

## Artículo de Investigación

# Dimensiones de la competencia cultural en enfermería y prácticas tradicionales para el cuidado de la infancia

## Cultural nursing competency and traditional care practices for children

## Dimensões da competência cultural em enfermagem e práticas tradicionais para o cuidado de crianças

Olga Stella **Díaz U.**,<sup>1</sup>  
Carolina **López T.**<sup>2</sup>

### RESUMEN

Según el modelo de desarrollo de competencia cultural, el acervo cultural de cada persona se expresa en prácticas tradicionales orientadas a procurar bienestar. En el marco del cuidado de enfermería, es necesario conocerlas, analizarlas e incorporarlas o ajustarlas; no hacerlo conduce a negar e invalidar saberes culturales colectivos e individuales.

Con el objetivo de identificar expresiones de las dimensiones de la competencia cultural en enfermeras, se desarrolló una investigación cualitativa fenomenológica con la participación voluntaria de once enfermeras, cuya experiencia principal ha sido el cuidado de niños en diferentes ámbitos.

Las voces de las entrevistadas permiten identificar en la dimensión conciencia cultural que desde el discurso y el deber ser se hace referencia al respeto; sin embargo, en la dimensión deseo cultural no se menciona el intercambio de saberes y es ambiguo el interés por comprender su significado. El conflicto entre la vivencia personal y el rol profesional es explícito. En la dimensión conocimiento cultural, el interés por buscar información, el desarrollo de habilidades para la valoración e incorporación al cuidado de enfermería es incipiente, al igual que las expresiones de sensibilidad cultural.

La investigación aporta al reconocimiento de la importancia de brindar cuidado que además de soportado en evidencia y en prácticas efectivas, sea pertinente al esquema de valores de quien lo recibe. Se requiere durante la formación implementar estrategias para su fortalecimiento e incorporar el componente cultural en los protocolos de atención.

**Palabras clave:** cuidado de enfermería, cuidado del niño, competencia cultural.

Recibido: 2015-02-17; aprobado: 2015-08-23

1. Enfermera, psicóloga, magíster en Educación. Profesora asistente, Facultad de Enfermería, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.

2. Enfermera, especialista en Cuidado Crítico Pediátrico y en Docencia Universitaria. Instructora asociada, Facultad de Enfermería, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: lopezcarolina@unbosque.edu.co

## ABSTRACT

According to the cultural competency development model, the cultural heritage of each person is expressed in traditional practices designed to ensure well-being. Therefore, it is necessary in the context of nursing care to identify, analyze and incorporate or adjust these practices, as a failure to do so can lead to the denial and invalidation of this collective and individual cultural knowledge.

In order to identify the expressions of cultural competencies in nurses, a phenomenological qualitative research was established, with the voluntary participation of eleven nurses with experience in the care of children in different fields.

The voices of the interviewees allow the identification of the cultural conscience dimension since the discussion and need refer to that respect; however, in the cultural desire aspect, the exchange of information is not mentioned, and the interest in understanding its significance is ambiguous. The conflict between personal experience and the professional role is explicit. Interest in searching for information, expressing cultural knowledge, developing skills for evaluation and inclusion in nursing care are emerging as expressions of cultural sensibility.

The investigation contributes to the recognition of the importance of caregiving that is not only supported by evidence and effective practices, but also seeks to be relevant according to the morals and values of the individual that is being cared for. It is required, during training, to implement strategies that strengthen those values and seek to incorporate the cultural component in protocols of attention.

**Key words:** nursing care; child care; cultural competence.

## RESUMO

Segundo o modelo de desenvolvimento de competência cultural, o acervo cultural de cada pessoa se expressa através de práticas tradicionais que buscam o bem-estar. Portanto, é necessário, no contexto de cuidados de enfermagem, conhecer, analisar e incorporar ou ajustar essas práticas, sendo que sua não realização conduz à negação e invalidação de conhecimento culturais coletivos e individuais.

Com o objetivo de identificar expressões das dimensões da competência cultural em enfermeiras, foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa fenomenológica com a participação voluntária de onze enfermeiras, cuja experiência principal foi o cuidado de crianças em diferentes campos.

As vozes das entrevistadas permitem a identificação da dimensão consciência cultural, uma vez que a discussão e o dever se referem a ela. No entanto, no aspecto desejo cultural, a troca de informações não é mencionada e o interesse na compressão de seu significado é ambíguo. O conflito entre experiência pessoal e o papel profissional é explícito. Na dimensão conhecimento cultural, o interesse em buscar informações, o desenvolvimento de habilidades para a valorização e incorporação aos cuidados de enfermagem são emergentes, bem como as expressões de sensibilidade cultural.

A pesquisa contribui para o reconhecimento da importância de cuidados, que além de serem apoiados por evidências e práticas efetivas, também sejam pertinentes ao sistema de valores de quem os recebe. É necessária, durante a formação, a implementação de estratégias que fortaleçam estes valores e busquem incorporar o componente cultural aos protocolos de atenção.

