hacia la promoción y mantenimiento de conductas de salud o recuperación de enfermedades que tienen significación física, psicocultural y social para aquellos que están asistidos generalmente por una enfermera profesional o con competencias en funciones similares, estos aspectos considerados por la autora, las enfermeras del servicio de pediatría no los vivencian de forma integral, porque las propias enfermeras critican su propia acción al afirmar que descuidan la parte emocional del niño, situación que debería estar

superada porque ellas cuidan niños andinos desde la inauguración del Hospital de las Mercedes y esta data desde hace 150 años.

Por otro lado, la enfermera experimenta separaciones en el cuidado emocional a los niños andinos como la misma Leininger lo afirma por la falta de formación antropológica, que les obstaculizan conocer en plenitud a quien cuidan expresados en los siguientes discursos:

*“...no se les puede brindar un cuidado, en una de las principales dimensiones del cuidado, el emocional dando lugar a que quede siempre en el vacío...”E6*

*“... el momento que me acerco a ellos los saludo, no permiten que los acaricien, aunque no me quieren mirar o se esconden trato siempre de ser amable, pero ellos solo gritan y patean...”E2*

El cuidado en el niño andino desde la perspectiva transcultural, se constituye en un reto para la enfermera del servicio de pediatría porque ellas deben estar inmersas(os), en asumir y conocer las prácticas y creencias de los niños, formas de reaccionar ante lo que la enfermera le ofrece y no sólo pensar que son prácticas o tradiciones retrógradas comparadas con el avance técnico científico como lo menciona Leininger<sup>62</sup>. Es importante establecer un puente entre los cuidados propios que tienen los niños y el conocimiento técnico científico que tiene la enfermera, los niños no pueden distinguir este puente porque no es facilitado por la enfermera y ante las caricias que emite al niño no hay una respuesta recíproca, incluso no la mira a la enfermera, y tienen hasta expresiones agresivas físicas de acuerdo a la edad del niño además de llanto o patadas, se muestran huraños o le rechazan su afecto, al respecto Leininger insta a buscar, descubrir, comprender e interpretar las circunstancias del comportamiento de las personas en torno al cuidado<sup>63</sup>.

Vásquez<sup>64</sup>; interviene aludiendo que en esa exploración juiciosa deben intervenir los padres, quienes deben comprometerse con los profesionales de enfermería, a develar sus significados y a enseñar prepositivamente las creencias y prácticas que guían sus modos de pensar y de actuar cuando les brindan el cuidado a sus hijos.

También, los cuidados que brindan las propias enfermeras del servicio de pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes a los niños andinos, los reconocen como carentes de holísmo como se evidencia en los discursos:

*"...cuidados holísticos como siempre hablamos en enfermería no se cumple con los niños andinos porque desde los padres no brindan confianza, entonces no podemos interactuar como se hace siempre con el resto, no da ganas de hacerles mucho cariño porque hasta piensan que los queremos robar..."E3*

*"...a veces no les brindamos el cuidado holístico, por falta de tiempo el motivo es que tenemos que actuar rápido porque acá trabaja solo una enfermera en cada turno y son niños delicados..."E3*

*"...como enfermeras que somos, ayudarles a que aprendan a entender y sobre todo nosotros entenderlos también como personas para brindar cuidado holístico... como madres, con nuestro amor especialmente estos niños ..."E5*

La enfermera al comentar el cuidado holístico al niño andino necesariamente tiene que saber que esta palabra es griega y cuyo significado es: todo, total, completo, entero. Normalmente se usa como un sinónimo de "integral". Comprender a la persona desde una perspectiva holística es considerarla, tal y como indica Chalifour<sup>65</sup> un sistema abierto y compuesto de dimensiones con características biológicas, cognitivas, sociales, afectivas y espirituales. Estas características son interdependientes y están conectadas

unas con otras en la totalidad externa e interna de la persona. La enfermera al prestar cuidados de relación de ayuda al niño andino desde un plano holístico, es acompañar y considerar al niño y a sus padres en todas sus dimensiones: física, intelectual, social, emocional, espiritual y religiosa, con el fin de ayudarlos a superar sus situaciones de angustia, crisis, sufrimiento y hasta culpabilidad de sus padres, desarrollando potencialidades para encontrar un modo nuevo de vivir en su realidad por la que atraviesan, situación que la enfermera siempre deja de cumplir no por la desconfianza que los padres manifiestan, sino, por su cultura misma que traen, llevándolos a desconfiar de todo el equipo de salud, especialmente de la enfermera cuando se ubica en el lugar de madre llena de amor al brindarle su cuidado holístico. En otro de los discursos también apreciamos como ella reconoce su lugar de procedencia del niño andino formulándose preguntas al brindarle su cuidado, como se lee en el discurso:

*"...Ellos necesitan mucho de enfermería, primeramente valorar a estos niños por lo que son o de donde vienen y poderles brindar cuidado holístico, además de ayuda social y cultural, con ayuda de la beneficencia, porque ¿qué cuidado vas a brindar si les falta todo, hasta cariño?... para mí también es parte de mi cuidado..."E6.*

Las enfermeras también reflexionan con conciencia del deber que es abnegación que en la valoración que realizan a los niños tienen que considerar su integralidad y al contemplarlos como vienen asume que las necesitan a ellas y todo lo relacionado con el sistema de salud, no sólo por la propia cultura sino por la situación de salud de los niños, donde la mayoría de las veces resulta muy crítica, la afectividad esta ausente y sumado a estos requieren beneficios económicos.

Al hablar del cuidado holístico Leininger<sup>66</sup> identifica la importancia de brindar un cuidado de enfermería según sea la cultura del paciente, a

quien se está aplicando el cuidado, puesto que ésta determina los patrones y estilos de vida que tienen influencia en las decisiones de las personas. Argumenta que se puede considerar que los cuidados culturales, conforman la teoría integral de enfermería más amplia que existe, ya que tiene en cuenta la totalidad y la perspectiva holística de la vida humana y la existencia a lo largo del tiempo, incluyendo factores culturales, sociales, la visión del mundo, la historia y los valores, el contexto ambiental, las expresiones del lenguaje y los modelos populares y profesionales.

Sin embargo, en los encuentros terapéuticos con los niños andinos hospitalizados, las enfermeras encuentran que el cuidado que proporcionan lidia con intransigencias propia de una cosmovisión heredada que traerá como resultados prescindir del cuidado de la totalidad y la perspectiva holística del niño andino, es así como emerge la categoría:

## **2. RESISTENCIAS CULTURALES ENTRE CUIDADO ENFERMERO Y COSMOVISIÓN ANDINA**

Para Leninger<sup>67</sup>, cuando los profesionales trabajan con culturas que les resultan extrañas donde se manejan valores diferentes sobre la asistencia o las expectativas de cuidados, se detectan signos evidentes de conflictos, choques y resistencias culturales entre ellos y sus pacientes, según la autora la enfermera centra sus labores en las acciones de la tecnología alejándose cada vez más de la persona a su cuidado creando distanciamiento interpersonal además de insatisfacción e inseguridad y ausencia de su cuidado.

Las expectativas consideradas por la autora también lo vive la enfermera del servicio de pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes, cuando ingresan a su servicio niños andinos. Al primer contacto con ellos se denota un desacuerdo entre la cultura y el comportamiento

cotidiano de la enfermera con la cultura de los niños andinos procedentes de: Kañaris, Incahuasi y zonas alto andinas, es decir una gran diferencia entre lo propio y lo tradicional, las normas de convivencia y comportamiento, cuando él ingresa al servicio de pediatría, las enfermeras van aprehendiendo la información de su situación de salud durante el proceso de la hospitalización para darle continuidad al cuidado, para ello perciben al acogerle su propia cosmovisión incorporada, y al tocar la corporalidad se produce resistencias entre la realidad que conocen las enfermeras y la realidad del niño andino, donde hay influencias de valores culturales, creencias y modos de vida, que la obligan a reflexionar sobre la mejor forma de cuidarle durante el tiempo que permanezca internado en el hospital.

Desde la reflexión de la cultura mirar el cuidado a un niño andino, implica comprender que es inseparable y propio del hombre mismo. Todos los seres humanos se han cuidado desde su origen y desde que están inmersos en la cultura. Sin cuidado, en palabras de Leninger no habría esencialmente curación, y no puede producirse sin ellos. Los cuidados constituyen la esencia de la enfermería y es un elemento central, dominante y distintivo de esta disciplina. Los cuidados son esenciales para el bienestar, la salud, la curación, el desarrollo y la supervivencia, y también para afrontar la discapacidad o la muerte.

En este sentido, resulta necesario según las apreciaciones de Murrain<sup>68</sup> buscar un punto medio entre el conocimiento profesional, es decir lo que se trae la enfermera: cultural, moral y religiosamente en el desarrollo de su vida, y el conocimiento que tienen los otros dentro de su propia cultura y visión del mundo, para crear el punto de encuentro y construir entre ellos y la enfermera esos actos de cuidado significativos, y no anular al otro, el cual de alguna manera se queda atenuado ante la normatividad hospitalaria y por no comprender desde su cosmovisión que representa la salud, la enfermedad, la vida, el sufrimiento y la muerte, la

resistencia cultural entre cuidado enfermero y cosmovisión pueden permanecer.

Según Hiebert<sup>69</sup> la cosmovisión es el conjunto de saber evaluar y reconocer la imagen o figura general que tiene una persona, época o cultura, a partir de la cual interpreta su propia naturaleza y la de todo lo existente en el mundo, define nociones comunes que se aplican a todos los campos de la vida, desde la política, la economía o la ciencia hasta la moral o la filosofía, incluye ideas fundamentales de la realidad subyacente de las creencias y la conducta de una cultura. Por eso a la cosmovisión se le reconoce como el corazón de ella, porque se usa para formar valores y normas, así mismo para explicar el propósito de la vida y el papel del ser humano en relación al universo, a los poderes sobre naturales y en relación a los demás.

En los andes, por ejemplo, la enfermedad se explica como el desbalance entre lo frío y lo caliente. Se utilizan para evaluar los valores y la conducta propia de los demás. También sirve para responder a las cuestiones éticas qué es correcto e incorrecto, bueno o malo, y para decidir en las cuestiones emocionales básicas, lo que gusta o disgusta. La cosmovisión funciona entonces como un mecanismo de control que decide cómo se concibe a sí mismo, su mundo y a Dios, y que determina el sentido de un mensaje.

Por su parte. Dilthey<sup>70</sup> analiza a la cosmovisión relacionándola íntimamente con la filosofía y definiéndola como una imagen global de la realidad (Dios, mundo y hombre) que no es de carácter estrictamente racional, si no que viene dada a partir y a través de la tradición, y permanecen a lo largo de la vida porque les ha permitido subsistir algunas veces y otras enfermar, y la enfermera no debe ser inmune a la construcción social de la realidad cosmocultural que durante el cuidado detecta y lo

enfrenta para lograr la recuperación del niño andino es así como emerge la subcategoría:

### **Dicotomía entre las creencias culturales y exigencias del cuidado**

Desde la práctica de enfermería, Colliere<sup>71</sup> citado por Gonzales, dice que las creencias son una forma de conocimiento integrado, interiorizado a partir de las costumbres. También se puede definir como una percepción permanente y continua acerca de cualquier cosa en el mundo del individuo, cabe mencionar que cada sociedad y cultura forma y establece creencias sobre diversos aspectos de la vida de los seres humanos, estas creencias son las que guían o determinan, en buena parte, lo que las personas hacen, es decir las prácticas y actividades que realizan en los diferentes aspectos de la vida, tiempo y tradición.

Al respecto, el enfrentamiento que las enfermeras del servicio de pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes tienen con la realidad cosmocultural durante el cuidado al niño andino, data de varios años, durante este tiempo el movimiento de ingreso, transferencia y alta es frecuente. Ellas se han visto obligadas a reconocer las características inobjetablemente propias de los niños, formadas y legitimadas en un contexto propio, complejo de construcción social e histórica proporcionado por los padres y a ellos de sus ancestros. El resultado es que el movimiento de ingreso de niños andinos en el servicio de pediatría se visibiliza como un proceso social alternativo con perspectivas y resistencias dicotómicas generadas al percibir una cultura arraigada y al mismo tiempo dañina para el niño en la hospitalización junto a la autonomía y acciones de cuidado que tiene que realizar las enfermeras frente a la apariencia externa de los niños impuesta con dominio por parte de sus padres.

