

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
ESCUELA DE POSGRADO



**CUIDADO CULTURAL DE LA ENFERMERA AL NIÑO
HOSPITALIZADO CON PROBLEMAS RESPIRATORIOS
PROVENIENTE DE LA SIERRA ANDINA. CHICLAYO, 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAESTRO EN ENFERMERÍA**

AUTOR (A)

MELCHOR PANTA MARIA TERESA DEL CARMEN

Chiclayo, 19 de Noviembre de 2018

**CUIDADO CULTURAL DE LA ENFERMERA AL NIÑO
HOSPITALIZADO CON PROBLEMAS RESPIRATORIOS
PROVENIENTE DE LA SIERRA ANDINA. CHICLAYO, 2017**

PRESENTADA POR:

MELCHOR PANTA MARIA TERESA DEL CARMEN

Tesis presentada a la Escuela de Posgrado de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el grado académico de:

MAESTRO EN ENFERMERÍA

APROBADA POR:

Mgr. Maribel Díaz Vasquez

PRESIDENTE

Mgr. Julia Nureña Montenegro

SECRETARIO

Mgr. Yolanda Beatriz Villarreal Ortiz

ASESOR

ÍNDICE

Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	11
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO	20
2.1 Tipo de investigación	20
2.2 Abordaje metodológico	20
2.3 Sujeto de investigación.....	23
2.4 Escenario	25
2.5 Instrumento de recolección de datos.....	26
2.6 Procedimiento	27
2.7 Análisis de datos	28
2.8 Criterios de rigor científico	30
2.9 Criterios Éticos	31
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	33
CONSIDERACIONES FINALES	57
RECOMENDACIONES	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	66

RESUMEN

La presente de investigación titulada “cuidado cultural de la enfermera al niño hospitalizado con problemas respiratorios proveniente de la sierra andina. Chiclayo, 2017. Tuvo como objetivo: Describir y analizar los cuidados culturales de la enfermera(o) al niño hospitalizado con problemas respiratorios proveniente de la sierra andina. El referencial teórico estuvo sustentado por la teoría transcultural de Madeleine Leininger. Investigación cualitativa con diseño de estudio de caso, los sujetos de estudio fueron las enfermeras que laboran en el área de lactantes, preescolares y emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes. Chiclayo, delimitadas por saturación o redundancia. Como técnica de recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada a profundidad y como técnica de análisis de datos el análisis de contenido temático, formándose las siguientes categorías: Divergencias en el cuidado enfermero (a) al niño de la sierra andina con problemas respiratorios con sus sub categorías: Resistencias culturales de los padres frente al modelo biólogo. Predominio del cuidado enfermero (a). Separación entre las creencias culturales y exigencias del cuidado. Como segunda categoría: Reflexionando sobre el cuidado cultural de la enfermera, con sus sub categorías: Preservación, negociación y reestructuración de los valores, creencias y prácticas del niño de la sierra andina. Incluyendo al familiar acompañante en el cuidado durante la hospitalización y como última categoría: Interculturalidad enfermera - familiar del niño de la sierra andina. Así mismo durante toda la investigación se tuvo en cuenta, los principios de rigor científico y de la bioética personalista de Sgreccia.

Palabras Claves: Enfermería, cuidados culturales, niño, enfermedades respiratorias.

ABSTRACT

The present research entitled "cultural care of the nurse to the hospitalized child with respiratory problems from the Andean highlands. Chiclayo, 2017 The objective was to: Describe and analyze the cultural care of the nurse (or) the hospitalized child with respiratory problems from the Andean highlands. The theoretical framework was supported by the cross-cultural theory of Madeleine Leininger. Qualitative research with case study design, study subjects were nurses working in the infants, preschool and emergency area of the Las Mercedes Regional Teaching Hospital. Chiclayo, delimited by saturation or redundancy. As a data collection technique, the semi-structured interview was used in depth and as a data analysis technique the analysis of thematic content, forming the following categories: Divergences in nursing care (a) the child of the Andean highlands with respiratory problems with their Sub categories: Cultural resistance of the parents against the biological model. Predominance of nursing care (a). Separation between cultural beliefs and care demands. As a second category: Reflecting on the cultural care of the nurse, with its sub categories: Preservation, negotiation and restructuring of the values, beliefs and practices of the child of the Andean highlands. Including the accompanying family member in the care during hospitalization and as the last category: Intercultural nurse - family of the child of the Andean highlands. Also during all the investigation was taken into account, the principles of scientific rigor and of the bioethics personalist of Sgreccia.

Key words: Nursing, cultural care, child, respiratory diseases.

INTRODUCCIÓN

El cuidado de la salud de los niños es un factor esencial para el desarrollo económico y social de cualquier país, y un determinante de la salud de la persona a lo largo de su vida e, incluso, de la salud de la generación que le seguirá. Es por esto, que es necesario velar por ella para que, cuando estos niños sean adultos, puedan participar de forma plena en su entorno social, cultural y económico. Además, el cuidado de la salud como práctica social, tiene sus orígenes y estructura del saber cultural. Es por ello que, a través de la historia social de los pueblos, la noción del hombre responde a condiciones de la cultura dependiendo de la época en que vive y el ámbito donde se esté desarrollando¹.

El concepto que los niños no son adultos pequeños es ampliamente aceptado por los pediatras. Esta visión es especialmente relevante para comprender la vulnerabilidad de los niños a exposiciones ambientales². Las exposiciones ambientales que impactan la salud respiratoria de los niños difieren en los países en desarrollo y en los países desarrollados, como también dentro de un mismo país. Sin embargo, mientras los contaminantes y sus fuentes difieren, existen muchos factores en común. Las exposiciones de los niños ocurren en su hogar, en su vecindario o dentro del ambiente global, como también exposición a alérgenos³.

Los datos epidemiológicos a nivel mundial reflejan que las infecciones respiratorias agudas (IRAS) ocupan el primer lugar de demanda de consulta en la población infantil menor de 5 años de edad. Estadísticas difundidas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indican que entre el 30 y 60% de las consultas pediátricas son por esta causa y de 30 a 40 % de estos niños son hospitalizados y cerca de 4 millones de niños mueren en continentes en desarrollo como son: Asia, África y América Latina⁴. En el Perú, constituyen la primera causa de morbimortalidad en la población infantil. Según el Ministerio de Salud, las IRA representan entre el 40 y 60% de las consultas a los servicios de salud y entre el 20 y 50% de las hospitalizaciones pediátricas, muchas de las cuales se asocian a complicaciones posteriores⁵.

Por tal razón la enfermera cumple un rol muy importante dentro de la problemática de salud puesto que debe contribuir en la disminución de la

morbimortalidad infantil, sobre todo de enfermedades prevalentes como son las infecciones respiratorias agudas, lo cual implica que es el profesional de salud capacitado para la planificación e implementación del subprograma de control de IRA, que conlleve a realizar actividades de prevención y promoción de la salud, brindando los conocimientos necesarios para la modificación de conductas erradas de la persona en relación al cuidado de su salud de su familia, y un tratamiento oportuno adecuado en el hogar.

Sin embargo, la madre por ser la persona que tiene mayor contacto con el niño, juega un rol muy importante frente a su cuidado, debido que posee creencias ancestrales, costumbres de su lugar de origen, entonces, la principal tarea y reto de la enfermera es educarla desde la perspectiva cultural que ella posee, valorarle sus costumbres y negociar con sus creencias, tradiciones e infundirle nuevas formas de valorar la salud de su hijo para que acepte toda la terapia indicada durante su hospitalización.