**Palavras-chave:** cuidados de enfermagem, cuidado de crianças, competência cultural.

## INTRODUCCIÓN

### Conocimientos, actitudes y prácticas: expresiones de competencia cultural

El reconocimiento de la relación cultura-salud es unánime: en la década de 1970 aparece el término competencia cultural en razón al “choque” generado entre los inmigrantes y los prestadores de servicios especialmente en Estados Unidos e Inglaterra; de acuerdo con Osorio (1), en los años de 1980 la Organización Mundial de la Salud (OMS) incorporó el reconocimiento de la cultura y la diversidad cultural en el cuidado de la salud, siendo este

un aspecto que día a día cobra mayor importancia y que es reconocido como dimensión fundamental en el diseño de políticas y programas en salud que procuren el logro de los derechos en salud y atenuen barreras en la atención.

Lipson (2) define cultura como un sistema de símbolos compartidos, aprendidos y transmitidos a través de generaciones en un grupo social, que hace referencia a la totalidad de patrones de valores, creencias y comportamientos que desde una cosmovisión particular orientan la forma de

“estar” en el mundo. La cultura se expresa en el pensar, actuar, sentir y reflexionar sobre la acción y orientan la toma de decisiones (3); se identifica a través de conocimientos, actitudes y prácticas que responden a los requerimientos del contexto, entre ellos las necesidades de cuidado.

Desconocer el etos cultural de quienes participan en la relación de cuidado conduce a “ignorar al ser humano como producto y productor de cultura y a abolir el carácter relacional que tiene el cuidado” (4); reconocerlo invita a interesarnos en aquello que piensa y siente la persona, qué hace, qué conoce y quién se lo enseñó, cómo concibe su bienestar y qué hace para lograrlo. Vásquez (4) resalta la importancia de conocer el mundo de significados de quien brinda cuidado y la forma en que estos se incorporan a su quehacer. Conocer, analizar, interpretar, evaluar y no juzgar las creencias y prácticas culturales posibilita estar en contacto directo con los significados otorgados por el individuo y la comunidad, percibir y entender la manera de pensar, actuar, tomar decisiones y desarrollar cuidados culturales tendientes al fortalecimiento, reestructuración o negociación de estas prácticas (5).

La enfermería como disciplina y arte, orientada al cuidado de las personas, las familias y las comunidades, está en contacto con la esencia humana en una relación que se desarrolla con el otro y desde él. Dicha relación se enmarca en las dimensiones biopsicosocial, cultural y espiritual, además reconoce la necesidad de cuidado como imperativo universal que asegura la preservación de las especies. Las dimensiones mencionadas determinan en gran medida la forma como la persona experimenta situaciones de salud de manera particular o individual y responde a ellas en estrecha relación con la cultura. Es necesario comprender la variación y diferencias que existen en los significados, modelos, valores, modos de vida, prácticas de cuidado y símbolos relacionados con la salud (6); de allí surge el interés por la integración y adaptación de la dimensión cultural al cuidado de enfermería. Leininger, citado por Marriner y Raile (7), define la labor de enfermería como:

[...] actos de prestación de ayuda, apoyo, facilitación o capacitación, sintetizados y culturalmente constituidos hacia uno mismo o hacia los demás, centrados en necesidades eviden-

tes o anticipadas para la salud o el bienestar o para afrontar discapacidades, la muerte u otras condiciones humanas.

Esta perspectiva amplía los referentes en la comprensión del sujeto de cuidado, reconoce a la persona como centro a nivel colectivo e individual y la describe como partícipe activo y poseedor de conocimientos y prácticas de cuidado vinculadas a la cultura. Estas prácticas se retroalimentan, se fortalecen a través del tiempo, la historia y la experiencia, y se transmiten especialmente por tradición oral, siendo factores de empoderamiento que gozan tanto de legitimidad como de reconocimiento social.

La capacidad para comprender la realidad cultural del otro e incorporarla al cuidado de enfermería, denominada *competencia cultural*, es definida por Campihna (8) como el proceso en el que la enfermería continuamente se esfuerza por conseguir la habilidad y disponibilidad para trabajar efectivamente dentro del contexto cultural. Significa tener el conocimiento, el entendimiento y las habilidades para proporcionar cuidado cultural pertinente:

La competencia es un proceso continuo que involucra la aceptación y el respeto de las diferencias y no permite que las creencias personales tengan una excesiva influencia en aquellos quienes tienen una visión del mundo diferente de la propia; incluye poseer cultura general, así como información culturalmente específica de tal manera que el profesional sepa qué preguntas hacer (2).

Papadopolus, citado por Campihna (8), señala que guarda relación con la responsabilidad del profesional de abogar por las poblaciones vulnerables, entre ellas los niños y niñas, y favorecer su empoderamiento y participación en el cuidado de la salud. La competencia cultural se orienta más que al reconocimiento de las diferencias y similitudes entre culturas a la habilidad para actuar sobre este conocimiento (8, 9) y se identifica como soporte del cuidado transcultural. Por ello, es importante identificar sus expresiones en el ser, sentir y hacer de enfermería.

Esta competencia se evidencia en seis dimensiones:

- *Conciencia cultural*: capacidad para reconocer la pertenencia a un grupo con características culturales particulares, respetar, apreciar las expresiones de la cosmovisión en otras culturas y en la propia y ser sensible a ellas.

Requiere análisis permanente de los sesgos y prejuicios e interés por develar los que son inherentes a la propia cultura.