De esta forma la enfermera necesita no sólo un conocimiento e interés de comunicación sino un profundo conocimiento sobre aquellos factores raciales, culturales y sociales, asumiendo habitualmente que la

percepción y valoración de la situación de salud son exactos y congruentes con las del propio niño, sin embargo hay evidencias que las discrepancias en las apreciaciones persisten. Estas discrepancias deberían de ser una preocupación de la enfermera cuando provee cuidados porque puede interferir en la realización de los mismos.

De esta manera muchos factores, obstruyen la calidad de los cuidados que brindan incluyendo una comunicación pobre, una incorformidad de la forma como cuida, con el régimen dietético, un tratamiento inadecuado e innecesario y problemas éticos, todos estos factores se combinan para crear dicotomías entre la enfermera, los niños y el cuidado que les brinda sintiéndose fracasada como se puede apreciar en los discursos:

*"...Me siento frustrada porque mi cuidado es limitado por todo lo comentado, mejor dicho frustración total, por lo huraños que son especialmente los grandecitos cuando los examinan o cuando no les dan lo que ellos quieren por ejemplo el agua y no les puedo dar porque tienen volúmenes restringidos por tener problemas renales..."E2*

*"...el cuidado que brindo no lo considero integral, por sus costumbres que traen, es integral cuando le damos el verdadero valor a ese niño, no debería ser diferente, más bien, debería ser el de mayor cuidado además de darles calidad de atención incluyendo a sus padres, no despreciarlos, no marginarlos, quererlos más, son muy valiosos por su propia cultura..."E5*

*"...Ellos son los que nos dan más trabajo para cuidarlos pero es nuestra obligación, no solo es coger al niño y obligarle a que se deje realizar los procedimientos (colocación de sonda, catéteres intravenosos, dieta...etc.), no porque no hablan bien o porque sus padres son analfabetos tenemos que forzarlos.."E7*

La enfermera en su afán de cuidar siempre procura la atención integral de la persona incluyendo sus terapias complementarias, distinguiéndolo siempre como un ser total, a esta integralidad de su cuidado también lo llama cuidado holístico, por su significado que le da al identificar todas sus necesidades, a si mismo implica comprensión y percepción del ser humano como una unidad total formada a partir de la interacción de su cuerpo: físico, emocional, mental y espiritual<sup>72</sup>; sin embargo las enfermeras experimentan frustraciones porque el niño andino es intratable debido a una serie factores estudiados anteriormente y sólo sabe exigir una necesidad sentida como la sed y la enfermera no puede acceder porque aumentaría su problema de salud, por tanto el cuidado del niño andino muchas veces se vuelve ambiguo, puesto que implica la capacidad de “ver, escuchar y sentir” sus necesidades culturales cuando de la gravedad del niño se trata la enfermera frente a esta situación se vuelve muy sensible, aún reconociendo que no da un cuidado integral siente que no debe despreciarlos ni marginarlos, expresiones que expresan recuerdos que alguna vez si lo hizo, también reafirman que les dan más trabajo pero el deber les increpa atenderlos aún utilizando la fuerza física para llegar a cumplir con los procedimientos.

Estas expresiones coinciden con Mauss<sup>73</sup>, donde menciona que la persona es totalmente diferente al considerar su cultura ya que por más que se asemeje a otras, el ser humano cultural guarda la característica de singularidad con sus padres y sino se le comprende reacciona de manera negativa; así también Leininger<sup>74</sup> hace énfasis que el cuidado de enfermería debe contemplar que las personas son diferentes de acuerdo a su cultura; y las enfermeras que laboran en el servicio de pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes reconocen la cultura del niño y también su singularidad pero en el fondo la rechazan y por eso emergen discrepancias con ella misma, y con los niños. Ahora bien, si los cuidados que brindan las enfermeras no toman en cuenta los valores culturales de los niños andinos

como explica Leininger, la enfermera omite los medios holísticos más amplios que permiten conocer, explicar, interpretar y predecir los fenómenos asistenciales de la enfermería para orientar la práctica de esta disciplina, por lo tanto el cuidado integral u holista se desintegra volviéndose unilateral y direccionado hacia una sólo dimensión del cuidado.

Por este motivo Leininger citado por Ibarra<sup>75</sup> argumenta como los cuidados (de enfermería) coherentes 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; afirmaciones que las enfermeras omiten según los siguientes discursos:

*"...mi preocupación es en primer lugar porque creen en el shucaque, acá cuando vienen los niños traen peritonitis, o algunos vienen en estados sépticos y hasta se mueren, y en segundo lugar los padres de ellos, para que aprendan y entiendan nuestras enseñanzas, lo que es bueno y lo que es malo, por lo menos que sus costumbres no les causen más daño,..."E2*

*"...No podemos brindarles un buen cuidado, creen mucho en el susto, brujería, y a veces como ves están respirando mal y tienen el abdomen distendido, globuloso y los padres que están junto a ellos dicen es del susto, es el ojo malo de las señoritas... les quiero retirar los huairuros e inmediatamente me dicen "pónele para que no lo ojelles y luego hablan su idioma (urayancais yambito: cállate bebito)... "E4*

*"...los niños de la sierra andina son reacios ante los procedimientos, se les explica pero..., hay algunos que acceden otros no, siempre dependen de sus padres,*

*porque la mamá solo me mira, habla solo con el esposo y no lo quiere dejar, si lo bañas te dice está enfermito, y si se agrava tu lo estás matando... "E8*

Las enfermeras al cuidar al niño andino identifican que ha sido sometido a prácticas folclóricas tradicionales como el shucaque, el susto, la brujería, el mal del ojo que no están orientadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad o la curación por los resultados que perciben al valorar al niño, por el contrario antes de ingresar al servicio de pediatría el niño fue tratado por curanderos agravando su situación incluso hacia una sepsis o problemas respiratorios graves, con rechazo de medidas higiénicas básicas por creencia que les hacen daño, en este sentido la inquietud que sienten se basó sobre la evaluación de los beneficios y riesgos de creencias.

Entre los riesgos y creencias dañinas que descubre la enfermera es el Shucaque, el cual es un mito de la medicina tradicional de la costa norte del Perú, se produce frente a una situación de vergüenza o bochorno, esta reacción es frecuente no sólo en la medicina popular sino también en la medicina científica. El tratamiento varía de acuerdo a la localización de los síntomas, cuando se ubica en la cabeza se coge una porción de cabello y al jalar produce un ruido, cuando se ubica en el estómago se sacude violentamente la cintura hasta producir un ruido<sup>76</sup> al parecer el tipo de shucaque a que son sometidos los niños es del abdomen, porque la enfermera acierta cuando detalla que viene con peritonitis incluso sepsis.

Con relación a la creencia del mal de ojo que declara la enfermera y lo crítica como restrictivo de su cuidado es el llamado ojeo, este síndrome se observa sobre todo en los niños. Puede ser local o general es la acción mágica de la mirada de la persona sin quererlo, porque queda profunda y emocionalmente cautivada por ciertas manifestaciones de belleza o hermosura o motivada por la envidia. Sus síntomas pueden ser vómitos,

diarreas, fiebre, el insomnio, dolor de cabeza o la conjuntivitis, volviéndolo al niño muy llorón, no lo deja comer, y una vista se le achica. Para prevenirlo se le coloca al niño un diente de ajo macho, les colocan una cruz y para curarlo se le pasa un huevo por todo su cuerpecito y se les va rezando el Padre Nuestro, el Credo, y un Ave María.

Estas creencias no cabe duda les preocupan a las enfermeras porque además tienen costumbres perjudiciales, así como prácticas medicinales que emplean para curar a los miembros de la familia adultos y como los niños pequeños no pueden beber las yerbas medicinales suelen hacerles limpias, para apartarlos del mal de la enfermedad, en este sentido lo tradicional coincide en gran medida, con la cultura misma y el folclore, o “sabiduría popular”, sin embargo se genera una gran separación con los procedimientos de cuidado cuando el niño esta hospitalizado porque tiene que enfrentar la cultura hospitalaria rígida, hostil, adversa y nada acogedora por sus relaciones algo frías. Los niños perciben la pérdida de control sobre su cuerpo, no entienden el lenguaje técnico que utilizan las enfermeras, su rol social deja de tener reconocimiento y se convierten en seres anónimos que representan un número de historia, que para ellos nada significan.

Es por ello, evidente por qué es tan acogedora su propia morada cultural y tan adversa la otra, aquí los estilos de vida y el mundo de las relaciones desafía comprender estas dicotomías para ser capaces de reconocerlas como iguales a través de los valores y necesidades existenciales y axiológicas y diferenciarlas en los satisfactores de ellas. En este sentido, siguiendo a Leininger<sup>77</sup> es necesario e importante buscar, descubrir, comprender e interpretar las circunstancias del comportamiento de las personas en torno al cuidado. Porque al comprender desde cada cultura ese cuidado se podrá expresar bajo los diferentes modos de promoción y mantenimiento de la salud, las distintas maneras en que se

previene y se enfrenta a la enfermedad y las varias formas terapéuticas de abordarla como se aprecia en los discursos:

*“...Cuando valoro al niño los padres están junto a su cama no los puedo sacar fuera del servicio porque no hay quien los entiendan, el niño huele a yerbas, tiene pulseritas, collares con granos de maíz blanco según su papá que traduce a la madre, para el susto y se lo tengo que dejar porque sino se enojan...” E6*

*“...se les permite algunas cosas, otras no porque les hace daño, a veces tengo que retirar todo por el estado de salud en que viene es desastroso el niño cuando ingresa al servicio vienen en mal estado de higiene, sucios, descuidados, llenos de costumbres, fajeros apretados, la cabeza con algodones además de ropas gruesas...” E3*

Cuando un niño es admitido en el servicio de pediatría, la valoración es el primer paso que la enfermera realiza. Para Alfaro<sup>78</sup>, esta valoración va a determinar la situación de salud del niño, la enfermera usando sus cinco sentidos, reúne información asegurándose que sea correcta, completa y organizada de forma que le ayude a tener una primera impresión de la situación en que se encuentra. Impresión que muchas veces al chocar con costumbres folklóricas diferente a la normatividad y rutina del servicio produce en un primer momento resistencia, luego apertura cediendo porque el niño tiene que recibir cuidado de acuerdo a su situación de salud valorada y la enfermera tiene que considerarlos, aprobarlos o pasar por alto, porque el deber de cuidar prima como exigencia profesional y deber deontológico, además de producir una buena relación personal con los padres de los niños para evitar emerjan afectividades negativas como la cólera o el enojo.

Sin embargo, la enfermera percibe a profundidad que tiene que actuar en contra de las costumbres que traen, porque reflexiona que si deja en la misma situación que vienen puede causarles complicaciones o que la

situación de su salud empeore, por ese motivo tiene que retirar de la corporalidad del niño todo aquello que lo puede dañar, aunque haya concedido que permanezcan por algunos momentos; esta acción de la enfermera le permite tomar decisiones hacia la recuperación de la salud de los niños, ella sabe interpretar la realidad que tiene delante como efecto de las tradiciones.

Estas concesiones que realiza la enfermera le van a permitir determinar y priorizar las necesidades del niño alteradas y continuar con el resto de niños del servicio, asumiendo con conciencia individual y profesional que necesita dejar que los padres del niño permanezcan dentro del servicio sino, no podría comunicarse con ellos, además de saber que sienten, que les está pasando o como se encuentran porque tiene como limitante que los niños hablan quechua, así mismo es consciente del estado de salud del niño, el folkllore que expresa y emana de su corporalidad que no es otra cosa que el reconocimiento de sus expresiones, su contexto, sus valores culturales. Al respecto, Leininger<sup>79</sup> define como evaluación cultural, una valoración o examen sistemático de los individuos, grupos y comunidades así como de sus valores, creencias, prácticas y formas de cosmovisión, para determinar sus necesidades y las intervenciones que deben hacerse dentro de su contexto, obteniendo información acerca de las percepciones de los clientes, así como de las posibles modalidades de tratamiento.