En el Perú coexisten alrededor de 77 etnias, motivo por el cual es considerado como el país con mayor diversidad de etnias, lenguas y familias lingüísticas de América. Cada etnia peruana tiene tradiciones, mitos, creencias, costumbres y sabidurías ancestrales que las hacen únicas e irremplazables⁶. Por esto, la vida en la sociedad peruana, considera una diversa gama de etnias culturales, por ser país multicultural, por poseer importantes y numerosas culturas, distribuidas en sus diferentes regiones, teniendo características propias; sin embargo, muchos de estos grupos culturales no pueden coincidir con otros y al no hacerlo, crean su propia cultura, dedicándose a prescindir o considerar debido a las diversas formas que tienen para satisfacer sus necesidades y más aún en salud, no aceptando sus costumbres, creencias y tradiciones⁷.

Es necesario mencionar que, en las regiones donde se encuentran los niños andinos los modelos de salud están basados en sus creencias culturales tales como: uso de yerbas, amuletos, frotaciones y otras formas de prevenir la enfermedad; creencias y costumbres adquiridos por sus ancestros y también por la ausencia o falta de profesionales de la salud⁸, así mismo en muchos de los hogares, el manejo de la enfermedad está determinada por creencias, entendiéndolas como a todos aquellos

elementos del dominio cultural que el individuo utiliza sin comprobar, influenciadas en forma importante por la familia. Es decir que una creencia es una idea que es considerada verdadera por quien la profesa⁹.

La investigadora al observar, cada día niños hospitalizados de diferentes edades en el área de pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes provenientes de la sierra andina como Kañaris, Incahuasi y pueblos aledaños con problemas respiratorios severos como: Bronquiolitis graves, síndrome de obstrucción bronquial (SOB), asma, neumonías y algunos de ellos con mayor complicación como derrames pleurales, neumotórax, y en algunos de los casos portadores del bacilo tuberculosis cuando la enfermera interactúa con las madres el motivo porque los trajeron hasta este hospital manifiestan que no hay personal de salud en sus postas, otras comentan que por estar muy lejos y carecer de dinero solo les dieron sus yerbas que conocen, usaron frotaciones, los curaron primero por el susto; así mismo dicen “mi esposo no quiere que los traigan porque se mueren”, otros padres dicen que “las yerbas son mejores”.

Cabe mencionar que muchas de estas madres se muestran muy reacias y no responden las preguntas que la enfermera les hacen cuando ingresan a emergencia o a los servicios de lactantes o preescolares o algunas veces por mucha insistencia refieren que su esposo no quiere, o de lo contrario es solo el esposo es el encargado de responder porque ellas hablan quechua o por temor o vergüenza. Así mismo observando al niño proveniente de la sierra andina enfermo de las vías respiratoria, tiene atado a su bracito cintas rojas con algunos amuletos, otros tienen en su cuello cintas con bolsitas de alcanfor, o también amuletos que los padres dicen son buenos para curarlo de los bronquios o los mismos padres les frotan vick vaporub, entrando en contradicciones con la enfermera, porque les explican que no deben usar por ser tóxico, ellos rechazan el oxígeno que sus niños reciben porque manifiestan que su niño va a morir, o reclaman que el suero (Dextrosa 5% más agregados) es muy frío y que los empeoran, asimismo cuando tienen fiebre no aceptan que los bañen para bajarles la temperatura entrando en contradicciones y hasta culpando a la enfermera si se complica su niño o se muere, otras veces no los quieren desabrigar para que baje la fiebre. También cuando la enfermera trata de aspirar secreciones oro faríngeas no aceptan manifestando que les hacen daño.

Igualmente, estos niños provenientes de la sierra andina, dentro de su tratamiento para mejorar sus problemas respiratorios, reciben nebulizaciones e inhalaciones, tratamiento que los niños se resisten a estas terapias y luego los padres aceptan la negativa de sus hijos rechazando porque dentro de su cultura se exhiben muy reacios manifestando que lo están ahogando, que no puede respirar, que el sonido de la máquina (nebulizador) lo asusta, de tal forma que su negativa es muy exigente, pero la enfermera dentro de sus cuidados tiene que cumplir, observándose divergencias en el cuidado y así mismo resistencia cultural en bien de la salud del niño y por lo tanto la enfermera predomina con su cuidado biogésta conllevándolo a separarse de sus creencias culturales, pero con mucha carencia de la interculturalidad, porque si bien ellos saben que su niño necesita recuperar su salud, la enfermera debe negociar su cuidado.

Frente a esta realidad, es importante y necesario analizar el cuidado de enfermería que reciben los niños provenientes de la sierra andina hospitalizados por problemas respiratorios, conociendo lo que sienten, piensan y hacen las enfermeras al ofrecer su cuidado, mejorando su situación de salud; así mismo, el cuidado a estos niños, se hace más relevante en la región Lambayeque por el aumento de problemas respiratorios graves, agregados a la presencia de los valores, creencias y prácticas culturales heredadas desde sus ancestros complicando cada vez la salud, porque reciben medicinas o productos caseros como alcanfor, naftalina, frotaciones o hierbas de su región complicándolos o haciéndolos resistentes al tratamiento médico.

Es necesario mencionar que los padres de estos menores con problemas respiratorios también, atraviesan por difíciles circunstancias al no poder comunicarse, e interactuar con la enfermera mucho menos logra entender el cuidado que ella, le brinda por su timidez, vergüenza o temor al preguntar sobre el tratamiento que recibe su hijo, repercutiendo en el bienestar y por ende rechazando la terapia especialmente la inhalatoria y la enfermera carente de la cultura de estos niños poco los escucha o no responde a sus inquietudes, por lo que la investigadora plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el cuidado cultural de la enfermera al niño hospitalizado con problemas respiratorios proveniente de la sierra andina- Chiclayo 2017?, siendo el objeto de estudio los cuidados culturales de la enfermera al niño hospitalizado con

problemas respiratorios y como objetivo principal, describir y analizar el cuidado cultural de la enfermera(o) al niño hospitalizado con problemas respiratorios proveniente de la sierra andina.

Esta investigación se justifica 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 cultural de los niños procedentes de la sierra andina, portadores de enfermedades respiratorias, debido a las diversas creencias y prácticas culturales que poseen para conservar su salud.

Así mismo, el cuidado cultural de la enfermera al niño con problemas respiratorios que proviene de esta sierra, han sido poco estudiados y profundizados desde el aspecto cualitativo, evidenciado en las escasas investigaciones a nivel local, nacional y de Latinoamérica, además cuidarlos 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 salud. Por ello se considera que un estudio de esta naturaleza contribuye a comprender como realmente la enfermera de pediatría cuida a este niño cuyos padres tienen muchas creencias y costumbres desde sus ancestros hasta nuestros días, igualmente, reconocer los conceptos de creencias y prácticas del cuidado de la salud como expresiones culturales con el propósito de poner a consideración de los cuidadores aspectos necesarios para brindar un cuidado culturalmente congruente, más humano y efectivo.