- *Conocimiento cultural*: interés por el aprendizaje y búsqueda de información sobre la cultura para comprender la cosmovisión del otro y la propia, y dentro de esta los diversos elementos y dimensiones que componen el continuo salud-enfermedad y sus determinantes: manejo del poder, los factores sociales, políticos y económicos, la pobreza y la inequidad en salud.
- *Habilidad cultural*: capacidad para actuar de manera pertinente a partir de la comprensión, la conciencia y el conocimiento de lo que piensa y siente el otro respecto a su situación, sus recursos y estrategias de manejo y afrontamiento. Involucra el uso del lenguaje verbal y no verbal y la respuesta a necesidades particulares de cada cultura así como también la habilidad para desarrollar protocolos, guías y modelos de intervención.
- *Deseo cultural*: interés por entender y ser empático con el otro, reconocer y aceptar la diferencia como punto partida. Esto permite generar nuevo conocimiento ya que se puede conocer y aprender de la realidad del otro.
- *Sensibilidad cultural*: se evidencia en el establecimiento de relaciones interpersonales basadas en el respeto, la confianza y la aceptación del otro. Se trata de relaciones democráticas que favorecen la comunicación abierta, libre de presión hegemónica, y la negociación.
- *Encuentro cultural*: capacidad, interés y concreción de los aspectos mencionados mediante comportamientos que promuevan el encuentro, la inclusión, la tolerancia y el diálogo de saberes y la construcción a partir de estos, incluso al interior del mismo grupo cultural. En estos encuentros se debe estar atento y sensible frente a expresiones no verbales que acompañan la comunicación, a la forma de establecer contacto tanto visual como físico, a la distancia y proximidad y al llamado espacio vital, aspectos que develan la cultura.

## Enfermedades prevalentes de la infancia

La búsqueda y aplicación de métodos y técnicas que permitan reducir la morbimortalidad por enfermedades prevenibles en los niños y niñas, además de aportar al logro de su bienestar, se consolida en objetivo fundamental de las acciones emprendidas por gobiernos, organizaciones internacionales y la comunidad (10).

Estos problemas siguen afectando la salud de la niñez, son responsables alrededor de las dos terceras partes de las muertes anuales en las Américas y representan las mayores tasas de mortalidad infantil principalmente en países de Asia, África y América Latina. En el 2012 se reportó una tasa de mortalidad infantil de 15,5 (1.000 n. v.) y de 17,3 en menores de cinco años; en Colombia se registró una tasa de 21,1 representada en 9.580 defunciones infantiles, de las cuales el 7,7% correspondió a infecciones respiratorias y el 3,1% a enfermedad diarreica (11), situaciones que se identifican como aquellas a las que mayor variedad de prácticas de cuidado tradicional se dedican. Estas son prevenibles implementando intervenciones sencillas y de bajo costo (12), que inician con las prácticas tradicionales de cuidado en casa realizadas por los cuidadores y en las que se expresan los saberes culturales y la orientación recibida de los profesionales de salud; en este sentido, el profesional de enfermería, desde la competencia cultural, debe reconocerlas y explorarlas.

La estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)<sup>3</sup> se formuló en 1993, se adoptó en Colombia en 1998 y fue rediseñada por la OPS y el Ministerio de la Salud y la Protección Social con miras a favorecer su apropiación en 2010 en un esfuerzo para dar cumplimiento al Cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio: reducir la mortalidad infantil en dos terceras partes. Hace parte de la política de Atención Integral a la Primera Infancia como un compromiso con este grupo poblacional. Ha venido instituyéndose como el “conjunto de acciones planificadas de carácter

3. Esta es una estrategia propuesta por la Organización Mundial de la Salud para reducir la morbimortalidad en la población infantil menor de cinco años causada por las enfermedades de mayor incidencia y prevalencia en esta población.

nacional y territorial, dirigidas a promover y garantizar el desarrollo infantil de las niñas y los niños desde su gestación hasta cumplir los seis años” (13).

Se hace urgente reconocer la importancia de validar las prácticas culturales, articular las intervenciones de enfermería desde su reconocimiento y desde una perspectiva que incorpore la cultura como elemento inherente a la dimensión humana, así como orientar los cuidados hacia el mantenimiento de las condiciones de salud y la disminución de la morbimortalidad en los menores de cinco años.

## MÉTODO

Esta es una investigación cualitativa de tipo fenomenológico que, como lo señala Trejo (14), permite reconocer, desde una perspectiva libre de prejuicios, lo que piensa, siente y hace la enfermera en su cotidianidad frente a las prácticas tradicionales para el cuidado de los niños y niñas que implementan los cuidadores. La información fue recolectada mediante entrevistas en profundidad realizadas fuera del contexto laboral a once enfermeras contactadas mediante la estrategia de bola de nieve, quienes participaron de manera voluntaria, firmaron el consentimiento informado y aceptaron ser grabadas. En las entrevistas se indagó su sentir, ser y hacer frente a las prácticas tradicionales para el cuidado de niños y niñas menores de cinco años con enfermedades prevalentes de la infancia.

La idoneidad de las participantes se soporta en su experiencia superior a dos años en cuidado de niños menores de cinco años en el área asistencial, en instituciones de diferente nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá, su formación posgradual y las actualizaciones realizadas en la estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia en los últimos tres años.