Al respecto, las percepciones y concesiones que la enfermera permite respecto a costumbres folklóricas arraigadas la hacen reflexionar que estas no favorecen un cuidado eficaz al niño andino como lo expresan las enfermeras:

*“... tú quieres actuar como enfermera pero ellos están que se conversan con la madre y luego te dicen no lo haga, mejor después, si presenta fiebre no quieren desabrigarlos... la idiosincrasia de los padres, sus costumbres son muy arraigadas, no favorece la eficacia del cuidado...” E1*

Murraim<sup>80</sup> explica que cada individuo internaliza y aplica su cuidado según sus costumbres y creencias que le han servido para sobrevivir y mantenerse en el tiempo, en el caso de los niños proporcionadas por sus padres y ellos de sus antepasados como lo perciben las enfermeras, quienes critican que su actuación se ve afectada por la indiferencia de los padres al no entender lo que les dicen mostrándose indiferentes y sólo reaccionando con negativas a sus acciones de cuidado que ofrecen y tienen la obligación de realizar como es retirar la ropa del niño cuando tiene fiebre para evitar que convulsione, actividad no aceptada por los padres debido a la creencia que les dará neumonía o se puedan morir.

Por su parte Lenninger<sup>52</sup> destaca que la adecuación o negociación de los cuidados culturales, comprende las acciones y decisiones profesionales creativas de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a las personas de una cierta cultura a adaptarse o negociar con quienes prestan cuidados profesionales para obtener resultados sanitarios beneficiosos o satisfactorio, situación que la enfermera no puede negociar por el contrario ante las costumbres arraigadas de los niños y avalada por los padres, analiza que su cuidado es ineficaz, a su reflexión se une la apreciación negativa de su cuidado por parte de los padres de los niños como se aprecia en los discursos:

*“... son malas porque les quitan su ropita, dicen huelen feo, a mi guambra (hija) le quitan su anuko (falda), su guschok (faja), y no le dan agua...”P4.*

Los padres tachan a la enfermera de mala pero no lo es, porque la enfermera como se ha podido apreciar anteriormente busca el bien del niño, la ropa especial que él lleva, no es conveniente que permanezca cubriendo su cuerpo en un servicio de hospitalización, el conocido guschok, una especie de faja que les sujeta las faldas de las niñas o lo usan como fajeros para los más pequeños o el anuko que es una especie de falda de lana gruesa de colores llamativos y si el niño tiene fiebre se le debe retirar

para que la temperatura no se eleve más y si la ropa expele mal olor igualmente se la enfermera lo retira y cambia por ropa limpia y esta acción de enfermería los padres de los niños no las llegan a comprender totalmente considerando una maldad proceder a retirarla.

Ineficacia en el cuidado y ser tachada de mala conducen a la enfermera al disconfort y la queja de tener más trabajo como lo evidencian los discursos:

*"...siempre nos traen más trabajo por eso digo que mi cuidado es limitado, por ejemplo las ropitas que traen son muy gruesas, no quieren desabrigarlos y bueno los familiares de los otros niños se quejan porque no saben usar los servicios y muchas veces hacen un círculo vicioso con la misma enfermedad y no hay manera que me entiendan..."E7*

*"...no solo es coger al niño y obligarle a los padres que les retiren sus yerbas, o sus chaquiras..., es tratar de entenderlos de donde vienen, como hablan y luego continuar con los procedimientos de la hospitalización, claro que ellos son los que nos dan más trabajo para cuidarlos pero es nuestra obligación ..."E2*

Para tener acceso a un cuidado dentro de un servicio hospitalario se tiene que abandonar o subsumir sus preconceptos, creencias, valores y representaciones acerca de la enfermedad. Un niño andino no está en posición de comentarle a la enfermera o al médico que antes de ingresar al servicio de pediatría ha tenido que pasar por una serie de cuidados botánicos, producto de la creencia de sus padres y no lo comentan porque no están en la capacidad de hacerlo y porque desconoce si las enfermeras creen en ellos o puede descalificar estas creencias con mirada sospechosa con cierta amenaza de culpabilidad y de alguna manera es excluyente con los niños y se lamentan que les dan más trabajo, al mismo tiempo otra enfermera afirma que se les debe comprender, aquí lo que hace falta es

conocer hasta que punto las creencias de los niños andinos pueden hacer un puente con el cuidado en el servicio de pediatría porque la cultura de los cuidados está ligada al territorio, al espacio, al cosmos y su biodiversidad, como una unidualidad<sup>81</sup>.

Hombres y mujeres no se consideran entidades autónomas, desarticuladas, así migren de manera interna o externa; es una lógica profunda de relación-articulación. Esta perspectiva es contraria y choca con el mundo de representaciones, que enfermeros y enfermeras tienen; la mirada está centrada en la idea de persona, de individuo como una totalidad agregada, como un ser holístico, como esferas, cuya unidad cultural es totalizante, homogénea, sin fisuras ni contradicciones, un ser fácilmente predecible, inferencial, un ser libre para el mercado de la salud, por ello se reclama el derecho individual a decidir y crear distancias ante el colectivo<sup>82</sup>.

Distancias que los padres también las perciben en el momento de la alimentación estando hospitalizado su niño, considerando según ellos que comen poco menos que en su casa, lo que no pueden diferenciar es en que consiste una dieta hospitalaria, observándose lamentos y omisión en la educación por parte de la enfermera como lo manifiestan los padres a través de este discurso:

*“... no les dan micuy (comida) solo les dan avena para desayunar..., allá, ellos no desayunan poquito...”P2*

Entonces, cuando las dicotomías entre creencias culturales y exigencias del cuidado está relacionado con el idioma, la sociabilidad entre enfermeras y niños se hace más difícil, es así como emerge la subcategoría:

### **Conflicto idiomático con insociabilidad durante el cuidado**

La observación y la comunicación son elementos importantes para la enfermera cuando realiza la valoración de un niño hospitalizado; ella al valorarlo le satisface todas sus necesidades que están alteradas, pero a la vez va combinando con la comunicación que es la conversación acompañada de preguntas referentes a la salud, de esta forma es como los niños y/o su familiar acompañante van socializando y van creando gran confianza y comunicación constante, pero, cuando un niño tiene cultura diferente a la enfermera y habla otro idioma como el quechua, aymara, u otros dialectos se crea esa insociabilidad o incongruencia porque cada quien aplica el principio de la benevolencia dedicándose a ejecutar lo que les parece más importante, urgente o interesante como se evidencia en los discursos:

*“...Mi dificultad como enfermera es la comunicación, ya que el idioma quechua es una barrera para una adecuada comunicación. El analfabetismo de la madre hace que el papá sea el que se comunica con la enfermera y cuando el niño tiene que ser derivado por su situación de salud por ejemplo a Lima traen al representante de su comunidad por tener primaria completa y poder entender mejor a las explicaciones que les damos ...”E5*

Frente a este conflicto idiomático experimentado por la enfermera y la situación de no saber leer y escribir de las madres, emerge la necesidad de un traductor que viene junto con los papas cuando el niño andino se hospitaliza, pero a la vez este traductor crea mayor conflicto idiomático porque no conoce la terminología médica o no tiene habilidad para explicarle a la madre o al mismo niño lo que le pasa o lo que le van a realizar, ellos traducen lo que entienden o lo que muchas veces les conviene, por lo que nunca es igual utilizar a un traductor que tener una comunicación directa; siempre es eficaz hablar directamente en primera persona y no en tercera persona con ayuda de un traductor.

Al leer los siguientes discursos la enfermera descubre el conflicto idiomático por que además de hablar el quechua los niños, los padres no aceptan que la enfermera cumpla con el tratamiento médico actuando rudamente al escuchar llorar a su hijo.

*“...A los niños no les entiendo nada solo hablan quechua con la madre por eso no converso con ellos, siempre ruego que se sanen rápido para que regresen a su lugar porque solo allí son felices, en medio de sus costumbres y creencias...”E3*

*“...Por el idioma que no se les entienden a ellos ni a los padres y a veces te dicen eres mala, lo haces llorar porque lo puyas, (refiriéndose a los inyectables) quiero decirles que es forma de cuidarlo para que se sanen pero más bien piden que no los hagan llorar a veces cuando es conducido al tópic para canalizarle la vía tratan de jalarlos de las manos de la enfermera...”E4*

En el cuidado que brinda la enfermera al niño andino es de gran importancia la comunicación, tiene que ser consciente que el idioma quechua es el idioma oficial de los niños y sus padres, y ella no los puede cambiar, pero, si entenderlos, y comprender que el quechua es el gran obstaculizante, porque la enfermera no lo domina para socializar el cuidado que brindan al niño andino, especialmente cuando tiene que ser trasladado por su situación de salud a otra ciudad, o tiene que aplicar procedimientos que producen dolor como las canalizaciones de vena, colocación de sondas, al no socializar un diálogo fluido, no pueden entenderse además a los padres por ser analfabetos, tienen culturas diferentes, les preocupa sólo que no los hagan llorar e increpan a la enfermera como una persona mala y la enfermera como tampoco entiende lo que hablan los padres con los niños se cierran hacia el dialogo.

Para el niño andino es muy común considerar que una enfermera no es sensible al cuidarlo por el uso de diferentes estilos de comunicación especialmente el no verbal, y cuando el niño o sus padres se construyen esta opinión, es muy probable que no siga sus consejos y eviten contactos posteriores, también es posible que la enfermera ni siquiera se de cuenta que con este tipo de lenguaje lo pueda ofender, porque además del idioma quechua también su barrera es el analfabetismo y cualquier mueca o movimiento de manos puede ser ofensa para ellos y muchas veces la enfermera en el despliegue de sus procedimientos lo realiza sin darse cuenta. Es por eso, que la enfermera al necesitar de un traductor, también necesita que el niño andino o la madre entienda algunas palabras en español, para que cuando les hable sean receptivos a la ayuda y al cuidado que les ofrece, y sientan además que existe interés por ayudarlos evitando dificultades y ofensas a su persona.

Asimismo, la investigadora para comprender que tipo de quechua hablan los niños andinos y sus padres consideró necesario hurgar sobre los orígenes y diversidad del quechua<sup>85</sup>, este es un idioma donde no se habla igual en todos los lugares, la extraña presencia del quechua se puede explicar adecuadamente por el hecho de que los ancestros pudieron haber sido traídos allí a través del sistema de mitmas incaico o, bien, porque llegaron como integrantes de algún ejército imperial. Este sistema se podría explicar por la presencia de algunos grupos aislados de quechua hablantes en las regiones del extremo norte de Perú, como Cajamarca (Chetilla y Porcón), Lambayeque (Incaawasi y Cañaris) y Chachapoyas, a través de sistemas migratorios. Los niños andinos heredaron el idioma de sus padres, que no es tan significativo, sino hasta que ellos tienen que abandonar el territorio y resultan hospitalizados donde el idioma que habla la enfermera a su cuidado es español.

En este sentido, la comunicación es un proceso continuo por el que una persona puede establecer un contacto con otra mediante o a través del

lenguaje oral o escrito, los gestos, expresiones faciales, el lenguaje corporal y otros símbolos. Asimismo la enfermera reconoce la importancia de la comunicación en el proceso de cuidado; a pesar de esto, la comunicación a menudo presenta barreras entre las enfermeras y los niños, especialmente cuando ambos proceden de contextos culturales diferentes. Si las enfermeras y los niños no hablan el mismo idioma y si los estilos de comunicación son diferentes tanto unos como otros se pueden sentir alienados y desasistidos. La sensación de falta de diálogo y conversación sentida por las enfermeras, también lo perciben los padres como se puede apreciar en los discursos:

*"... No nos conversan, si me ayudan, pero también nos riñen para que bañemos al yambito, pero (...) está enfermito..."P2*

Si un niño que no entiende lo que está diciendo la enfermera se siente incomprendido y puede mostrarse enfadado, desobediente o aislado, mucho más serán los padres que son adultos, donde el proceso de cuidado físico del niño en el servicio de pediatría se puede ver comprometido, las enfermeras también se pueden sentir enfadadas y no comprendidas cuando no logra hacerse entender ante la necesidad de bañar al niño y los padres, no aceptan por estar enfermo el pequeño, esta exigencia de la enfermera corta el diálogo y la posibilidad de entenderse surgiendo reclamos, pero al mismo tiempo la enfermera considera la necesidad de educar a los padres porque en algún momento el niño será dado de alta y de alguna manera se debe evitar recidivas de la enfermedad o complicaciones por errores en la administración de medicamentos indicados para que sean dados por sus padres en casa; descuidos en la higiene, la alimentación, etc. Así la enfermera asume la responsabilidad del adiestramiento de la madre y/o traductor para el cuidado del niño en el hogar, emergiendo la siguiente subcategoría:

## **Educando a la familia del niño: Conflicto y Reto**

Wong<sup>84</sup>, sostiene que las enfermeras son con frecuencia las responsables de toda o parte de la enseñanza a la familia para el seguimiento y cuidado del niño en el hogar destacando, que es esencial educar a la madre para evitar recaídas de la enfermedad o complicaciones por errores en la administración del tratamiento indicado al niño.

Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS)<sup>85</sup> acota que en los estudios de las defunciones en la niñez por enfermedades agudas en países en desarrollo han revelado que muchos niños murieron después de haber tenido contacto con los servicios de salud, en algunos casos poco después de egresar el niño del hospital. Por consiguiente muchas muertes pueden evitarse si se presta atención minuciosa a planificar el egreso y el seguimiento del niño andino.

Igualmente la falta de planificación conjunta en este cuidado explica la diversidad de situaciones que describe la enfermera en cuanto a la planificación e implementación de la educación para el alta, unas mencionan que debe iniciarse desde que el niño es transferido desde su lugar de origen hasta el Hospital Regional Docente Las Mercedes; mientras otras mencionan que toda la información debería darse en el momento del egreso del niño siendo difícil el entendimiento de los padres por su cultura, idioma y creencias.

Según Kozier<sup>86</sup>, la planificación del alta consiste en prever y planificar las necesidades del paciente, después de dejar el hospital, añadiendo que un plan de alta eficaz comienza al ingreso de la persona y continúa con la valoración sucesiva de las necesidades, tanto del cliente como de la familia, en este caso es realizada solo al momento del egreso.

Así mismo la OPS<sup>87</sup>, asegura que el procedimiento para el egreso de todo niño debe incluir, la orientación a la madre sobre el tratamiento y la alimentación en el hogar, la comunicación con el trabajador de salud que refirió al niño, instrucciones de cuando volver al hospital para el seguimiento y de cuáles son los síntomas y signos que indican la necesidad de regresar urgentemente. El mismo organismo señala que para garantizar la continuidad del tratamiento del niño en el hogar, es muy importante cerciorarse que la madre entienda lo que debe hacer y que puede administrarle al niño el tratamiento recomendado; para lo cual no basta con darle instrucciones sino, suministrarles información, explicándole con paciencia y sencillez como administrar el tratamiento, usando un ejemplo, mostrándole lo qué debe hacer y qué no debe hacer; permitirle que practique, observando a la madre que prepare la medicina o administre el tratamiento; verificando la comprensión y solicitando a la madre que repita las instrucciones, aspectos de la educación que no están presentes en las expresiones de las enfermeras:

*"...Orientar a los padres para el alta es importante, enseñarles a inhalarlos, a tomar temperatura, higiene, pero también, respetar sus creencias..., enseñarles cómo deben cuidarlo en su casa, a veces es necesario acudir a la asistente social para que les brinde ayuda en su alta..."E5*

*"...enseñarles como cuidar a sus hijos en su casa no se puede por su cultura, su idioma, al estar de alta creen que están curados, las enfermeras de sus centros de salud deben hablar quechua para que les puedan explicar mejor..."E3*

*"...Siempre deben de ser orientados cuando vienen acá no solo de su centro de salud traerlos y dejarlos, se les debe explicar que van a estar algunos días hasta que su niño se mejore y así evitar que se conviertan en caprichos o intenten fugarse porque creen que en solo un día se van a curar..."E6*

*"...las madres no nos informan nada les dan cosas que les hacen más daño y luego no mejoran, peor si están con problemas digestivos, trato de explicarles a los padres, y que mis cuidados sean percibidos para que en su casa los cuiden y no regresen en peores condiciones..."E2*

Los discursos de las enfermeras nos revelan que no existe una planificación conjunta de la preparación del alta del niño hospitalizado, por parte del personal profesional de enfermería, ellas hacen un llamado de atención sobre la creencia de los padres de pensar que sus niños están completamente restablecidos y curados al ser dados de alta, sin embargo no es posible sacarles de este error, que no cabe duda redundará en la continuidad del cuidado que pueda brindarle la madre en el hogar por falta de entendimiento, ya que al no seguir una pauta pre establecida en la educación, se corre el riesgo de omisiones, y tal como lo mencionan el idioma, y la cultura del niño andino es la que puede repercutir negativamente en su salud, por consiguiente hasta una recaída, ella también recurre a otros profesionales en busca de ayuda para que puedan retornar a su lugar de origen.

La investigadora es consciente que el cuidado es universal, pero las acciones, expresiones, patrones, estilos de vida y significados del cuidado pueden ser diferentes cuando la enfermera cuida a los niños andinos, que además de tener cultura diferente tienen una cosmovisión que la adquirieron inconscientemente de su medio a temprana edad, ella también tiene conocimiento de la diversidad cultural para proporcionar los cuidados adecuados a los niños y su familias cuando van de regreso a casa, a ese mundo que aunque tenga pobreza, creencias, costumbres está lleno de felicidad.

Habitualmente la enfermera del servicio de pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes, asume que el cuidado al niño andino debe ser congruente con su cultura, sin embargo hay evidencias de las

discrepancias que persisten, convirtiéndose en gran preocupación particular para ella cuando provee cuidados culturales al niño, como ya hemos venido tratando en el progreso de la investigación todas las barreras encontradas al brindar el cuidado son barreras que han interferido en la realización de los mismos como lo manifiesta el padre traductor del niño andino durante la hospitalización:

*“... las enfermeras se apenan de nosotros, dicen pobrecitos, son pobrecitos, pero siempre nos riñen, solo les dan sus remedios del doctor..., se van...”P4*

Algunas de las barreras que obstruyen la calidad de los cuidados al niño andino, principalmente está la comunicación, la inconformidad con el régimen del tratamiento, y problemas éticos. Todas estas barreras se combinan para crear discrepancias en las percepciones entre la enfermera y los padres de los niños andinos; así mismo, la enfermera coincide con Leininger al proponer el otorgamiento a los valores, a las normas, a los principios filosóficos de las culturas en el mundo, dar una hoja en blanco para que escriban el código ético transcultural.

También, cuando la enfermera menciona diversidad de los cuidados culturales del niño andino alude a la variación y diferencia que existen en los significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia, dentro de su pueblo o grupo humano distinto con el fin de ayudar, apoyar o facilitar medidas asistenciales dirigidas al niño y su familia; ella coincide con Leininger al afirmar que existe aún un conjunto de elementos como la ceguera cultural, conflicto cultural imposiciones y etnocentrismo, que influyen de forma notablemente negativa en la calidad que prestan los profesionales de enfermería a sus pacientes de otras culturas; por eso las enfermeras valoran la necesidad de llegar a una mejor comprensión de la cosmovisión del niño andino para lograr un cuidado

integral, además sugieren aprender quechua, ahondar más en la transculturalidad mencionando que las estudiantes de enfermería deben formarse para brindar cuidados transculturales es así como emerge la subcategoría:

### **Reflexionando sobre el cuidado transcultural**

Los cuidados culturales se ven reflejados en las prácticas realizadas durante el cuidado que brinda la enfermera, respetando siempre sus costumbres, creencias y la misma cosmovisión del niño andino, también conviene analizar y comprender las diferencias de esos cuidados, manteniendo sus prácticas tradicionales en salud sustentadas en la importancia que le dan a sus mismos conocimientos culturales, así como sus ritos, y métodos curativos. Leininger<sup>88</sup> desarrolló su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales, basada en su 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.

La cultura determina los patrones y estilos de vida que tienen influencia en las decisiones de las personas, esta teoría ayuda a la enfermera a descubrir y documentar el mundo del paciente y utiliza sus puntos de vista étnicos, sus conocimientos y sus prácticas en conjunción con una ética apropiada como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes culturales, además los cuidados culturales conforman la teoría integral de enfermería más amplia que existe, ya que tiene en cuenta la totalidad y la perspectiva holística de la vida humana y la existencia a lo largo del tiempo, incluyendo factores culturales sociales, la visión de la historia y los valores culturales, el contexto ambiental, las expresiones del lenguaje y los modelos populares y profesionales; también esta teoría

puede ser inductiva y deductiva, al derivarse de conocimientos émicos (internos) y éticos (exterior).

Por otro lado, la enfermera del servicio de pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes al cuidar al niño andino considera la visión holística y humanística del cuidado en su disciplina como un eje central, siente la necesidad de profundizar el cuidado transcultural para no tener barreras al tener que interactuar y brindar su cuidado como lo dice en estos discursos:

*“...debemos saber un poquito de sus costumbres para poderlos ayudar y sentir que verdaderamente les brindamos cuidados de enfermería...”E4*

*“...sería que aprendiéramos aunque sea a entender el quechua y otra cosa más importantes que se les explique bien en su idioma, los procedimientos que se les va a realizar...” E1*

Leininger<sup>89</sup> definió la enfermería transcultural como una de las grandes áreas de enfermería, que se centra en el estudio y análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones de la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta, siempre con el propósito de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permiten una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura universal.

Definió además, que los cuidados de enfermería coherentes 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; por tanto, la meta de la teoría es suministrar unos cuidados responsables y coherentes culturalmente, ajustándose de modo razonable a las necesidades, los valores, las creencias y los modos de vida de los pacientes.

La investigadora al referirse a enfermería describe que no solo es una ciencia dura, tampoco es una ciencia totalmente biológica, pues trata en su totalidad a la persona, por lo que tiene una estructura necesaria para establecer leyes universales del cuidado de la salud humana, esta ciencia no es prescrita, no es limitada, ella comparte el concepto de Boff<sup>90</sup> al describir el cuidado como un modo de ser, es decir salir de sí para centrarse en el otro con desvelo; Así mismo la respuesta humana muchas veces hace pronosticar a la enfermera que la conducta de los padres se convierta en despersonalizada y desmotivada cuando los niños andinos se encuentran en graves estado de salud convirtiéndose en una relación tensa y conflictiva como lo describe el discurso de la enfermera:

*"...mi triste experiencia fue con un neonato, llegó séptico, grave, y falleció en mi turno, recién me habían rotado al servicio de lactantes, llego y lo encuentro en la cunita número 3 porque estaba cerca al oxígeno, ya se puede imaginar en qué condiciones estaba, me acerqué a evaluarlo y luego quise colocar mi mano sobre el hombro de la mamá que estaba sentadita, no quiso, hablaba quechua y el esposo me decía que querían llevárselo para que muera en su tierra, les explicaba lo importante de mantenerlo con oxígeno pero no me entendían, el padre decía el oxígeno es frío sáquele; solo quería que termine mi turno, por cuidar a ese niño descuide a los otros niños casi los dejé de lado..."E5*

Una adecuada información tiene que partir de la mutua confianza entre los interlocutores para hacer creíble lo que expresan, como lo comenta la enfermera en su discurso, pero, es importante reconocer el

saber de cada uno, aceptando que posee una perspectiva particular y solo desde ella puede comprender que nadie conoce tan bien su propia situación, sus temores, sus expectativas, su dolor y lo que hace, como los padres de estos niños que tienen una enfermedad grave; ignorarlo desde la ciencia es impedir el diálogo requerido.