Así mismo, se justifica porque, la Enfermera que labora en el área de pediatría, debe conocer y comprender las creencias que tienen las madres procedentes de la sierra andina, cuando hospitaliza a su hijo con problemas respiratorios reorientándola y respetando sus creencias enseñándole como deberá cuidarlo para evitar sus complicaciones y por ende la muerte. Igualmente, esta investigación pretende rescatar espacios de reflexión para la enfermería, docentes y estudiantes de pre-grado y post grado, en el sentido de considerar las costumbres, idiosincrasia propia, 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 la teoría transcultural de Madeleine Leininger.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1. 1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

A continuación, se detallaron algunos trabajos de investigación realizados a nivel internacional y nacional, relacionados con el objeto de estudio y la metodología que se empleó en la presente investigación:

A nivel internacional, en el 2012 en Chocontá- Colombia, Rodríguez F. Santos C. Talani J., Tovar M¹⁰. En su investigación: Prácticas y creencias culturales acerca del cuidado de niños menores de un año en un grupo de madres, su propósito fue identificar las creencias y prácticas culturales acerca del cuidado infantil que pudieran generar conductas de riesgo para el menor de un año, fue estudio exploratorio etnográfico, descriptivo y documental con abordaje cualitativo en el municipio de Chocontá (Colombia). Se realizaron entrevistas no estructuradas a las madres de niños menores de un año que asistieron a consulta externa o urgencias de pediatría del Hospital San Martín de Porres del municipio de Chocontá, para que contaran sus experiencias y conocimientos sobre el cuidado de sus bebés. Los datos obtenidos durante la consulta, y la recolección se agruparon en seis categorías: cuidado general, neurodesarrollo, sistema respiratorio, gastrointestinal, alimentación y otros. Esto se confrontó con la literatura científica pertinente para generar un modo de acción en el que se reestructure, se negocie o se conserve la práctica cultural en cuestión. De las diecinueve actividades identificadas, se recomienda reestructurar diez porque pueden ser una conducta de riesgo para el menor; ocho deben ser negociados con las madres y cuidadores y una se puede conservar puesto que no afecta la integridad del niño. Se concluyó que las creencias y prácticas culturales son parte fundamental de cualquier comunidad. Por esto es importante que el equipo de salud no las desconozca ni las rechace, sino que las comprenda para entablar una comunicación efectiva de tal forma que las madres y cuidadores no se sientan agredidos y permitir la continuidad de su legado cultural. La mayoría de prácticas se realizan en la etapa neonatal, un periodo crítico y de gran vulnerabilidad en donde el cuidado tiene un papel importante para la salud del recién nacido. Por ello es primordial explicar a las familias las razones para no realizar acciones que pongan en riesgo la salud del niño.

En el 2010 en Brasil la investigación realizada por Wegner W. Rubim E¹¹ titulada: “La seguridad del paciente en las circunstancias de cuidado: prevención de eventos adversos en la hospitalización infantil, fue estudio de caso cualitativo, cuyo objetivo fue analizar cómo las acompañantes/cuidadoras y profesionales de salud reconocen los eventos adversos en las circunstancias de cuidado. Fue realizada con 15 acompañantes/cuidadores y 23 profesionales de salud de las unidades de internación de pediatría de un hospital de Porto Alegre, utilizaron la entrevista semi-estructurada a profundidad, cuyos resultados sugieren la revisión y control permanente en cualquier intervención del profesional y el proceso de comunicación efectivo profesional-acompañante-niño. El estudio trae como recomendaciones los cambios en la cultura organizacional de las instituciones de salud para una cultura de seguridad, con énfasis en el cuidado seguro y visión sintética en la evaluación de la ocurrencia de eventos adversos.

A nivel Nacional, Perú, 2013 el estudio realizado por Rentería M¹² titulado “Cuidado transcultural de la enfermera serumista en las familias quechua hablantes Inkawasi-Perú 2013” La presente investigación cualitativa con enfoque etnográfico tuvo como objetivos: caracterizar y analizar el cuidado transcultural de la enfermera serumista en las familias quechua hablantes Inkawasi -. Como resultados se obtuvieron tres temas culturales: 1) La sociabilidad y la solidaridad: bases para el cuidado transcultural, 2) Hacia un cuidado transcultural de enfermería: identificación de los cuidados culturales de la familia quechua hablante, y 3) Estrategias para mejorar el cuidado transcultural de enfermería en la familia quechua hablante. Sin embargo, existen cuidados que se pueden preservar, negociar y reestructurar, para ello se necesita utilizar estrategias como educación intercultural, seguimiento, visitas domiciliarias y alianzas estratégicas con entidades públicas y privadas.

Vidal F.¹³ con su investigación titulada: “Significado que le concede el personal profesional de enfermería al cuidado desde la perspectiva transcultural en un Hospital Nacional de Lima Metropolitano – Lima 2011” con abordaje cualitativo, tipo de estudio de caso, y tiene por objetivo general comprender el significado que le conceden los enfermeros al cuidado desde la perspectiva transcultural. Los resultados obtenidos fueron codificados y se reunieron en subcategorías y categorías, las que fueron

analizadas e interpretadas. Entre las consideraciones finales más resaltantes de esta investigación están los significados que otorgan los enfermeros al citado desde la perspectiva transcultural involucrando el considerar, respetar y comprender la cultura de los usuarios. Los participantes del estudio reconocieron que dentro de las limitaciones se encuentra el rechazo de algunos enfermeros hacia la cultura de los usuarios; además de que los enfermeros mostraban comportamientos que caracterizan una atención no a la persona sino el motivo de consulta, dando prioridad a la atención biomédica de la enfermedad y al cumplimiento de las actividades laborales.

Villarreal Y ¹⁴. Con su investigación: cuidado de enfermería al niño andino hospitalizado. Chiclayo, 2011 Investigación cualitativa con abordaje de estudio de caso, tuvo 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. 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 biologista; 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.

Cabe mencionar que la investigadora en su búsqueda de antecedentes actuales no encontró dentro de este último quinquenio, considerando que se da poco o nada el cuidado cultural relaciónde a esta población andina, ya que son niños de culturas diferentes con creencias culturales heredadas de sus ancestros y que como profesionales enfermeras (os) solo los cuidan desde la perspectiva biológica, cumpliendo con el tratamiento y logrando su recuperación para que regresen a sus pueblos andinos dejando de lado la interculturalidad donde ellos aprenden de nosotros y nosotros de ellos, motivos del carecimientos de investigaciones recientes como se mencionó anteriormente.

1.2. Base Teórico -Conceptual:

Con el propósito de profundizar en el conocimiento del objeto en estudio, se ha realizado la revisión bibliográfica que permitirán la construcción de conceptos para estructurar el marco teórico-conceptual. En este capítulo se desarrollan las referencias teóricas de diferentes autores que sustentan el trabajo de investigación relacionado, siendo la base principal los supuestos teóricos de Madeleine Leininger, para cuidados culturales, Kerouac para el cuidado enfermero, niñez según Medellín, enfermedades respiratorias por la OMS y finalmente hospitalización.

La presente investigación estuvo respaldada por Leininger¹⁵ con su teoría transcultural mencionando, que su desarrollo está basado en la convicción de las personas de culturas diferentes que 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. Igualmente, expresa que los cuidados son la esencia de la enfermería, un arte y ciencia humanística aprendida que se centra en 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.

Actualmente hablar del cuidado nos lleva inmediatamente a pensar en este concepto como el eje de la profesión de enfermería. Sin embargo, el origen del cuidado de enfermería está íntimamente ligado al acto de cuidar de naturaleza humana, y en ese sentido podemos ubicar su desarrollo paralelo al desarrollo del hombre y de toda la humanidad, identificándolo como un recurso de las personas para procurarse los elementos necesarios para el mantenimiento de la vida y su supervivencia en condiciones de salud y/o enfermedad¹⁶.

Autores como Espino, mencionan también que el cuidado no solo es forma técnica ni procedimental porque cuando se relaciona con la enfermera es más semejante a un arte¹⁷. Sin embargo, la relación entre arte y técnica tampoco debe comprenderse de forma excluyente, pues, Hipócrates menciona que 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 cultural que brinda la enfermera al niño hospitalizado con problemas respiratorios proveniente de la sierra andina, 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.