El consentimiento informado, el aseguramiento de la privacidad, la confidencialidad, la documentación y el registro de la totalidad del proceso, así como la realización de las entrevistas con acompañamiento de un coinvestigador quien desde el rol de observador, identificó y registró posibles sesgos, fueron implementados para garantizar el rigor metodológico y la coherencia ética. Por ser una investigación sin riesgo no se requirió aval del Comité Ético.

Luego de las entrevistas, se brindó un espacio para reflexionar acerca del tema abordado. La totalidad de la información es accesible a las entrevistadas, los investigadores e interesados en la temática para su utilización con fines académicos.

El análisis de los resultados se realizó por triangulación siguiendo los pasos de reducción, disposición y transformación de datos, a partir de determinar el tópico expresado en las voces de los entrevistados y asociarlo con las dimensiones conciencia, conocimiento, habilidad, deseo, sensibilidad y encuentro cultural, descritas en el marco de referencia de la investigación y en la introducción.

## RESULTADOS

### Conciencia cultural

En esta se describen las expresiones de las participantes relacionadas con los criterios a partir de los que reconocen la legitimidad de las prácticas culturales y la reflexión vinculada a estereotipos y prejuicios. El llamado al respeto a las prácticas de cuidado tradicional como expresión del deber ser de enfermería es unánime, tal como lo manifiesta Paola: “Porque son creencias, son culturas y pues hay que respetarlas ante todo, siempre y cuando no intervengan en el tratamiento médico, eso es como una negociación”.

En este caso no se hace referencia a dialogar o intercambiar saberes asociados a la práctica, a pesar de ser visibilizada y expresada. Se evidencia también el interés por modificarla de acuerdo con lo prescrito desde el saber disciplinar, según lo expresa Juliana:

Uno más bien no interviene en todas esas creencias, respeta lo de ellos, si ellos dicen que cada dos días el baño, yo tengo que sentarme y convencerla, no criticarla, darle mi conocimiento para decirle mire, si lo hacemos de esta otra forma sin que ella se sienta juzgada. Seguramente si esa mamá cree en mí, seguramente hace todo lo que yo le diga.

La asociación directa entre la implementación de la práctica y la disminución de los signos y síntomas, la confianza del cuidador, la percepción de seguridad, el efecto positivo en la autonomía y la capacidad para ejercer el rol de cuidador, así como la coincidencia de su implementación con el ciclo de la enfermedad, el incremento de atención sobre el niño, el azar y el apoyo recibido de la red

familiar y social son descritos como factores que explican su efectividad, tal como lo hace Martha: “Al no ver resultados rápidos con el medicamento, ellos deciden suspenderlos y predomina el cuidado cultural viéndolo como más efectivo”.

Según lo refiere Martha, la idoneidad de quien realiza la práctica se describe también como factor que asegura su efectividad y legitimidad, aspecto que se asocia al reconocimiento de un saber empírico relacionado con la práctica:

Pues yo considero que en la mayoría de las veces, dependiendo de las circunstancias de base del paciente, muchas veces sí sirve, yo creo que de alguna manera ellos (curanderos, chamanes, Mamos) han aprendido en sus tradiciones... así no tenga laboratorios o radiografías pero si le doy esto con lo otro ellos se mejoran, entonces yo creo que de alguna manera tiene un fondo, con una base sólida para decir sí sirve o no pero pues ya que uno sabe de la razón de ser de las cosas.

Es importante notar que la validez asignada a la práctica tradicional se infiere en la medida en que guarda relación con los principios que orientan el modelo biomédico; en tres casos se hace referencia a los principios activos de las plantas y a cómo estos han sido la base para el desarrollo de la farmacoterapia y en dos casos a la relación con acciones desarrolladas por el sector salud, específicamente con la Estrategia AIEPI, en las prácticas orientadas al manejo de la deshidratación. Al respecto Martha menciona:

Si uno va a ver en los laboratorios de homeopatía, se da cuenta que esta rama sirve para equis cosa. Si yo hago unas gotas con esta ramita sirve para esto y aquello, o sea sí tiene una razón de ser, sí tiene un efecto saludable.

O en lo referido por Mariana: “En todos los estratos se utiliza mucho el agua de arroz tostado que es una de las recomendaciones de AIEPI y ellos culturalmente la realizan”. Solo una participante, Claudia, expresa abiertamente que estas prácticas tradicionales no tienen importancia:

Para mí eso no tiene ninguna importancia, ni relación causa y efecto desde el punto de vista científico. Para mí eso no es importante, no les digo que las tienen que quitar de su mente; si la mamá me llega a preguntar la importancia yo me enfoco en que de verdad eso no le va a servir para nada, hay que respetarles su creencia pero la verdad no le va a servir para nada.

Todas las participantes refieren conocer o haber tenido contacto con estas prácticas y hacer uso de ellas en el contexto familiar o a nivel personal por recomendación de madres y abuelas, sin que

esto conduzca a validarlas a nivel profesional. Es evidente, según lo manifiesta Patricia, el conflicto entre el saber derivado de la experiencia y el del conocimiento disciplinar:

La he practicado con mi hijo y funciona (sobijo), pero no lo recomiendo o no en cuanto a estos cuidados no me pongo a decirle a las madres qué está bien o qué está mal, simplemente las escucho... pero en cuanto a recomendarles uno de estos cuidados, no lo hago.