También, sería un despropósito negar el conocimiento y la experiencia que tanto ellos como la enfermera están viviendo en ese momento a pesar de que los lenguajes sean diferentes, es preciso encontrar uno para que comprendan su duelo anticipado por el que están pasando y no afloran los lamentos por lo que no se hizo, el cuidado de enfermería está centrado en la persona humana. Pero cada persona, cada grupo o subgrupo según Leininger<sup>91</sup> tiene sus propias prácticas, creencias, valores y tradiciones. No es posible pretender homogeneizar el cuidado y pensar que los de una cultura sean válidos para los demás, por ello es necesario que las enfermeras que cuidan a niños con culturas diferentes deben actualizar su formación en el cuidado cultural, esto implica entonces, que se debe aprender sobre cómo viven las personas, cómo hablan, qué usan, cómo lo usan y para qué lo usan. Es así como emerge la última categoría:

### **3. FORMACION PARA LA INTERCULTURALIDAD EN EL CUIDADO ENFERMERO.**

La interculturalidad puede ser concebida como paradigma o como estado de cosas. En tanto paradigma o utopía, la interculturalidad significa un proceso dinámico que apunta a la instauración de relaciones democráticas, a la apertura total y a la igualdad de condiciones entre los actores de una sociedad<sup>92</sup>.

Dentro de este marco general, podemos preguntarnos cuáles son los actores entre quienes podríamos establecer relaciones interculturales en

sociedades como las nuestras según la region o zonas andinas que tenemos, son las poblaciones indígenas, cuyas relaciones que se generan entre ellos están matizadas por el olvido político, la pobreza económica y por su difícil comunicación por tener idioma diferente al nuestro, como es el quechua fomentándose algunas veces la agresión cultural y la negación de sus derechos.

Frente a estas evidencias las enfermeras del servicio de pediatría del Hospital Regional Docente las Mercedes deben ser sensibles a ciertos factores especialmente la comunicación, la susceptibilidad fisiológica a la enfermedad, las diferencias relativas a la salud emocional y mental, la sensibilidad cultural y las competencias interculturales para ejercer una profesión con seguridad y eficacia.

Enfermería se perfila como una profesión desde la era Nightingale, formalizándose la preparación de enfermeras en hospitales, y posteriormente y en forma paulatina es ligada a una formación universitaria; actualmente se puede observar una mayor receptividad y algún cambio de postura de los profesionales de enfermería al incluir el referente "cuidado humano" desde el punto de vista humanista, fenomenológico, holístico o ecológico en las prácticas, tanto como modelo de asistencia o como referente filosófico en los currículos de la disciplina; por lo tanto hoy en día es importante que para cuidar se tiene que saber y conocer que se hace y a quién va dirigido por que el cuidar, como un proceso interactivo, implica confianza por parte del cuidador hacia el ser cuidado<sup>95</sup>.

Al igual que Leininger<sup>52</sup>, actualmente cada vez más profesionales de enfermería en el mundo se plantean la necesidad de contar con un cuerpo de saberes de cuidados transculturales, que permitan la distinción de las

prácticas de cuidado universales de las que no lo son, y las populares de las profesionales, pues aunque el cuidado humano es un fenómeno universal, los procesos, métodos y técnicas con los que se desarrolla varían culturalmente. Son sus dimensiones biológicas, psicológicas, culturales, sociales y ambientales las que el profesional de enfermería debe conocer y recibir formación, para prestar cuidados humanizados a las personas, como también debe poseer conocimientos sobre los valores, creencias y prácticas acerca del cuidado que los pacientes poseen en función de la estructura social característica de las diferentes culturas como lo mencionan las enfermeras participantes en el estudio cuando brinda sus cuidados al niño andino:

*"...Si no conoces sus costumbres, su idioma, no puedes tratarlos, te dicen mala...es necesario que también se enseñe el quechua a los estudiantes, especialmente cuando van por esas zonas..."E2*

*"...nosotros como enfermeras debemos formar a nuestros estudiantes que su mejor servicio rural sea llegar a estas familias andinas, y si pudieran concientizar a los varones para que las mujeres también gocen de los mismos derechos de ellos y el gobierno se preocupe más por los niños que son el futuro del país..."E6*

*"... Si las enfermeras que están en esos lugares hablaran quechua estos niños poco vinieran, estarían orientados al tratamiento y entenderían mejor..."E8*

*"... porque son quechua hablantes, por que viven diferentes a nosotros, poco nos entienden, creen mucho en sus yerbas, además son tímidos y las enfermeras de allá desconocen su idioma y no los orientan bien..." E7.*

Las enfermeras participantes del estudio razonan sobre la necesidad de entrar al mundo fenoménico de los niños y abordar todos los aspectos culturales para que haya un buen entendimiento entre ambos, sin embargo este razonamiento no será posible si sólo desean que los estudiantes aprendan el quechua para saber abordar a las familias, educándolas en sus derechos y no sean dejadas de lado por los propios esposos o hagan alusiones que es responsabilidad del gobierno, o las enfermeras de las zonas donde viven los niños sean las que aprendan el quechua; mientras las propias enfermeras del servicio de pediatría no se exijan así mismas en el momento actual en que cuidan al niño andino, nada se obtendrá mucho menos habrá cambios si no hay decisiones personales de autoexigencia porque la formación integral del profesional de enfermería es brindar cuidados asumiendo múltiples dimensiones tanto en el aspecto físico, biológico, psíquico, espiritual, social, económico y cultural, pero, en nuestra realidad solo se centran más en el individualismo y en el cuidado biológico medicalizado.

Al respecto, para aplicar la teoría de Leininger en la práctica es necesario que las enfermeras se provean de unas competencias culturales. Estas competencias significan que las enfermeras sean capaces de conocer la perspectiva cultural, los valores, conocimientos y las necesidades de los pacientes, con el fin de realizar acciones congruentes y respetuosas de esa diversidad. En este sentido, la cultura como lente de mirada no sería un campo especializado de la enfermería, sino más bien y como lo propone Leininger<sup>94</sup> “se trata de lograr que los conocimientos y la práctica de enfermería tengan una base cultural y una conceptualización, una planificación y una aplicación basadas en la cultura”.

En este sentido, Josepha Campiña-Bacote (Citada por Vásquez) desarrolló un modelo de Competencia cultural<sup>95</sup>, el cual es definido como el proceso por el cual el proveedor de salud, continuamente, lucha para

alcanzar la habilidad para trabajar efectivamente dentro del contexto cultural de un cliente, una familia o una comunidad. Los constructos que el modelo perfila para la competencia cultural son: conciencia cultural, la cual se refiere al proceso deliberado y cognitivo en el cual el proveedor de salud llega a ser apreciativo y sensitivo a los valores, creencias, estilos de vida, prácticas y estrategias de resolución de problemas en la cultura de los clientes (como en algunos casos se han apreciado en el presente estudio). El conocimiento cultural, el cual se centra en conocer el punto de vista o visión del mundo del cliente, es decir, su visión emic; la habilidad cultural que es entendida como la destreza para recolectar datos culturales relacionados con la historia de salud del cliente con los cuales se pueda hacer una evaluación cultural del mismo. Los encuentros culturales, se refieren al proceso por el cual se anima a los proveedores de cuidado a comprometerse directamente en interacciones culturales con clientes de diversas culturas; y finalmente, el deseo cultural, que es entendido como la motivación que los proveedores de cuidado de salud tienen con relación a querer comprometerse en el proceso de competencia cultural.

El modelo en mención puede ser el inicio de algunos cambios en la manera de cuidar a los niños andinos en el servicio de pediatría ,si las enfermeras optan por lograr estas idoneidades que requiern paciencia, objetivos prácticos e ilusión por crecer y ser mejor; porque definitivamente la enfermería transcultural es muy importante y esta incursionando en los contextos hospitalarios aunque con cierta lentitud.

Leininger<sup>96</sup> predijo que con el tiempo esta área se convertiría en un nuevo dominio del ejercicio de la enfermería, que se reflejará en una acción profesional diferente, definida y fundamentada en principios culturales y diseñada específicamente para orientar los cuidados de la enfermería a los individuos, las familias los grupos y sus comunidades y también las instituciones; refiriéndose a la formación profesional afirmó que la

enfermería transcultural se ha de convertir en una de las áreas más importantes, significativas y prometedoras del estudio formal, la investigación y la práctica, debido al mundo multicultural en que vivimos y en donde se valoren las siguientes perspectivas básicas:

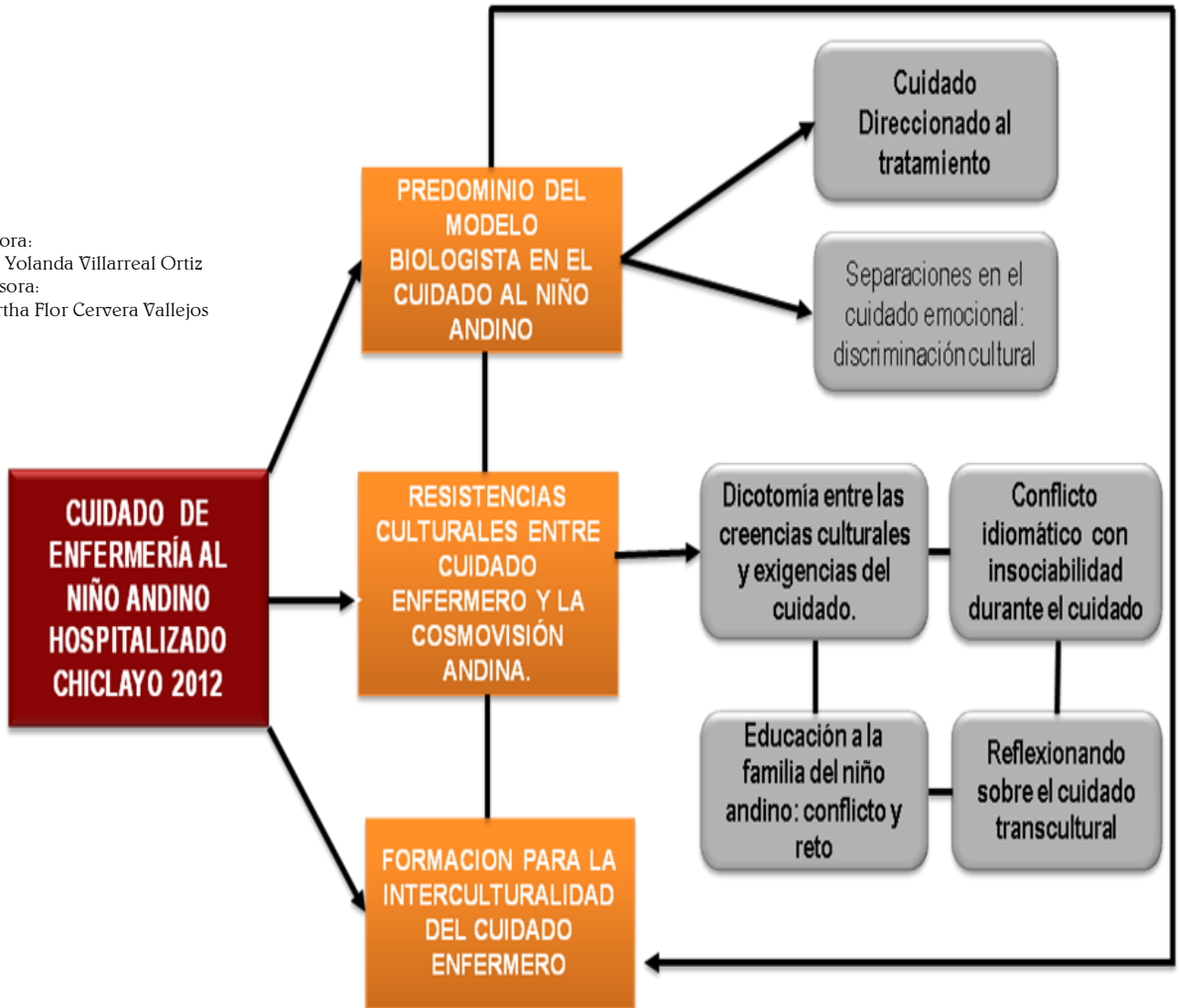
- 1.- La enfermería transcultural necesita profesionales de enfermería cuya formación responda con acciones de cuidado apropiadas a las necesidades de las personas que tienen valores culturales y estilos de vida diferentes. Esta formación debe enfatizar el conocimiento de la cultura propia y de otras culturas; del cuidado, en cómo las personas, familias y grupos culturales mantienen su salud, previenen su enfermedad y afrontan la enfermedad, la vejez, la muerte y las distintas etapas y situaciones de la vida.
- 2.- Para ejercer la enfermería transcultural, se necesitan conocimientos de las significaciones que tienen las personas acerca de sus cuidados, con valores, creencias y prácticas que son semejantes en algunos grupos y en otros pueden ser distintos. Es decir, implica utilizar un enfoque comparativo para estudiar modelos, expresiones, formas de vida dentro y entre las culturas, entender cómo y por qué las culturas son iguales o distintas, respecto al cuidado de la salud señala: “Descubrir por qué las culturas tienen modelos diferentes de cuidado y maneras diversas, pues sentirse bien y enfermarse es un asunto vital de enfermería”<sup>97</sup>.