Citando nuevamente a Leininger sobre el cuidado cultural, este 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 muerte¹⁸. Considera que los cuidados culturales son 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; 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.

Relacionado estas afirmaciones sobre el cuidado y la cultura, 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 todos los procedimientos terapéuticos, técnicas, intervenciones, que pueden ser prescritos, más el cuidado no. No se prescribe, no son indicadas, no son sugeridas ni aconsejadas¹⁹; la enfermera al cuidar al niño con problemas respiratorios hospitalizado provenientes de la sierra andina despliega su cuidado genuino y característico teniendo que asociar un lenguaje verbal con otro no verbal, es decir acompañado de gestos y ademanes, buscando

descubrir, comprender e interpretar las circunstancias de su comportamiento durante la realización de terapias especialmente las nebulizaciones como inhalaciones o colocación de oxígeno porque su saturación está muy baja.

Porque el cuidado de la salud tiene semejanzas y diferencias es necesario citar a Kerouac²⁰, que al referirse del cuidado enfermero como 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. Sin embargo, 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, especialmente si de un niño se trata. Es así como los comportamientos de cuidado deben generar empatía, confianza, y socialización, mediante acciones basadas en los conocimientos.

Complementando todo lo mencionado y citando a 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”²¹, porque al relacionar todos estos conceptos también relacionaremos al niño descrito por Medellín, considerándolo como un niño libre e independiente, psicoactivo y biológico con permanente potencial de cambios en su crecimiento y desarrollo que tiene una familia, una comunidad y medio ambiente a los cuales pertenece, de donde hereda factores sociales, culturales, económicos y políticos. El ser libre e independiente expresa la actividad propia de la dignidad humana de responder hasta donde le ha permitido como ente de la sociedad, lo cual le facilite su pleno desarrollo en los diferentes campos y su bienestar físico y somático²².

Así mismo, este autor²² también menciona que el niño es como un proceso de desarrollo iniciándose en un estado de absoluta y total dependencia, luego progresa en forma gradual, continua y compleja para llegar ser un individuo único(a), diferente y

autonomía en la sociedad y cultura en la que ha nacido, sin embargo la UNICEF ²³, define que la infancia es la época en la que los niños y niñas tienen que estar en la escuela y en los lugares de recreo, crecer fuertes y seguros de sí mismos y recibir el amor y el estímulo de sus familias y de una comunidad amplia de adultos. Es una época valiosa en la que los niños y las niñas deben vivir sin miedo, seguros frente a la violencia, protegidos contra los malos tratos y la explotación.

Por lo tanto, la infancia o niñez como lo mencionan algunos autores ha sido, es y será un tema de alta relevancia social, porque ha sido ampliamente estudiado desde diversas perspectivas y en contextos históricos diferentes siendo reconocida como una evidencia contundente en torno a su condición histórica y social, según el grupo social, la época y su cultura²⁴. Como tal, la infancia significa mucho más que el tiempo que transcurre entre el nacimiento y la edad adulta. Sin embargo, para la investigadora todo niño siempre merece desarrollarse libre, en completo estado de salud, bajo el cuidado y protección de sus padres y familia, desarrollándose dentro de todas sus etapas de vida, sin merecer padecer enfermedades respiratorias que pueden ser crónicas si no se cumple con el tratamiento adecuado.

Es necesario mencionar que las enfermedades respiratorias, afectan principalmente la población infantil y en especial a los menores de 5 años, puesto que ellos son los más susceptibles a los factores de riesgo como el bajo peso al nacer, la ausencia de lactancia materna, la desnutrición, así como el esquema incompleto de vacunación. Este problema no sólo está relacionado al tema de salud sino también a los niveles de pobreza que afectan a la población más alejada que no tienen acceso a los centros de salud como los niños que viven en la sierra andina.

Según la OMS,²⁵ el manejo adecuado para reducir la mortalidad por infecciones respiratoria, debe basarse en el conocimiento profundo de las características sociales, culturales y económicas de la población y de las nociones que tienen los habitantes en torno a estas infecciones, no obstante, se puede reducir la incidencia a largo plazo si se cumple con el calendario de vacunación y se combaten sus factores de riesgo más importantes como se mencionó anteriormente, porque todas las intervenciones de salud pública están dirigidas a prevenir las infecciones respiratorias agudas en bien de la población infantil.

Así mismo, las infecciones respiratorias según la Situación Epidemiológica²⁶, son la principal causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, señalando que en el 2017, en Perú las infecciones respiratorias agudas fue la primera causa específica de morbilidad en atenciones de consulta externa realizada en los establecimientos de salud del ministerio de salud (MINSA), las cuales representan alrededor del 24,9% del total de atenciones y también representaron el 12,1% del total de causas específicas de muerte. Para ese mismo año, la mortalidad por infecciones respiratorias agudas (IRA) en todos los grupos por etapas de vida, las IRA fue la primera causa de atención en consulta externa.

Frente a todo este contexto es importante que la madre tenga conocimiento necesario sobre la prevención de estas enfermedades, sin embargo ellas tienen idioma diferente al nuestro por vivir en una sierra andina donde sus creencias y costumbres heredadas desde sus ancestros son muy arraigadas, además de encontrarse en sitios muy distantes a los puestos de salud que solo acuden cuando su hijo se encuentra en graves situación siendo trasladado inmediatamente a los hospitales de alta complejidad cuyo tratamiento es a base de oxígeno, medicina, hidratación entre otros cuidados de enfermería que muchas veces lo rechazan por temor o desconocimiento.

Para describir al niño proveniente de la sierra andina, se tendrá que entender las prácticas de crianza ya que estas constituyen el conjunto de acciones que los adultos de una cultura realizan para orientar el desarrollo de los sujetos, igualmente activos, pero más pequeños del grupo, hacia determinados niveles y en direcciones específicas. Obedecen a sistemas de creencias que se han legitimado en pautas de comportamiento, y al igual que estas (las creencias y las pautas) tienen un carácter orientativo del desarrollo, sus creencias, mitos y prácticas de crianza pueden influir su cuidado infantil ya que este depende de la participación de cada individuo y su familia; además existen aspectos culturales y sociales que las determinan²⁷, entonces el niño es un ser indivisible, no puede fragmentarse, requiere de un análisis integral, de tal manera que se conozca.

La investigadora concluye que la hospitalización en el niño, implica la separación con su entorno, y la entrada a un ambiente desconocido, con personas extrañas que

tocan su cuerpo, hablan con palabras que no entiende y realizan procedimientos que en muchas ocasiones le provoca malestar y/o dolor, generando temor y desconfianza. Por lo tanto, los niños hospitalizados que provienen de la sierra andina, requieren más cariño y cuidados de los padres o familiares cercanos, debido a que experimentan angustia, miedo y ansiedad al haber sido extraídos de su ambiente natural y colocados en un ambiente extraño, nuevo, en la mayoría de las veces hostil. Los hospitales muchas veces no son los mejores ambientes para un niño enfermo, sobre todo en países como el nuestro dónde las instituciones sobreviven con grandes dificultades y carencias²⁸.

CAPITULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación fue de tipo cualitativo, según Hernández²⁹, este tipo de investigación proporcionó una descripción verbal o explicación del fenómeno como proceso ligado a un contexto, en el que se intentó comprender el comportamiento, las interacciones y significado de los sujetos, analizando e interpretando las propias palabras de las personas y su comportamiento. También se tomaron en cuenta las características de la investigación cualitativa³⁰, donde la teoría es una reflexión desde la práctica, esta realidad estuvo constituida no solo por hechos observables y externos, sino también por significados, símbolos e interpretaciones elaboradas por los sujetos de estudio a través de sus testimonios, donde se intentó comprender la realidad y describir el hecho desde la cultura de los niños y sus madres que provienen de la sierra andina, es decir que una investigación es cualitativa, porque comprende descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos observables³¹.