En la reflexión sobre los prejuicios se cuestiona a otros profesionales, tanto a aquellos que aceptan o recomiendan las prácticas tradicionales como a los que las censuran y limitan su realización, como lo ilustran tres de las participantes:

Aunque ustedes no lo crean hay médicos que dicen: bueno, por qué no le da tal agüita casera que eso también le sirve (Laura);

[...] he escuchado muchos cuidados caseros y los recomiendan los médicos, por ejemplo, darle la sopa de colicero, la colada de plátano con el fin de mejorar la diarrea... (Patricia).

Es motivo de burla para muchos de los profesionales de enfermería... muchos de mis compañeros pasan por encima de esos principios, de esas tradiciones y no escuchan razones; no solamente en la parte de enfermería, en la parte de medicina también y eso es muy triste (Catalina).

Señalan la dificultad que significa realizar o permitir su realización al interior de las instituciones de salud ya que no se contemplan en los protocolos institucionales y su implementación puede generar problemas legales.

## Conocimiento cultural

En esta dimensión se hace referencia al interés del profesional por buscar información para comprender la forma como el otro interpreta y da sentido a las prácticas tradicionales de cuidado. En las entrevistas se identifica que la investigación a nivel de generación, revisión o transferencia de conocimiento científico relacionada con las prácticas culturales es incipiente, como lo indica Patricia: “Que me haya interesado en mirar todos estos cuidados culturales como tal... ¿Cuál es su funcionamiento, sus bases científicas? pues no lo he hecho pero son cuidados que en realidad funcionan”.

Aunque se hace alusión a información generada en investigaciones, se expresan interrogantes principalmente asociados a la efectividad de las prácticas tradicionales; por ejemplo Mariana refiere:

No me he interesado por profundizar, hay muchas plantas y no son las mismas que acá en Bogotá... hay algunos estudios que se han realizado para la verificación, para saber si son efectivos o no, sin embargo, es muy difícil; uno puede tener muchos estudios y métodos de comprobación de estas medidas pero cuando no son efectivas el trabajo es muy complicado.

Con relación a la utilización de plantas, se describen investigaciones sobre principios activos sin profundizar en cómo usar, por ejemplo emplastos, tomas o vapores. Las participantes también validan el conocimiento de otros profesionales como fuente de información:

Respecto a la caléndula yo me basé con una amiga bióloga y pues ella me explicaba que tiene unos componentes que facilitan y ayudan sobre todo en la parte inflamatoria, disminuye esa respuesta inflamatoria (Andrea).

Las médicas en urgencias, a los menores de nueve meses, ellas no les mandan jarabes de farmacia para la tos, después de los seis meses que ya han comenzado con la complementaria, ellas les mandan un jarabe con los clavos de olor, un pedazo de mantequilla, miel, el jugo de media naranja y se les da una cucharadita cada 8 horas, tibio. Entonces investigando con la doctora, buscando los clavos de olor tiene una partícula que hace sedar la tos en la persona que tiene mucha tos y evita que el niño vomite, que deje de comer por la tos (Martha).

Se menciona la información disponible en libros y en Internet, pero no se hace referencia a su consulta, ni se explicitan criterios a tener en cuenta para asegurar su confiabilidad, siendo la experiencia personal y familiar la fuente principal. Esta situación se evidencia en las palabras de Martha:

La verdad no he buscado, lo que he leído frente al ajo es que sí tiene un efecto antiinflamatorio a nivel pulmonar: el ajo y la cebolla y la miel. No lo he leído literalmente, diga usted que lo haya bajado de Internet, yo no lo he leído, pero hay libros donde está escrito dónde se usa el ajo y la cebolla como antiinflamatorio a nivel pulmonar.

El análisis de la relación de la práctica cultural con el proceso fisiopatológico de la enfermedad es otra estrategia utilizada por las participantes para dar sentido y explicar las prácticas de los cuidadores, por ejemplo, Sofía manifiesta:

Por mi experiencia yo más bien creo que es por la vasodilatación del alcohol y sale el calor, el mismo efecto lo hace el bañarse con agua tibia, hay una vasodilatación y hace que el calor sea más fluido y salga con facilidad, y la cebolla porque es fría entonces ayuda a bajar la temperatura.

A su vez Martha refiere:

[...] porque hay niños que no regulan bien la temperatura y por ejemplo si están en clima muy frío y ellos son muy bajitos

de peso, entonces el color rojo de esa tela hace que el cuerpo de él retenga calor, es como nosotros sabemos que el color negro, el color café hacen lo mismo, el azul oscuro pero la cultura es la bayetilla roja.

## Habilidad cultural

Esta dimensión describe los modos de intervención de enfermería o cuidado de enfermería frente a las prácticas tradicionales a partir de la conciencia y el conocimiento, lo que piensa y siente el cuidador respecto a la utilización de prácticas de cuidado tradicional y de sus estrategias de afrontamiento frente a la enfermedad del niño. De acuerdo con la comprensión y el sentido que den a las prácticas culturales, para planear las intervenciones, las enfermeras pueden establecer una comunicación efectiva que permita el intercambio de conocimientos mediante un lenguaje comprensible para el cuidador, dándole relevancia a la cultura y a las estrategias empleadas para el cuidado del niño. Juliana se refiere así a este tema:

Es supremamente importante e impactante, de ahí que la actitud del personal de enfermería tiene, qué dice, qué hace y cómo actúa. Entonces, si tú miras por ejemplo a una mamá, entonces yo le dije: venga para acá, cuénteme...