Finalmente el cuidado de enfermería al niño andino desde la transculturalidad significaría una relación dialógica comunicativa siempre que la enfermera reconozca sus diferentes saberes culturales, es decir una atención paternalista enfermera-niño andino y esta interacción como una mano que protege, acompaña y también propicia su desarrollo como es el caso del niño del ande que tiene una gran dimensión cultural.

A continuación se presenta el Modelo conceptual del cuidado de Enfermería al niño andino Hospitalizado- Chiclayo 2011:

Modelo conceptual del cuidado de Enfermería al niño andino  
Hospitalizado- Chiclayo 2011

Autora:  
Lic. Yolanda Villarreal Ortiz  
Asesora:  
Mirtha Flor Cervera Vallejos



## CONSIDERACIONES FINALES

- Los cuidados que brinda la enfermera al niño andino en el servicio de pediatría del Hospital Regional Docente las Mercedes, carecen de integridad, porque tienen predominio del modelo biólogo, donde el cuidado que brindan consideran sólo los factores biológicos centrado en el cuerpo y sus partes, es decir el aspecto físico sin mayor interés en la cultura y las otras dimensiones del niño andino.
- El cuidado que brinda la enfermera al niño andino y basado en el modelo biólogo está direccionado al cumplimiento de tratamientos, como canalización de vías endovenosas, administración de medicamentos, curaciones, aplicación de oxígeno, manejo hidroelectrolítico, por tanto es un cuidado unilateral, fragmentado y despersonalizado, donde se desconoce al niño como ser social poseedor de una cultura propia, situación también criticada por Leininger, quien acota que la enfermera crea distanciamientos en su cuidado cuando mayor es la dependencia en su actividad tecnológica, distanciamientos que la enfermera experimenta no sólo al direccionar su cuidado a la aplicación de tratamientos sino por la barrera del idioma, afirmando que el cuidado a los niños andinos le genera mayor trabajo, forma de cuidar que también es corroborado por los padres de los niños andinos quienes detallan que la enfermera sólo se limita a darles la receta de medicamentos sin explicaciones y a producirles daños cuando las observan que le aplican las vías endovenosas.
- Las enfermeras al regir su cuidado por un modelo biólogo, reconocen la existencia de vacíos especialmente en la dimensión emocional, a pesar de cuidar niños desde hace más de 30 años, situación que Leininger, explica porque la enfermera no tiene bases antropológicas y desconoce los valores culturales como parte del cuidado sumados a la dificultad idiomática y al analfabetismo de niños y padres andinos, quienes

a veces rechazan y desconfían de la enfermera, no aceptan sus afectos y caricias, la enfermera entonces recurre a imponer su deber, las normas del servicio, aludiendo que les falta tiempo para tener un mayor acercamiento con ellos, descuidando a los otros niños del servicio, al mismo tiempo reflexiona que los niños la necesitan.

- Las enfermeras al brindar cuidado al niño andino en el servicio de Pediatría del Hospital Regional Docente las Mercedes experimentan resistencias culturales entre el cuidado enfermero que brindan y la cosmovisión andina, originándose una dicotomía entre las creencias culturales y las exigencias del cuidado donde tiene que lidiar con los amuletos folklóricos que traen impregnado los niños en su corporalidad como yerbas huairuros, algodones y las normativas del servicio que la obligan a retirarlos porque muchos son dañinos para su salud sumado a los valores y creencias culturales de los niños y padres tales como el chucaque, el mal del ojo, el susto y la brujería, hacen juicios como estas creencias deterioran la salud del niño, quien ingresa al servicio con peritonitis incluso sepsis producto de haber sido sometido al chucaque abdominal o cursar con diarreas o vómitos como resultado de la creencia del mal del ojo. Y la resistencia producida es entre niños padres y enfermera, los primeros porque quieren y obligan a quedarse con sus amuletos y los segundos las enfermeras que no permiten quedarse con ellos y proceden a retirarlos porque son conscientes que les perjudican la salud, por ello son consideradas malas personas que quieren hacerles daño a los niños.

- También, las enfermeras durante el cuidado que brindan a los niños detallan la presencia de conflicto idiomático y de insociabilidad que no permiten una apertura, comprensión y confianza entre ambos, aunque enfermeras y niños son sistemas abiertos tanto interna como externamente, por parte de los niños la barrera se genera por el uso del idioma quechua y por parte de la enfermera no entenderlos, por el contrario, ella tiene que

valerse del lenguaje no verbal de algunos escritos mínimos para llegar a comunicarse con niños y padres. Por esta razón, las enfermeras, vivencian que su cuidado es limitado y frustrante porque no existe un diálogo abierto entre ella, los niños y sus padres, quienes recurren a terceras personas para entender a la enfermera y estos son los traductores. Además dan la razón que muchas veces el traductor también es barrera misma en la comunicación, por su grado de educación que tienen no entienden la terminología médica, y/o le traducen a la madre o al niño lo que a ellos les conviene para sus beneficios personales.

- Las enfermeras toman conciencia que al mismo tiempo que brindan cuidado al niño andino también educan a su familia constituyéndose esta acción en un conflicto y un reto. Conflicto porque lidian para que los padres aprendan cuidados básicos como alimentación, higiene dar la medicación y reto porque tiene que sobrepasar la barrera del idioma quechua para que entiendan la importancia del cuidado en el hogar al ser dado de alta como menciona Wong, son las enfermeras las responsables de la educación a la familia para el seguimiento y cuidado del niño en el hogar para evitar complicaciones.
- Las enfermeras al deliberar sobre el cuidado que brindan al niño poco conocen su idioma y costumbres, sin embargo ellas tienen que actuar bien para que los niños andinos y sus padres sientan que les están ayudando, este razonamiento de las enfermeras no se puede adquirir en poco tiempo y con metas mínimas es necesario hacer cambios en la propia cultura del servicio de pediatría y optar por cambiar de paradigma de un modelo biologista de cuidado a un paradigma de transformación, sino es así las quejas continuarán y se echará la culpa a otros de no acertar en un cuidado integral al niño andino.

- Igualmente las enfermeras sienten la necesidad de que las nuevas profesionales de enfermería (estudiantes) se formen con los postulados teóricos de la teoría del cuidado de Enfermería Cultural, con la finalidad de tomar conciencia de la necesidad de agregar la cultura al cuidado y así puedan aunar esfuerzos para que durante su servicio rural apliquen los cuidados culturales, reclaman que los autoridades políticas tenga una mayor preocupación por los niños andinos y las enfermeras de las zonas andinas de donde proceden los niños , aprendan quechua, sin embargo no consideran autoexigirse en adquirir competencias culturales para mejorar en la integralidad del cuidado al niño andino que brindan.

## RECOMENDACIONES

A partir de los resultados encontrados en la presente investigación se recomienda:

### PARA LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA.

- Optar por el cambio en forma paulatina y progresiva de un modelo biologista de cuidado hacia un modelo de cuidado transcultural donde prevealezca la acción del cuidado integral a los niños andinos a base de adquirir competencias culturales.
- Teniendo en cuenta que el cuidado brindado por las enfermeras al niño andino en el servicio de padiatría del HRDLM es muy procedimental se hace necesario que esta práctica profesional ajuste sus acciones de cuidado a base de competencias culturales que tengan en cuenta lo siguiente:
  1. Conciencia cultural lograda a través de un proceso deliberado y cognitivo que permita a la enfermera ser apreciativa y sensitiva a los valores , creencias, estilos de vida y estrategias de resolución de problemas en la cultura de los niños, especialmente aquellas que perjudican su salud.
  2. El conocimiento cultural, centrado en conocer el punto de vista o visión del mundo del niño y sus padres.
  3. Los encuentros culturales como un proceso motivador propiciado desde el servicio de pediatría, comprometiendose directamente en interacciones culturales con niños de diversas culturales.

4. El deseo cultural como motivación que las enfermeras tienen de comprometerse en el proceso de competencias culturales.
5. Educación continua a través de seminarios, coloquios, diplomados o masteres en enfermería transcultural propiciados o sugeridos desde el departamento de enfermería con apoyo de la Dirección de capacitación.
6. La enfermera(o) debe constituir un imperativo ético colaborar en reconocer y asegurar en la praxis del cuidado, los derechos del niño andino, haciendo aún más visible este cuidado, proporcionándole cuidado integral u holístico, creando puentes entre cosmovisión y cuidado de calidad no solo cuando está hospitalizado sino también cuando es dado de alta.

PARA LAS AUTORIDADES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE "LAS MERCEDES".

- Brindar cuidados seguros y de calidad es característica de cada enfermera del servicio de pediatría, pero cuando cuida a los niños andinos tiene grandes dificultades además de sus costumbres, idioma, creencias y su pobreza, y al no contar con recursos económicos las autoridades deben facilitarles en lo posible ayuda referida a pañales, comida para los padres, por ser los traductores, y todo lo necesario desde que ingresan hasta su alta ayudándolos con el traslado hacia su lugar de origen.
- Que el Sistema Integral de Salud o Aseguramiento Universal de Salud como programa gratuito para apoyar a la población de bajos recursos económicos o poblaciones evaluadas dentro de los quintiles de pobreza deben de ser refortalecidos especialmente para proteger

la salud de los niños procedentes de estas zonas andinas cuando necesitan completar sus estudios como ecografías, transfusiones, y otros.

### 3. PARA LOS PADRES DE LOS NIÑOS ANDINOS.

Taller de capacitación con traductor referente a higiene básica, prevención de caries, prevención de diarreas, problemas respiratorios y otros. Ellos pueden ser también comunicadores en sus lugares donde viven y lograr la disminución de estas enfermedades, usando metodologías sencillas de aprendizaje por ejemplo usando láminas decorativas, acorde con los problemas de salud de los niños.

### 4. PARA LAS AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA.

- Dar importancia al desarrollo de la enfermería transcultural teniendo en cuenta que actualmente estos conocimientos los reciben de una forma muy trivial, debe de incluirse en la currícula y sílabos de las asignaturas de niño sano y niño con problemas de salud, con el componente del conocimiento de los valores culturales específicos, creencias y estilos de vida de los seres humanos dentro de sus experiencias de vida y abrir un nuevo conocimiento para la enfermería transcultural y la práctica profesional como lo expone Madeleine Leininger en su teoría de la universalidad y diversidad del cuidado cultural.
- Recomendar a las autoridades preocupación por la actualización de los profesores, y de los estudiantes. Aperturar la línea de investigación cuidado y transculturalidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castañeda A. Una necesaria concepción de hombre en educación. Certidumbres e incertidumbres. [Revista en Internet] 1999 [acceso el 19-02 11] Disponible en: <http://www.correodelmaestro.com/anteriores/1999/febrero/incert33.htm>
2. Arroyo J, et al. Interculturalidad en la Atención de la Salud. Estudio Socioantropológico de Enfermedades que cursan con Síndrome Ictero hemorrágico en Ayacucho y Cusco. MINSA, OGE, Proyecto Vigía. Lima 2001 pp 294.
3. Encuentro Internacional Salud y pueblos Indígenas: “Logros y Desafíos en la Región de las Américas” Programas de Organización y Gestión de Sistemas de Salud, Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas: OPS, OMS, Chile 2002-2003
4. Romero, MC. La transculturalidad es parte de la evidencia del cuidado de enfermería. Biblioteca: Las casas, 2008; 4(3). [acceso el 22-02 11] Disponible en Internet: <http://www.indexf.com/las casas/documentos/lc0350.p>
5. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud Programas de Organización y Gestión de Sistemas de Salud Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas: OPS, OMS. 1993
6. INEI. Febrero 15 2010 [acceso el 20-12 11]. Disponible en: [www.venio.info/.../cuantos-habitantes-tiene-incahuasi-provincia-de-ferrenafe-lambayeque-19923](http://www.venio.info/.../cuantos-habitantes-tiene-incahuasi-provincia-de-ferrenafe-lambayeque-19923).
7. Registros estadísticos del servicio de pediatría del hospital regional docente las mercedes. 2010.