Por ello, la característica fundamental de la investigación cualitativa es su flexibilidad, su capacidad de adaptarse en cada momento y circunstancia de la realidad que se está indagando³². El investigador estudia a las personas en el contexto de su pasado y de las situaciones en las que se encuentra permitiendo describir detalladamente y comprender los cuidados culturales que brinda la enfermera al niño hospitalizado con problemas respiratorios proveniente de la sierra andina, de esa forma dar un significado de acuerdo a la realidad vivida a partir de entrevistas semiestructurada a profundidad que se utilizarán; permitiendo una relación directa entre la investigadora y la enfermera entrevistada.

2.2. ABORDAJE METODOLÓGICO

Fue abordado mediante la metodología de estudio de caso, donde se personalizó y generó interés por el desarrollo histórico de un caso que puede ser una persona, familia, grupo, institución o una comunidad. Además, el caso mismo es fundamental

para el investigador, ya que el objetivo consiste en determinar la dinámica del por qué la persona piensa, se comporta o se desarrolla de una manera particular, donde se personaliza y genera interés por el desarrollo histórico de un caso que puede ser una persona, una familia, un grupo, una institución o una comunidad³⁰. En la presente investigación el estudio de caso está constituido por un grupo de enfermeras que laboran en las áreas de pediatría y brindan sus cuidados a los niños provenientes de la sierra andina con problemas respiratorios, cabe mencionar que esta investigación surgió por el interés de dar a conocer las experiencias de las enfermeras cuando cuidan a estos niños que traen cultura y creencias diferentes heredadas por sus ancestros sobre la cura de las enfermedades respiratorias.

Los estudios de caso son investigaciones a profundidad donde a través de análisis y comprensión se extraen conclusiones que explican diversos fenómenos, generando más conocimiento sobre un caso específico. Por ello, brindan la oportunidad al investigador de conocer íntimamente las condiciones, el entorno de la persona, pensamientos, sentimientos, creencias y costumbres de sus lugares. Entre sus características se destaca la singularidad o particularidad porque está orientado a desarrollarse en una situación, suceso, programa o fenómeno concreto.

La investigación se desarrollará en base a los principios establecidos por Menga Ludke³³:

- Los estudios de caso se dirigen al descubrimiento: se plantea que el investigador debe mantenerse atento a elementos principales o relevantes que pueden surgir en el proceso de investigación, ya que el conocimiento se mantiene en continua construcción y se rehace constantemente.

El presente trabajo de investigación se basará en conocer las experiencias de las enfermeras del área de pediatría del Hospital Regional Docente las Mercedes donde se pondrá énfasis a todo lo relevante que nos expresen para comprender la construcción de sus experiencias.

- Los estudios de caso buscan “retratar la realidad en forma amplia y profunda”. El investigador procura revelar la multiplicidad de dimensiones que presenta en una determinada situación o problema, enfocándolo como un todo. En el trabajo de

investigación las experiencias de las enfermeras en el cuidado cultural del niño procedente de la sierra andina con problemas respiratorios se realizarán a profundidad para una mejor comprensión como sujeto de estudio.

- Los estudios de caso usan una variedad de fuentes de información. El investigador recurrirá a varias fuentes de datos recolectados en diferentes momentos, diferentes situaciones y tipos de informantes. En la realización del trabajo de investigación se revisarán varias fuentes: libros, revistas, artículos, investigaciones para recolectar los datos con la única finalidad de enriquecer y profundizar en el objeto de estudio.

- Los estudios de caso “revelan experiencias secundarias pero importantes que permiten generalizaciones naturales”. El investigador procurará relatar sus experiencias durante el estudio de modo que el lector o usuario pueda hacer sus generalizaciones naturales. La generalización natural se produce en función del conocimiento experimentado del sujeto en el momento que se intenta asociar datos encontrados en el estudio con datos que son fruto de sus experiencias personales.

Por ello, en el trabajo de investigación se tendrá en cuenta expresiones personales de las enfermeras que se anunciarán en un lenguaje sencillo, que permitirá a los lectores relacionar los hallazgos científicos de esta investigación con sus propios conocimientos, para finalmente llegar a generalizaciones a través de sus propias experiencias.

Se puede decir que el caso fue construido durante el proceso de la investigación, materializándose el relato final, donde queda evidente que la investigadora brindó informe detallado tratando que no se aparte de la realidad estudiada y permita al lector hacer nuevas investigaciones sobre los cuidados culturales que brinda la enfermera al niño hospitalizado proveniente de la sierra andina, se recogió mediante una grabadora, en seguida se procedió a la transcripción de los mismos, y una vez obtenidas las unidades de significado cambiando de un lenguaje “emic” a “etic”, se trató la información recurriendo al análisis de contenido temático de los discursos, luego se elaboró las categorías y subcategorías para finalmente construir el informe de investigación con un lenguaje claro y sencillo para el lector.

En la presente investigación se tomará en cuenta las tres fases planteadas por Nisbett & Watt citado por Ludke³³:

- En la fase exploratoria se especifican los puntos críticos, establecer los contactos iniciales para entrar en el campo, localizar a las informantes con sus fuentes de datos, fundamental para la definición del objeto de investigación. Este primer momento se inicia con la problematización sobre los cuidados culturales que brinda la enfermera al niño con problemas respiratorios procedente de la sierra andina, interrogantes que generará el investigador partiendo de realidad observada, seguido de consultas bibliográficas.
- El segundo momento consiste en la recolección de la información, utilizando instrumentos, técnicas variadas, su elección es determinada por las características propias del objeto a estudiar. En la investigación se utilizará la entrevista semi estructurada para conocer las experiencias de las enfermeras que brinda cuidados culturales a los niños con problemas respiratorios procedentes de la sierra andina, cuyo fin será obtener información, escribirlos y leerlos detalladamente para tener una visión global del problema de estudio.
- El tercer momento lo constituye la elaboración del informe final previo transcripción, interpretación, clasificación y análisis de la información.

2.3 Sujetos de Investigación.

Los sujetos de estudio de la presente investigación, estuvieron conformados por 12 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 información³⁴. 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. Con especialidad en enfermería pediátrica 6

enfermeras, el resto de enfermeras con 20 años de labor asistencial en pediatría con habilidades, destrezas y experiencias proporcionada por los años de servicio. Así mismo, como criterio de inclusión se estimó sólo a las enfermeras a partir de cinco meses de labor asistencial en los servicios en mención. 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 nombre de flores.

Para mayor fiabilidad de la investigación se realizó la triangulación de los datos, para Hernández Sampieri³⁵, 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 entrevistó a las madres y/o traductores de los niños provenientes de la sierra andina hospitalizados con problemas respiratorios, en un total de cinco, 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 sobre la importancia del oxígeno, la suspensión de la comida o fórmula láctea, y/o el uso de nebulizadores o aerosolizadores, siempre responden que eso es muy malo y que su hijo se ahoga o no lo deja respirar. Con ellos también se utilizó la entrevista semi-estructurada a profundidad³⁶; y como criterio de inclusión se valoró que sea el padre del niño, que aceptó responder las preguntas planteadas.

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 o madre la letra mayúscula "P", así el primer padre entrevistado fue el código P1 hasta el quinto padre o madre con el código P5.

2.4 ESCENARIO DE LA INVESTIGACIÓN

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 investigación³⁷.