Respecto a la valoración de utilizar estas prácticas, se describe que no se realiza de manera intencional o sistemática, ni se registran según lo mencionado por Patricia:

No... No les preguntó, simplemente yo creo que eso se va dando en la consulta, como que la madre en el momento de la consulta te va comentando qué cuidados practica con el hijo... Yo creo que con el fin de mirar si tú le autorizas o no esos cuidados, pero como tal, que yo indague no... ya si la mamá da el espacio y menciona alguno de estos cuidados pues sí.

La información no se incorpora al cuidado de enfermería o al plan de egreso. Según Paola, se hace referencia a la intervención que se realiza cuando la práctica representa riesgo para la salud del niño:

Uno no se toma el tiempo de explorar más allá, uno sí le pregunta: bueno, qué le ha hecho y ella dice bueno tal y tal cosa, entonces tú miras si es algo positivo o negativo y se le explica a la mamá por qué hacerlo o por qué no... Lo que te digo, uno en ese momento se preocupa es porque el niño se recupere y ya... Es más, ni siquiera cuando al niño le dan de alta uno no se toma la molestia de decirle: mamá por favor no vuelva hacer esto, no le vuelve a recordar; uno simplemente le da recomendaciones para el tratamiento instaurado pero no le da recomendaciones ni educación para ese tipo de cosas.

A partir de esto y según las necesidades del niño, se pueden realizar intervenciones orientadas a preservar la práctica, negociarla o adaptarla y reestructurarla o, por el contrario, a establecer el plan de cuidado oponiéndose o ignorándolas. Al respecto, algunas entrevistadas manifestaron:

En ningún momento lo prohíbo, antes los apoyaba sobre todo en la utilización de la agüita de caléndula; es digamos, que yo la recomiendo y perfectamente se los autorizo (Paola: adaptación).

El agua de canela désela...pero no se la endulce, me parecía una opción buena porque si el niño tomaba líquido de esa manera le diera las sales de rehidratación como enfermería (María: adaptación- negociación).

No sabría decirles nada más porque yo me tuve que salir, eso no me lo aguantaba (olor del emplasto de cebolla) después de que yo le canalicé la vena, me salí (Juliana-ignora).

### Deseo cultural

En esta dimensión de la competencia cultural se expresa el interés por conocer la percepción o explicación de los cuidadores acerca de la situación de salud del niño o la niña. Se evidencia en el interés por explicar desde la perspectiva del cuidador la práctica de cuidado, tanto en su procedimiento como en el mecanismo de acción. Martha así lo refiere:

Colocan al niño con los pies hacia arriba y le piden a la mamá o dependiendo del peso o qué tan grande es el bebé, que lo tengan con los pies arriba y con las manos hacen correr un poco los intestinos, llevándolos hacia arriba o al tórax. Le colocan un fajero y recomiendan no bañar al niño por unos dos días como para que se sostengan otra vez los intestinos hacia arriba; lo que pasa es que, por ejemplo, uno se observa que cuando los niños empiezan a caminar se caen con mucha facilidad, entonces se considera que con cada vez que se caigan entonces como que se estrujara el cuerpo podríamos decirlo así, entonces lo que se hace es reacomodar las estructuras.

Se validan algunas prácticas como alternativas de tratamiento y manejo en casa antes de acudir al servicio de salud, que atenúan complicaciones, reconociendo que su objetivo es restablecer el bienestar de los niños, aunque no es clara la base científica. Se evidencia interés por aprender el uso de las prácticas culturales, dando relevancia a la tradición y efectividad que pueden observar en algunos casos, actitud que manifiesta Juliana: “Entonces nos sentamos con esa mamá..., cuénteme para mirar,

¿qué tal que yo la pueda utilizar? Es como introducirse sobre esa creencia”.

### Sensibilidad cultural

Esta dimensión hace referencia al desarrollo de competencias comunicativas transculturales que permiten negociar los significados que dan los cuidadores a las prácticas realizadas al establecer relaciones de confianza y respeto. Se reconoce el rol de enfermería con relación a la educación y el fomento y negociación para la optimización de las prácticas. Un ejemplo lo proporciona Juliana:

Yo no tengo por qué cambiar conductas, uno como profesional debe dar sugerencias para poder mejorar unas conductas y una tradición; tú le puedes decir: mira esta manillita que tiene ahí, tiene un riesgo, ¿por qué no se la ponemos en el pie? No le estás quitando, le estás dando una oportunidad al paciente. Para mí, prima el respeto hacia la persona y el cuidador y yo no tengo que ir a romper esquemas, yo tengo que dar pautas para mejorar esos esquemas, que es diferente... Respeto pero yo tengo que aportar, es la gran diferencia, tengo que decir las razones de la mejor forma sin que ella se sienta juzgada.