8. Seguro integral de salud.[acceso el 21-12 11]. Disponible en: [www.sis.gob.pe/](http://www.sis.gob.pe/)
9. Reina, R; Ferrer, RX; Toro, Y; Cárdenas, M H. El Abordaje del Cuidado Neonatal como un Enfoque Transcultural. Enfermería Global. Venezuela; 2010 [consultado el 6 de Enero del 2011]. Disponible en: [scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695...script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695...script=sci_arttext)
10. Muñoz, L. Vásquez, M “Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger” Colombia, 2006.
11. García, E, et al. “La Enfermería Transcultural: Papel de los enfermeros(as) ante la inmigración”. España. 2009.
12. Bermúdez, K Significado que conceden la Enfermeras al cuidado desde la perspectiva transcultural y su relación con el cuidado que brindan en el componente crecimiento y desarrollo de los centros de salud de la dirección de salud V- 2003 Perú- Lima 2004.
13. Leininger, M. “Culture care diversity y universality, a theory of nursing”. Revista National league for nursing.1998. New York. Pág 15
- 14- Hiebert, Paul G “Anthropological Insights for Missionarias Baker Book House, Michigan 1985 Fifth Printing. 1989 CapII Pág. 26-37
15. Kérouac, S y Col. El Pensamiento Enfermero. Masson, S.A. Barcelona España. 2002. Adelfhia. EE.UU.
16. Torralba, Francesc “Antropología del cuidar”.Editorial. Lormo. Fundación Mapfre Medicina: Instituto Borja de Bioética. España.1998.pág. 42

17. Díaz, M. El riesgo en salud: Entre la visión del lego y el experto. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002. p.14.
18. Leininger, M. citado por, Marriner, Ann. Modelos y Teorías de Enfermería. España Editorial Mosby; 2003. Pág 44.
19. Espino, Susana. El cuidado de la Salud y el significado para enfermería. Conferencia presentada en el Colegio de Enfermeros del Perú. Lima. Agosto 2000. Pág.22.
20. Leininger, 1991; citado por Waldow, Vera Regina, Cuidar: Expressão humanizadora da Enfermagem/Vera Reina. Petrópolis, R J: Vozes, 2006.
21. Leininger, Madeleine. Transcultural Nursing, Concepts, Theories, Research and Practice. Third Edition. Editorial Mc Graw-Hill Medical Publishing Division, United States of America, 2002.
22. Waldow, Vera Regina, Cuidar: Expressão humanizadora da Enfermagem/Vera Reina. Petrópolis, R J: Vozes, 2004.
23. Leininger M. Transcultural nursing: perspectives: basic concepts, principles and culture care incidents. En: Transcultural nursing New York: Mc Graw-Hill; 1995. p. 57-90.
24. Stoff, "Encuentro de cosmovisiones: el encuentro entre la cultura y la religión de los autóctonos del Cañar y el evangelio". Live, Danbolt Drange. CapII. pág 21.
25. Leininger, M. Towards conceptualization of transcultural health care Systems: Concepts and model. J Transcult Nurs 1993; 4:32-40.

26. Rodríguez Luño, A. "Ética General". Universidad de Navarra. 5ª Ed. 2004  
Pág.
27. Mamani, Félix. "Síntesis histórica de la cultura Aymara". Cuaderno de Investigación nº 12, Centro de Ecología y Pueblos Andinos CEPA, Oruro Bolivia, 2001
28. Hiebert, Paul G. "Anthropological Insights for Missionaries Baker Book House, Michigan 1985 Fifth Printing. 1989 Cap II Pág. 37
29. Martínez, Santiago. Chiguasuque R, Casallas, Ziscagoscua N. Manual médico para la comunidad indígena Muisca de Bosa. Bogotá. Hospital Pablo VI Bosa. E.S.E. 2006
30. Leininger, M. "Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural", Cultura de los cuidados, Nº 6, Alicante. 1999, pag 5-8.
31. Marriner-Tomey A, Raile Alligow M. Modelos y Teorías en Enfermería. 4ta. ed. España: Ed. Harcourt Brace; 1999.
32. Siles José. Antropología y enfermería. La necesaria simbiosis entre dos disciplinas para vertebrar culturalmente la teoría y la praxis de los cuidados. 2003. Index de Enfermería (Edición digital) Revista 43, pag. 28-32.
33. Wikberg, A. Intercultural Caring- an abductive model. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2008. Volume 22. pp. 485-496.
34. Denzin y Lincoln, citado por Rodríguez Gómez Gregorio, en Metodología de la Investigación Cualitativa. Málaga. Ediciones Aljibe S. L, 1996.

35. Minayo De Souza M. Investigación social. Teoría, método y creatividad. Editorial Argentina: Buenos Aires. 2003.
36. Polit,D. Investigación científica en ciencias de la salud. 6<sup>a</sup> edición. México. Ed MC. Granl Hill- Interamericana 2000.
37. Hurley, R. La Investigación cualitativa y el profundo entendimiento de lo obvio. 1999.
38. Lüdke, E. Marly, A. El estudio de caso, su potencial en educación. En Pesquisa em Educacao. Abordagens Qualitativas. 3<sup>o</sup> ed. Sao Paulo - Brasil; 1986.
39. Bruns, N; Grove, S.K. Investigación en Enfermería. 3ed. Elzevir. Madrid 2004.
40. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C. Baptista Lucio P. Fundamentos de metodología de la investigación. Editorial McGraw Interamericana. España: Madrid 2007 págs 408-439.
41. Strauss, Anselm. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 1 ed. Bogotá, D.C. : Universidad de Antioquia, 2002.
42. Amezcua M. Cómo hacer trabajo de campo etnográfico: Introducción a la Observación Participante. Index de Enfermería. [acceso el 27- 12- 10] Disponible en: < <http://www.index-f/etnograf.htm> > 2002.
43. Van Dalen y Meyer. Citado por García Hoz, V. Problemas y Métodos de Investigación en Educación Personalizada-1996[Consultado noviembre 2010] Disponible en: [books.google.com.pe/books? isbn=8432130451](http://books.google.com.pe/books?isbn=8432130451).

44. Monistol O. El Trabajo de Campo en Investigación Cualitativa (II) Rev. Nure Investigación 2007.
45. Polit D. Investigación científica en Ciencias de la Salud: Principios y Métodos. México: Mc Graw Hill; 2001
46. Pérez Serreano, G. "Investigación Cualitativa, Retos e Interrogantes". II Técnica y análisis de datos. 2004. Pág. 81
47. Lupicinio Iñiguez, Vítores, A. "Investigación Cualitativa: Fundamentos, Técnicas Y Métodos". 2004
48. Rodríguez Gómez G., Gil Flores J., García Jiménez E. Metodología de la investigación cualitativa. Editorial Aljibe. Málaga. 1996.
49. Tello, et al. "Métodos y Técnicas de Análisis Cualitativo". Sección Post Grado de Enfermería-Escuela de post. grado Universidad Nacional de Trujillo; 2009. Pág. 51-52.
50. Domingues, T. Tanaka. "La Organizacao a analise de dados na pesquisa qualitativa. Em. matteus M, Fustinone S. pesquisa qualitativa em enfermagem. 1era ed. Editora Livania medica paulista. Soa Paulo; 2006.
51. Sgreccia, E. Manual de Bioética, I, Ed. Diana, México 2009
52. Leininger M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing; 1991. p.40- 64.
53. Lane SD, Rubinstein RA. Judging the other. Responding to traditional female genital surgeries. Hastings Centre Report. 1996; 26(3), pag 31-40.

54. Leininger M. Transcultural nursing: perspectives: basic concepts, principles and culture care incidents. En: Transcultural nursing New York: Mc Graw-Hill; 1998. p. 57-90.
55. Lincoln Y Guba EG. Criterios de rigor metodológico en Investigación Cualitativa. [Consultado -07-07- 2010] Disponible en:  
<http://www.slideshare.net/Adan400/investigacin-cualitativa-435010>
56. Lima, S. "Modelos alternativos ao biomédico". Psicologia em saúde 2008; Mar. [Consultado -09-10- 2010] Disponible em:  
<http://saudepsicologia.blogspot.com/search/label/Modelos%20alternativos>.
57. Tesser, C, Luz, M. Racionalidades médicas e integralidade. Rev. Ciência & Saúde Coletiva 2008; 13(1): 195-206. [Consultado -09-10- 2010] Disponible en:  
[www.scielo.br](http://www.scielo.br).
58. Morroy, A. "Epistemología en Enfermería", Rev. Desarrollo Científico en Enfermería. Vol. 10. N° 5. Junio. 2002.
59. Marriner T., Ann; Raile A., Martha. Modelos y teorías de enfermería. (6ª Edición) El Sevier. 2007. Pág. 486.
60. Gutiérrez González MP, Núñez Carrasco ER, Rivera CL. Características del rol en el profesional de enfermería intrahospitalario. Enfermería. 2002; pp: 29-33.
61. Leininger, M Nursing Anthropology: Two Worlds to blend. Greyden Press, Columbus. 1994 [Consultado -09-1- 2010] pág.22.

62. Welch AZ. Madeleine Leininger. Cultura de los cuidados: teoría de la diversidad y de la universalidad. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en Enfermería. 5ª edición. Barcelona: Mosby; 2002. p. 501-512.
63. Leininger, Mcfarland. Culture Care Diversity and Universality theory and evolution of the Ethnonursing Method. Cap, 1. In: Culture Care Diversity and Universality. Jones And Bartlett Publishers, Sudbury Massachusetts. 2nd, ed. 2006. Pág. 9.
64. Vásquez ML. Desarrollo conceptual en enfermería: evolución, tendencias y desafíos. Avanc Enferm 2006. pág.136-137.
65. Chalifour, J. La relación de ayuda en cuidados de enfermería. Una perspectiva holística y humanística, Barcelona, SG editores. 1994
66. Stevenhagen R. La cultura y la creación intelectual. En: Ruiz Z. Efectos políticos y culturales del desplazamiento por causa de la violencia en las relaciones internas de la familia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002, pág. 131.
67. Leininger M. Transcultural nursing: perspectives: basic concepts, principles and culture care incidents. En: Transcultural nursing New York: Mc Graw-Hill; 1991. pp. 57-90.
68. Murrain Knudson, E. Enfermería de cara al siglo XXI: hacia la redefinición de la formación y la práctica, Revista Kaana úai, Universidad Nacional, Bogotá Año 2 N°1, pp. 36-37.
69. Live, Danbolt Drange. "Encuentro de cosmovisiones: el encuentro entre la cultura y la religión de los autóctonos del Cañar y el evangelio". Cap I. pág 36.

70. Dilthey, W. Antropología filosófica y cosmovisión, en antropología del cuidar de Torralba i Rosaello, Cap 3. Editorial. Lormo. Fundación Mapre Medicina. España.1998.pág. 41.
71. Collière, MF. Promover la Vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana; 1993.
72. Kérouac, S y Col. El Pensamiento Enfermero. Masson, S.A. Barcelona España. 2002. adelpia. EE.UU. pág. 36.
73. Mauss, M. "Las técnicas corporales". En: Sociología y Antropología. 1950. Madrid; Editorial Técnos; 1971.
74. Leininger M. Transcultural Nursing: Concepts, Theories, and Practices. New York, NY: John Wiley and Sons.1991.
75. Leininger, Citado por Ibarra Mendonza X. "Competencia cultural. En una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería" Fundación Index, Granada-España.2008.
76. Polia Meconi M: "Despierta, remedio, cuenta"... adivinos y médicos del andes. Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial 2003.
77. Leininger M. Transcultural nursing: concepts, theories and practices. New York: John Wiley and Sons; 1978.
78. Alfaro Lefebre, Rosalinde "Aplicación del proceso enfermero, fomentar el cuidado colaboratorio". Barcelona España Elsevier Masson. Ed 2007. pàg 36.