El servicio de pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes, lo conforman los servicios de lactantes, preescolares, está ubicado en Av. Luís González N°635- Chiclayo, es un hospital de tercer nivel que atiende a un número ilimitado de personas tanto de esta ciudad como también referidas de otros lugares. Históricamente fue creada oficialmente el 18 de diciembre de 1851, contando con 164 años de antigüedad. En la actualidad este hospital conserva su original distribución arquitectónica, tipo pabellones construidos con adobe y ladrillo, siendo calificado actualmente como el establecimiento del Ministerio de salud de mayor complejidad del servicio y de la región, correspondiéndole el nivel II-II en la escala de niveles de atención, considerado como establecimiento de referencia que atiende diferentes especialidades atendiendo a la comunidad en general y a través de seguro Integral de Salud (SIS) dados por el gobierno. El servicio de Preescolares consta de 11 cunas y 4 camas ahí se atienden a lactantes menores (desde un año de vida), preescolares, escolares y adolescentes, laborando 6 enfermeras en turnos rotativos de mañana tarde y noche, de igual forma el servicio de lactantes consta de 15 cunas y laboran 6 enfermeras en turnos rotativos, las patologías de estos niños son diversas como infectocontagiosas, metaxénicas, disentéricas, tuberculosis, VIH-sida, problemas respiratorias, oncológicas, sociales y otros.

El contexto: iluminación, ventilación, decoración son de acuerdo a su estructura antigua que posee este hospital y en relación a turnos de las enfermeras son mañana tarde y noche, además menciono los turnos de visitas familiares que son diarios y por las tardes permaneciendo con los niños hospitalizados los padres y/o familiares acompañantes y en relación a los niños que provienen de la sierra andina permanecen junto a su madre y traductores como ya se ha mencionado anteriormente.

2.5 Instrumento de Recolección de Datos

En la presente investigación se usó como instrumento de recolección de datos la entrevista semi estructurada³⁸, donde las investigadoras uso preguntas relacionadas al objeto de estudio, las que fueron grabadas en una grabadora y luego transferidos al ordenador, transcritas cada una de ellas, manteniendo el anonimato de los involucrados, fueron protegidas por seudónimo de flores para tomar el tamaño de muestra que se determinaron por saturación y redundancia, además se les dió el tiempo promedio de 15 a 20 minutos por cada entrevista y un ambiente adecuado, libre de interferencias como el tópico de enfermería. La entrevista a la enfermera se hizo dentro del escenario, cuando se encontrba disponible de tiempo, fuera de preocupaciones y momentos que no estuvo rodeada de familiares y/o equipo de salud o realizando procedimientos, preferentemente cuando decidió responder a las preguntas del entrevistador, previo a estas entrevistas las participantes firmaron el consentimiento informado que dio el primer paso al desarrollo de la entrevista.

Previo a la entrevista semi estructurada paso por juicio de expertos y luego fue validado a través de un estudio piloto después de la aprobación del comité de ética, instrumento que se aplicó a dos o tres participantes del estudio para evidenciar que las preguntas fueron comprensibles y las respuestas pertinentes al objeto de estudio.

Hernández²⁹, 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 rigen a las preguntas, su contenido, profundidad y formulación se encuentran en manos de la investigadora.

Igualmente, autor como León³⁹, da a conocer que la entrevista permite al investigador obtener información sobre un determinado problema y a partir de ahí se establecerá una lista de temas, en relación con los que se focaliza la entrevista, quedando está a libre discreción del entrevistador, quien podrá sondear razones y motivos, ayudando a establecer determinado factor, pero sin sujetarse a una estructura formalizada de antemano.

Para el desarrollo de la entrevista, la investigadora uso preguntas norteadoras relacionadas al objeto de estudio, éstas fueron grabadas en un MP4 de audio y luego transferidos al ordenador, transcritas cada una de ellas, manteniendo la confidencialidad y el anonimato de los involucrados, asignándoles un seudónimo a cada enfermera, igualmente para triangular y corroborar si lo que decían las enfermeras era verdadero se entrevistaron a los padres o madres de los niños procedentes de la sierra andina con problemas respiratorios, a quienes se les formuló preguntas similares de las enfermeras. Al respecto Pérez⁴⁰ 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 provenientes de la sierra andina.

2.6. Procedimiento

Después de contar con la aprobación por la Escuela de Post grado de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, se procedió a solicitar el permiso respectivo en la unidad de Investigación del HRDLM, para el acceso al servicio de pediatría: Lactantes, preescolares, posteriormente con los permisos respectivos se procedió a la selección de los sujetos de estudio según criterios de inclusión.

Para la aplicación del instrumento de recolección de datos, primero se procedió a dar conocer al sujeto de estudio los objetivos de la investigación y posterior a su aceptación firmaron el consentimiento informado. Se continuo con el uso de una grabadora para la realización de la entrevista en un lugar tranquilo para que la enfermera pueda expresarse libremente y en un lugar donde no haya factores distractores. Posterior a la entrevista se procedió a la transcripción respectiva con confidencialidad volviéndose a repreguntar a la entrevistada para garantizar la calidad de la investigación.

A cada sujeto de investigación se le otorgó un seudónimo que fue el nombre de una flor y a los padres con letra P de acuerdo al sexo con un sub número.

2.7. Análisis de Datos

Posterior a la recolección de la información a través de la entrevista semiestructurada a profundidad, se realizó el análisis detallado a través del ordenamiento de la información obtenida sintetizándola e interpretándola para luego darla a conocer. En una investigación cualitativa, lo principal será generar la comprensión del problema de investigación, por lo tanto, es importante porque los datos fueron analizados en forma inductiva, guiados por la literatura inscrita en el marco teórico de la investigación. Así mismo se citaron algunos autores para mayor comprensión del análisis.

La investigadora luego de haber culminado con las entrevistas realizó el tratamiento y análisis de datos, usando para ello el: Análisis de Contenido Temático. Esta estrategia en los diseños cualitativos, consiste en descontextualizar cada una de las entrevistas como un todo, realizando una codificación de los contenidos de las mismas, posterior a los datos textuales se descompone el cuerpo en unidades para proceder posteriormente a su agrupamiento en categorías siguiendo los criterios análogos, es decir considerando las similitudes o semejanzas que existieron en función de criterios pre establecidos.

El análisis de los datos para Rodríguez G. et al⁴¹, viene a ser el conjunto de manipulaciones, transformaciones, operaciones, reflexiones, comprobaciones que realizan sobre los datos preservando su naturaleza textual, poniendo en práctica la tarea de categorización y sin recurrir a las técnicas estadísticas, con el fin de extraer significado relevante en relación a un problema, así mismo autores como Burns³⁴, refieren ser como un conjunto de técnicas sistemáticas en la que siempre se tiene en cuenta los objetivos tanto de los mensajes como de la investigación que se realizó. En conclusión, el análisis temático, incluyó la lectura minuciosa de las declaraciones que permitió el análisis y luego de la categorización por descontextualización de la temática, se tomó en cuenta las siguientes etapas:

1. Pre-análisis: En esta etapa de organización del material se analizó, se diseñó y definió los ejes del plan, que permitió examinar los datos para la realización del análisis temático, para ello, se revisó los relatos escritos que se escucharon de 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 forma se pudo llegar a la comprensión lo que estaba pasando. Luego el material fue transcrito íntegramente, imprimiéndose para luego realizarse, las lecturas y relecturas repetidamente para tratar de comprender lo que las enfermeras expresaron permitiendo también la familiarización de la investigadora con el contenido y la información vertida.