Por su parte, Paola describe situaciones en las que se presentaron limitaciones en el establecimiento de una comunicación efectiva con el cuidador, lo que dificulta la negociación frente a la práctica y exige mayor trabajo por parte de la enfermera:

Eso es muy difícil de negociarlo con ellas, es complicado; por más que uno les explique, es una tarea de constancia pero si uno solamente va hablar con la mamá en el momento que llega el niño y uno no le hace de pronto un seguimiento y no le dice, pues la mamá sigue haciendo ese tipo de cosas.

Otra situación que interfiere con la comunicación transcultural es la relación que pueda establecerse con el personal de salud, incluida la enfermera, al desconocer o restar importancia a la cosmovisión cuidador, tal como Catalina lo manifiesta:

Se ve mucho un choque cultural y ellos son muy arraigados como te venía diciendo antes, a sus principios, sus creencias. Utilizan mucho el chamán, las hierbas, los rezos que muchas veces es criticado y hasta es motivo de burla para los profesionales de enfermería. Nosotros muchas veces no tenemos en cuenta, no me incluyo porque afortunadamente no hago eso, pero sí he visto muchos de mis compañeros que hacen eso, pasan por encima de esos principios, de esas tradiciones y no escuchan razones. No solamente en la parte de enfermería, en la parte de medicina también y eso es muy triste.

## Encuentro cultural

Esta dimensión se relaciona con el interés que expresa el profesional por conocer y comprometerse en interacciones de cuidado con otras culturas, así como con los prejuicios hacia otros grupos, diferentes al suyo. Alude también a las adaptaciones comportamentales y a los procesos de atención que realiza enfermería con miras a facilitar el intercambio. Más allá de la actitud personal se identifica el choque cultural que se genera al interior del sistema de salud donde estas prácticas no sean reconocidas. Según su experiencia Catalina comenta:

[...] me mostró los medicamentos, bueno eran hierbas y él llevó a otro señor para hacer todo: el mezclado, el ritual como tal y ponérselo a la niña. Finalmente no lo pudo hacer porque hubo un choque y las pediatras no permitieron eso. La niña finalmente evolucionó adecuadamente, pero todo el ritual el papá lo llevaba pero no lo dejaron hacerlo.

Las entrevistadas asocian estas prácticas a grupos culturales y sociales específicos, descritos a partir de la diferencia cultural o generacional o la ausencia de recursos, bien sea económicos o de acceso. Identifican que la barrera cultural del profesional frente a estas prácticas incide de manera negativa en la adherencia al sistema de salud y por ende en el bienestar del niño:

Que las mamás no se sientan regañadas y es ahí cuando nosotros las quitamos de nuestro lado, como cuando una señora la vez pasada nos decía: es que yo no volví al médico porque salí regañada, porque como yo le doy el agua de toronjil, el agua de apio para cuando tiene diarrea.

## CONCLUSIONES

Se pone de manifiesto que el desarrollo de la competencia cultural en los profesionales de enfermería está asociado a sus propias creencias culturales y a la experiencia generada en su ejercicio profesional. Se reconocen las diferencias y limitaciones culturales con los cuidadores y se hace evidente el déficit de conocimiento cultural frente a muchas de estas prácticas, lo que limita la argumentación a nivel de aprobación, negociación o reestructuración para el cuidado cultural que realiza la enfermera en los niños que presentan enfermedades prevalentes.

En diferentes dimensiones de competencia cultural, se identifica conflicto entre el hacer, el ser y el deber

ser, lo cual genera el desarrollo de intervenciones de cuidado que son efectivas, pero en las que se cuestiona la pertinencia cultural. Por ejemplo, durante la valoración del niño, la enfermera no realiza búsqueda activa, no cuenta con herramientas o protocolos que orienten el proceso para identificar las prácticas que realizan los cuidadores en busca de opciones de manejo según su percepción de la situación de salud que esté presentando el niño. Desde lo identificado, se cuestiona la posibilidad de establecer relaciones empáticas y de confianza que permitan explorar el conocimiento cultural que tienen los cuidadores acerca de los tratamientos ofrecidos y su efectividad, aspecto básico para el establecimiento del plan de cuidados en donde, contando con la participación activa del cuidador, se promueva, adapte o negocie y reestructuren las prácticas de cuidado cultural.

El reconocimiento de quien brinda cuidado como sujeto cultural y la reflexión disciplinar y la coherencia entre el discurso y las intervenciones de enfermería son factores que favorecen el desarrollo de las diferentes dimensiones de la competencia cultural. Las prácticas de cuidado cultural se identifican como estrategias en la solución a los problemas de salud de los niños; sin embargo, se hacen evidentes prejuicios por parte del equipo de salud, vinculados al desconocimiento de la procedencia cultural o a la importancia que se otorga a la evidencia desde la perspectiva biomédica. Aun así, de acuerdo con Ibarra

[...] para que el cuidado de enfermería sea eficiente y culturalmente congruente, estas diferencias y semejanzas deben ser identificadas y comprendidas por los profesionales al asistir a estas personas. Desde el punto de vista del profesional de Enfermería, atender a las personas, familias o comunidades bajo esta óptica, implica formular un plan de cuidado culturalmente congruente y competente, es decir, tener la capacidad de sentir al otro, reconociendo la subjetividad del ser humano (15).