79. Leininger, Madeleine. Transcultural Nursing, Concepts, Theories, Research and Practice. Third Edition. Editorial Mc Graw-Hill Medical Publishing Division, United States of America, 2002, Chapter 1 – 3 pag 1 – 98.
80. Murrain Knudson, E. Enfermería de cara al siglo XXI: hacia la redefinición de la formación y la práctica, Revista Kaana úai, Universidad Nacional, Bogotá Año 2 N°1, pp. 42-43.
81. Leininger M. Cultura, diversidad y universidad: una teoría de enfermería. Nueva York: PressUniversity; 1978 pág. 81.
82. Romero, María Nubia. Investigación, Cuidados enfermeros y Diversidad cultural Index Enferm v.18 n.2 Granada abr.-jun. 2009.
83. Heggarty Paul: Orígenes y Diversidad del Quechua.[Consultado 11-11-11]  
Disponible en:  
<http://www.quechua.org.uk/Sp/Sounds/AymaraOriginsAndDiversityPaperSizeLetter.pdf>
84. Whaley & Wong Enfermería Pediátrica. 4º ed. España: Ediciones Harcourt. 1998 Unidad dos. pp:80-84.
85. OPS. Programa AIEPI. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes graves de la infancia 0-5 años. 4º ed. Washington, D.C: OPS/PALTEX. 2004.
86. Kozier, B. Erb, G. Blais, K. Wilkinson, J. Fundamentos de Enfermería. Concepto, Proceso y Práctica. 5º ed. España: Mc Graw-Hill Interamericana; 1999.pág. 57.

87. OPS. Programa AIEPI. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes graves de la infancia 0-5 años. 4º ed. Washington, D.C: OPS/PALTEX. 2007.
88. Leininger, M. Enfermería Transcultural: Conceptos, Teorías, Investigación y Prácticas. Nueva York: McGraw-Hill; 1995.
89. Leininger M. Transcultural Nursing: concepts, theories and practices. New York: John Wiley & sons; 1978.
90. Boff, L "Humanidades hoy en América latina", 2007, págs. 27-31.
91. Manrique M, Reyes I, Delgado H, Jiménez B. Madeleine Leininger. Cuidados Culturales: Teoría de la diversidad y la Universalidad. 2005.
92. Godenzi, Juan Carlos y Calvo Pérez, Julio (comps.): Multilingüismo y educación bilingüe en América y España, Cusco, Perú CBC, 1997, pp. 19-30.
93. Waldow VR. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis (RJ): Vozes; 2006. pág 45.
94. Duque C. Enfermería y cultura: espacio de encuentro para el cuidado de personas y colectivos. Actual Enferm. 2010; 5(2). Disponible en: [www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria/5202enfermeria2.htm](http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria/5202enfermeria2.htm). Consultado septiembre de 2011. pág 66.
95. Bonilla E. El Conocimiento de la Realidad Social. Más Allá del Dilema de los Métodos. Bogotá: Editorial Presencia; 1995, p. 29.

96. Leininger M. Transcultural nursing: perspectives: basic concepts, principles and culture care incidents. En: Transcultural nursing New York: Mc Graw-Hill; 1995. p. 57-90.

97. Leininger M. Teoría de los cuidados culturales. In.: Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 6a ed. Philadelphia: Mosby; 2007.p. 472-98.

**ANEXO 1**  
**ESQUEMA DEL SOL NACIENTE.**  
**LEININGER**

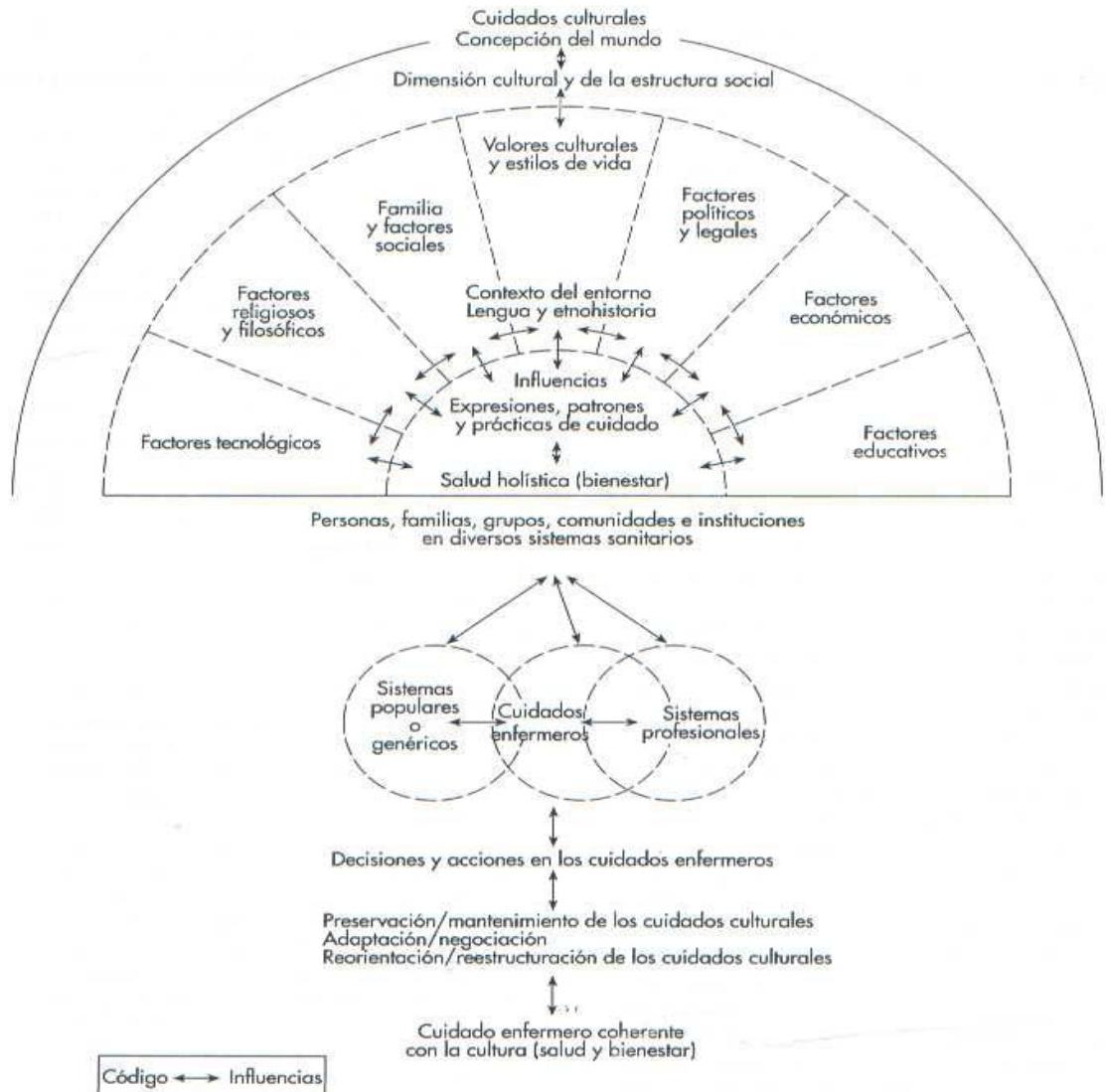


Fig. 1. Modelo del sol naciente de Leininger que representa la teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. (Modificación realizada por la misma Madeleine Leininger en 1996 e incluida en una carta personal. Está recogida en Leininger MM (1991). Culture care: Diversity and universality (p.43). Nueva Cork: Nacional League for Nursing. Publicada con permiso.  
 Fuente: Marriner, A. Teorías y modelos de enfermería. 5ª Edición. Mosby. Madrid. 2002.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo ....., identificado con DNI: ....., declaro que acepto participar en la investigación: "Cuidado de Enfermería al Niño Andino Hospitalizado" Chiclayo 2011., en el servicio de Lactantes y Preescolares del Hospital Regional Docente Las Mercedes, siendo realizada por la estudiante de Maestría de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Yolanda Villarreal Ortiz, asesorada por la Dra. Mirtha Flor Cervera Vallejos.

La presente investigación tiene como objetivo: describir y analizar el cuidado que brinda la enfermera al niño andino hospitalizado.

Después de haber sido informado doy mi consentimiento, para participar de la entrevista que será grabada por la estudiante, asumiendo que las informaciones dadas serán solamente de conocimiento de la investigadora y de su asesora, quienes garantizarán el secreto y respeto a mi privacidad.

---

Firma del Informante

---

Firma de la Investigadora

Chiclayo,..... de..... del 2011

## ENTREVISTA A LA ENFERMERA

### I.- DATOS GENERALES:

Edad: \_\_\_ Sexo: M ( ) F ( )

Fecha:

Hora:

Procedencia:

Años de servicio:

Estudio de Pre grado:

### II.- DATOS ESPECÍFICOS:

1.- ¿Cómo cuida Ud. Y que actividades realiza cuando tiene a su cargo un niño andino?

2. ¿Qué conocimientos tiene Ud. De la cultura del niño andino?

3. ¿De qué manera la cultura de los padres del niño andino dificulta su cuidado?

4. ¿Tiene algo más que agregar?

## ENTREVISTA AL PADRE Y/O TRADUCTOR

### I.- DATOS GENERALES:

Edad: \_ Sexo: M

Fecha:

Hora:

Procedencia:

Parentesco que tiene con el niño.

1.- ¿Qué observa cuando la enfermera lo examina a su niño?

2.- ¿De qué manera la enfermera lo ayuda a su niño?

3.- ¿Cómo cuida Ud. a su niño?

4.- ¿Qué dificultades ha tenido durante la hospitalización?

## ANEXO 5 DIARIO DE CAMPO

Titulo de la Investigación: Cuidado al niño andino hospitalizado. Chiclayo 2012.

Actividad: La investigadora observa y anota lo referente al cuidado del niño andino y sus padres sin que los sujetos de la investigación sean observados.

Tipo de Actividades: Ingreso del niño andino al servicio, durante su estancia en la hospitalización y otros:

Objetivo: Observar y anotar como la enfermera recibe al niño andino cuando ingresa al servicio de pediatría, hospitalización y alta.

FECHA Y HORA	OBSERVACIONES	EXPERIENCIA	NOTA
Febrero 15 2011	Le retira la ropa, no conversa o poco conversa con los padres, lo hace bar al niño, reclama el padre y ella también reclama por no asearlo, le quita los huairuros, collaritos, etc.	1. Falta de comunicación e información a los padres.	El escolar es quechua hablante, solo el padre traduce, la enfermera no sabe explicarle por que bañarse, no reñirlo.
		2. La enfermera se preocupa primero por la higiene pero no entiende la cultura del niño andino.	
Marzo 10 2011	La enfermera debe canalizar una vía periférica, solo dice esta hinchado, los padres reclaman por que lu puyan, su huambrito llora mucho, hablan en quechua y se lo jala de la camilla al niño, ella les habla fuerte y los saca del tópico y cierra la puerta.	1. El traductor no le traduce bien a la madre, no quiere que le pongan agujas, mucho tiempo e intentan fugarse, solo comunica a la vigilancia para que no les permita fugarse.	La enfermera debe comprender la cultura de los padres y no amenazarlos. La enfermera debe ser comprensiva no solo direccionarse al cuidado biológico.
Abril, 2011	La enfermera le entrega la receta al padre del niño andino, no le quiere recibir por que dice no tener dinero ella solo lo manda con la asistente social, dice no me hago problemas.	1. Debe conocer que carecen de dinero.	Los padres tiene miedo de todo.
		2. con sus palabras adecuadas y en compañía de la técnica enviarlo para que lo ayuden con su receta.	La enfermera debe decirle quienes lo van a ayudar.
		3. Conectarse con la asistente para que lo ayuden a los dos acompañantes con su comida.	Reconocer que sus costumbres son diferentes a los demás niños que cuida.

NOTA: Algunas veces se adicionaron algunos aspectos como la dificultad que tuvieron los padres para comprender a las enfermeras durante el cuidado al niño, otras veces se pudo observar la dificultad de la comunicación, y otros eventos que ayudaron a la triangulación como se menciona en la investigación.