2. Codificación: En esta etapa se realizó una transformación de los datos brutos emic (el material original) a los datos útiles etic o unidades temáticas. Las operaciones implicadas en esta etapa fueron la fragmentación del texto, es decir, se estableció 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. Para mejor comprensión citaré a Domínguez y Tanaka⁴², argumentando que la codificación es el tratamiento del material; correspondiendo a una transformación de los datos brutos del texto por recorte, agregación y enumeración permitiendo obtener una representación del contenido, estas acciones tendrán como objetivos fragmentar y comprender el texto de donde se obtuvo las unidades de significado temático y otros.

3. Categorización: en esta etapa se organizó y clasificó las unidades obtenidas en base a criterios de diferenciación, luego se agruparán y reagruparan y organizaran unidades de significado de donde emergieron las categorías previas, donde algunas de ellas pasaron a ser sub categorías, luego se volvieron a reagrupar por criterio de similitud formando en un primer momento categorías y luego de ser revisadas y profundizadas emergieron sub categorías. Los contenidos importantes de todos estos, contienen 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 tomaron el máximo cuidado para no alterar el contenido de ellos con la finalidad única de ser entendibles para el lector.

Finalmente se realizó las consideraciones finales de la investigación, donde se percibieron los objetivos alcanzados y los aportes epistemológicos conceptuales para el cuidado cultural que las enfermeras brinden a los niños con problemas respiratorios provenientes de la sierra andina, ya que fue comprensible que estos niños muchas veces traen complicaciones por las creencias, costumbres y cultura diferente de sus padres heredadas por sus ancestros.

2.8. CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO

Durante toda la investigación se trabajó con los criterios fundamentales de científicidad, donde se hizo uso de la coherencia, consistencia y pertinencia.

Según Morse⁴³ y Tello⁴⁴, los criterios que comúnmente se consideraron para evaluar la calidad científica de un estudio cualitativo son la credibilidad, la auditabilidad o confirmabilidad y la transferibilidad o aplicabilidad.

Credibilidad: Los datos obtenidos de las entrevistas son reconocidos como reales o verdaderos, equivale a la confiabilidad, consiste en la comprobación por parte de un investigador externo de la adecuación de la estrategia seguida, la calidad de la información recolectada, la coherencia interna de los datos, la relación entre estos y las interpretaciones realizadas. Los datos que se obtuvieron durante la investigación tuvieron coherencia, llegando a conclusiones estrictamente proporcionadas por los sujetos de estudio, logrando así el principio de confiabilidad.

Auditabilidad: Se procuró la objetividad-neutralidad de la información recolectada dejando de lado los prejuicios de las investigadoras. La información recabada es lo encontrado en la realidad y no una elaboración de la misma, ya que si bien es cierto, el investigador al recoger los datos interacciona con la realidad, debe procurar que la información sea conservada y no se añadan datos que tergiversen los verdaderos objetivos que se pretenden alcanzar con la investigación. Además de ello las fuentes teóricas consultadas contaron con sustento científico que den mayor soporte y autenticidad a la investigación.

Transferibilidad o aplicabilidad: Consiste en la posibilidad de transferir los resultados a otros grupos o contextos, se le conoce también, como generalización naturalista. Al realizar una investigación tras un rigor científico, los datos obtenidos serán utilizados para la generalización a nivel de toda la población y durante otros tiempos. Este trabajo fue realizado con altura científica, garantizando la transferencia hacia poblaciones con características semejantes al de esta investigación, con el fin de lograr la calidad de su salud en las familias, describiendo y analizando su cultura, aspectos necesarios en el cuidado de Enfermería.

3.9 CRITERIOS ETICOS

Los criterios éticos del presente proyecto estarán fundamentados en los principios de: Sgreccia E⁴⁵, menciona que bajo la concepción ontológica personalista en el ámbito de la meta-bioética es relevante defender el respeto y la tutela de la vida humana en toda su manifestación. Sobre la base del concepto ontológico de persona se justifican y se presentan 4 principios fundamentales de la bioética personalista: el valor fundamental de la vida, el principio de totalidad o principio terapéutico, principio de libertad y responsabilidad; y también, el principio de socialidad y de subsidiariedad.

En el caso, del presente proyecto de investigación, los principios que se ajustan y se consideraran en la investigación planteada son:

El primero hizo referencia al valor fundamental de la vida, su dignidad, sacralizada y respeto absoluto, en la investigación considerándose en todo momentos a los sujetos de estudio es decir a las enfermeras del servicio de pediatría del HRDLM como seres humanos con autoconciencia de si misma, como centros unitarios, capaces de tomar decisiones, dignas de respeto por lo tanto no se les utilizará como simples recursos para obtener información sino que se tomó en cuenta su participación libre y voluntaria no se le disminuirá en ningún momento su grandeza y valor, y si en algún momento deciden retirarse de la investigación se aceptará . Por su parte la investigadora procurará siempre buscar la verdad, para lo cual se contará con el consentimiento libre y voluntario de los sujetos de estudio.

El segundo principio, contempla la libertad y la responsabilidad, en la presente investigación científica Cuidado que brinda la enfermera al niño hospitalizado con problemas respiratorios proveniente de la sierra andina, el uso de la libertad involucró a la investigadora utilizando su yo libre de manera responsable no viendo al sujeto de investigación como simple muestra de los sujetos de estudio que contribuirían para el logro de la investigación, sino que, tendrá en cuenta que las enfermeras participantes tienen derechos y son dignas de respeto, y por tanto se conducirá con responsabilidad éticamente frente a sus maneras de cuidar a los niños provenientes de la sierra andina y de comunicarse con sus madres, así como también en el momento de determinar los criterios de inclusión y exclusión como en el rigor de la investigación científica.

Con relación al tercer principio denominado de totalidad o principio terapéutico, involucró que la investigación no produjo daño por el contrario ayudó a mejorar el cuidado cultural brindado por la enfermera, sin embargo durante el desarrollo de la investigación científica la investigadora se mantuvo atenta y detectó momentos de la aplicación de los instrumentos de investigación, ya que los participantes de la investigación experimentaron situaciones crítica que se suspendieron en la recolección de información hasta cuando el participante quiso continuar.

Finalmente conviene referirse al principio de socialización y subsidiariedad, a través de este principio se mueve a todas las personas a realizarse a sí misma en la participación de la realización de sus semejantes. En el caso de la salud se considera la propia vida y la de los demás como un bien que no es sólo personal sino también social, mucho más referente al cuidado cultural que brinda la enfermera al niño proveniente de la sierra andina y que padece de alguna enfermedad respiratoria a promover el bien común promoviendo el bien de cada uno, sin discriminación de edad, sexo, religión, situación social, económica o cultural. A través de este principio la investigadora se vio comprometida a difundir y explicar los resultados y beneficios de la investigación tanto a los sujetos de investigación como las instituciones con similitud de contexto para que reflexionen sobre el tema investigado.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Después de todo, el proceso investigativo se pudo evidenciar, que el cuidado cultural de la enfermera al niño hospitalizado procedente de la sierra andina, desencadena diferentes preocupaciones y responsabilidades en las enfermeras debido a la cultura y creencias que los niños junto a sus padres han heredado desde sus ancestros, para curar empíricamente sus enfermedades especialmente las respiratorias.

Al reflexionar sobre el cuidado cultural de la enfermera a los niños hospitalizados procedente de la sierra andina se evidenció que la Enfermera brinda cuidados culturales no solo al niño procedente de la sierra andina sino, su cuidado siempre es cultural porque, basta que cualesquiera de estos niños tengan alguna creencia diferente su cuidado ya es cultural, por lo tanto, ella cuida sin estructura metodológica, ni protocolo que la guíe porque el cuidado no es indicado sino aplicado con principios éticos y científicos, surgiendo las categorías y sub categorías:

1.DIVERGENCIAS EN EL CUIDADO ENFERMERO (A) AL NIÑO DE LA SIERRA ANDINA CON PROBLEMAS RESPIRATORIOS.