Los hallazgos de esta investigación justifican la necesidad de continuar la indagación del fenómeno abordado y su análisis a la luz de la evidencia, de manera que permita ampliar el conocimiento sobre la realidad de la práctica de enfermería desde el contexto cultural, reconocer en todas sus dimensiones la competencia cultural generada a través de la experiencia y la construcción de guías que lleven a la reflexión sobre el que hacer disciplinar para opti-

mizar la calidad del cuidado ofrecido a la primera infancia. De acuerdo con Martínez (10), es urgente que desde las disciplinas de la salud y educativas, se establezcan bases teóricas aplicadas que respondan a los cambios sociales y que den la posibilidad de ofrecer un servicio incluyente y de calidad a los usuarios pertenecientes a diferentes grupos culturales. Desafortunadamente los actuales programas de formación de los profesionales de la salud distan mucho de desarrollar este tipo de competencias en los estudiantes porque desconocen las necesidades de las comunidades que día a día son más globalizadas, no solo por los fenómenos migratorios entre países, sino por las condiciones actuales de Colombia, en donde situaciones como el desplazamiento y la violencia están generando poblaciones multiculturales que requieren ser reconocidas en sus diferencias, pero que igualmente demandan la atención de equipos de salud preparados y respetuosos de su riqueza cultural.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos especiales a los estudiantes Juan Gabriel Carrillo Aristizábal, Sandra Patricia Carreño, Luis Felipe Galvis Giraldo, Quimberlin Paola González, Estefanía Orozco Marín, María Angélica Ortiz Méndez, Claudia Lorena Pérez Clavijo, Mónica María Rendón Castro, Sandra Milena Velandia Ramírez y Diana Paola Vergara Guerra por la realización de las entrevistas y presentación de los resultados así como por su empeño y dedicación en el desarrollo de esta investigación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Osorio M, López A. Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. *Index Enferm* [Internet]. 2008 [consultado el 31 de enero de 2015]; 17(4): 266-70. Disponible en: <http://goo.gl/JVv2cK>
2. Lipson J. Cultura y cuidados de enfermería. *Index Enferm* [Internet]. 2000 [consultado el 31 de enero de 2015]; 28-29: 19-25. Disponible en: [http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29\\_articulo\\_19-25.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_19-25.php)
3. Purnell L, Paulanka B. *Guide to culturally competent health care*. 2a ed. Philadelphia: F a Davis Co; 2008.
4. Vásquez M. Aproximaciones a la creación de competencias culturales para el cuidado de la vida. *Invest. Edu. Enferm.* [Internet]. 2006 [consultado el 31 de enero de 2015]; 24(2): 136-42. Disponible en: [http://www.erevistas.csic.es/ficha\\_articulo.php?url=oai:ojs.aprendeenlinea.udea.edu.co:article/2904&oai\\_iden=oai\\_revista717](http://www.erevistas.csic.es/ficha_articulo.php?url=oai:ojs.aprendeenlinea.udea.edu.co:article/2904&oai_iden=oai_revista717)
5. Melguizo E, Alzate L. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *av. enferm.* 2008; 26(1): 112-23.
6. Leno D. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de Antropología* [Internet]. 2006 [consultado el 31 de enero de 2015]; 22(32). Disponible en: [http://www.ugr.es/~pwlac/G22\\_32Daniel\\_Leno\\_Gonzalez.html](http://www.ugr.es/~pwlac/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.html)
7. Marriner A, Raile M. *Modelos y teorías de enfermería*. 6a ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2007.
8. Campinha J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services. "Cultural competence is the process of becoming; not a state of being" *transculturalcare.net* [Internet]. 2010 [consultado el 30 de enero de 2015]; 21(1):119-27. Disponible en: [http://www.transculturalcare.net/cultural\\_competence\\_model.htm](http://www.transculturalcare.net/cultural_competence_model.htm)
9. Martínez F, Martínez J, Calzado V. La competencia cultural como referente de la diversidad humana en la prestación de servicios y la intervención social. *Intervención Psicosocial*. 2006; 15(3): 331-50.
10. Organización Panamericana de la Salud, Sociedad Colombiana de Pediatría. *Atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia*. Libro Clínico. 3a ed. Bogotá: OPS; 2012.
11. Organización Panamericana de la Salud. *Situación de Salud de las Américas. Indicadores Básicos 2012*. [www.paho.org](http://www.paho.org) [Internet]. 2012 [consultado el 5 de febrero de 2015]. Disponible en: [http://ais.paho.org/chi/brochures/2012/BI\\_2012\\_SPA.pdf](http://ais.paho.org/chi/brochures/2012/BI_2012_SPA.pdf)
12. Centro de Investigación y Desarrollo. Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Enfermedades prevalentes de la infancia y su tendencia en los últimos diez años en el Perú*. Lima; 2011.
13. *Atención Integral a la Primera Infancia, de Cero a Siempre. Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia. Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión*. Bogotá; 2013.
14. Trejo F. Fenomenología como método de investigación cualitativa: Una opción para el profesional de enfermería. *Enf Neurol*. México. 2012; 11(2): 98-101.
15. Ibarra T, González J. Competencia Cultural: Una forma humanizada de ofrecer cuidados de enfermería. *Index Enferm* [Internet]. 2006 [consultado el 14 de febrero de 2015]; 15(55): 44-48. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962006000300010](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300010)