- a) Resistencias culturales de los padres frente al modelo biólogo.
- b) Predominio del cuidado enfermero (a)
- c). Separación entre las creencias culturales y exigencias del cuidado.

2. REFLEXIONANDO SOBRE EL CUIDADO CULTURAL DE LA ENFERMERA.

- a) Preservación, negociación y reestructuración de los valores, creencias y prácticas del niño de la sierra andina.
- b) Incluyendo al familiar acompañante en el cuidado durante la hospitalización.

3. INTERCULTURALIDAD ENFERMERA - FAMILIAR DEL NIÑO DE LA SIERRA ANDINA.

1. DIVERGENCIAS EN EL CUIDADO ENFERMERO (A) AL NIÑO DE LA SIERRA ANDINA CON PROBLEMAS RESPIRATORIOS.

El Cuidado Cultural de Enfermería es un oportuno y relevante campo para el estudio y las prácticas de enfermería^{46,47}. De hecho, la relevancia del cuidado cultural en los sistemas de asistencia de Enfermería permite al profesional de esta disciplina realizar un análisis integral del individuo, teniendo en cuenta tanto la enfermedad, así como los aspectos socioculturales y religiosos. Cada individuo interioriza y aplica su cuidado según sus costumbres, sus creencias, y desde el inicio del mundo estas técnicas de alguna manera les ha servido para sobrevivir y mantenerse en el tiempo. Por consiguiente, los Cuidados de Enfermería deben tener presente estos postulados.

Sin embargo, en los contextos de cuidado de la enfermera al niño que proviene de la sierra andina con problemas respiratorias, surgen situaciones inevitables provocadas por las condiciones físicas y emocionales al no comprender o reconocer todas las creencias y costumbres que estos niños heredaron desde sus antepasados para curar y restablecer su salud como: usar frotaciones, yerbas, el uso del vick vaporub o algunos objetos colgados a su cuello como el alcanfor, creando disconformidades a la madre o padre que acompaña al niño durante su hospitalización, porque la enfermera tiene que retirarle todo incluyendo hasta la ropa para colocarle ropa adecuada del servicio de pediatría y proceder a cumplir con el tratamiento indicado como nebulizar, inhalarlo o colocarle oxígeno, creándose desde luego divergencias en el cuidado porque estos padres por sus cuestiones culturales creen que la enfermera le puede causar mayor daño a su niño negándose muchas veces a la realización de esta terapia, o simplemente no colaborar y contradiciendo las disposiciones de la enfermera.

Esta acción de la enfermera al brindar cuidados al niño proveniente de la sierra andina con problemas respiratorios es criticada por Leininnger⁴⁸ 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 durante la exigencia que la enfermera tiene cuando estos niños reciben terapias inhalatorias como nebulización e inhalación, ofreciendo resistencia y los padres también se niegan a este tipo de terapia porque la enfermera no les explica la importancia del tratamiento para mejorar su salud, simplemente les responden es parte del tratamiento y se le tiene que realizar.

Por todo lo comentado anteriormente se puede decir que, los comportamientos del cuidado de la enfermera deben generar empatía, confianza, y socialización, mediante acciones basadas en sus conocimientos y por su pericia en la comunicación, orientación, información, educación al niño y a su familiar que acompaña a este niño que proviene de la sierra andina, haciéndose indispensables en la calidez de su cuidado que brinda respetando la dignidad humana de estas personas, y no debe existir divergencias o discrepancias. En ese sentido, Benner y Wrubel afirman que el cuidado es la esencia para el ejercicio eficaz de la enfermera. Por lo tanto, su cuidado nunca puede reducirse a la mera técnica y al conocimiento científico, porque el humor, el enojo el cariño la administración de medicamentos e incluso la enseñanza del paciente tienen distintas consecuencias en un contexto cuidador frente a otro que no lo es”⁴⁹.

Cabe mencionar que el cuidado es una acción propia del profesional de enfermería y se define como la interacción que la enfermera(o) realiza con otras personas con el fin de promover su salud, prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar las enfermedades que puedan padecer. Asimismo, los propósitos que la enfermera busca intencionalmente al interactuar con ellos son el bienestar, la calidad de vida y el desarrollo humano y social a través de acciones de promoción de la salud y de atención de la enfermedad⁵⁰, porque además el acto de cuidar no se limita solo a satisfacer las necesidades físicas más inmediatas, según Colliere "cuidar es ante todo un acto de vida, representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y a facilitar las condiciones para la realización del proceso vital humano. Cuidar significa movilizar las capacidades del ser humano bien sea en estado de salud o enfermedad, teniendo en cuenta sus costumbres para lograr su crecimiento y desarrollo desde el nacimiento hasta la muerte, exigiendo del cuidador el desarrollo de numerosas capacidades de percepción, comprensión, así como de ingenio, inventiva y creatividad”⁵¹.

En otro orden de ideas, Leininger, insta a buscar, descubrir, comprender e interpretar las circunstancias del comportamiento de las personas en torno al cuidado; en esa exploración juiciosa las mismas personas se comprometen 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 frente al cuidado de sus hijos⁵². Sin embargo, las creencias de estas madres que cuidan a sus hijos durante la hospitalización, crean una actitud mental que voluntariamente las lleva a una actuación enérgica y negativa, rechazando el tratamiento que la enfermera aplica al niño por presentar problemas respiratorios, escuchándoles decir: “Se puede ahogar, no lo deja respirar, llora mucho, no quiero que le ponga, se asusta mucho, entre otros comentarios, surgiendo de esta forma la siguiente sub categoría:

a) Resistencias culturales de los padres frente al modelo biólogo.

Para Leninger⁵³, cuando los profesionales trabajan con culturas que les resultan extrañas donde se manejan valores diferentes sobre la asistencia o las expectativas de cuidados, se detectarán 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.

Desde la reflexión de la cultura mirar el cuidado a un niño que proviene de la sierra andina con problemas respiratorios, implica comprender que es inseparable y propio de sus padres que, para curarlo, primero utilizaron sus yerbas, frotaciones acompañados de costumbres y creencias heredada desde sus antepasados ya que 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. Los cuidados constituyen la esencia de la enfermería y es un elemento central, dominante y distintivo de esta disciplina. Además 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, las apreciaciones de Murrain⁵⁴ es buscar un punto medio entre el conocimiento profesional, es decir lo que 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 el tipo de tratamiento que le aplica a su hijo como nebulizaciones, inhalaciones y hasta oxigenoterapia por lo complicado que está la salud del niño, sin embargo la enfermera del área de pediatría del hospital en mención a través de estos discursos manifiesta lo siguiente:

“...Los padres de estos niños se resisten a la administración de oxígeno...le suben la cánula sobre su nariz manifestando que no pueden respirar...rechazan la nebulización y siempre dicen no se mejora...” **Girasol**

“... Siempre guardan sus frotaciones por debajo de sus ropas y le pasan en el pacho...le digo no le pongas porque la medicina lo cura, solo escuchan y cuando tengo que hacer terapia de rescate siempre dicen espere un rato está cansado...” **Tulipán.**

“...Cuando lo nebulizo voy conversando con ellos y preguntan si mejor es frotarlos o ponerles vick vaporrup porque ellos siempre usan...tiene fiebre no quieren retirarle los cobertores siempre lo abrigan más y sacan su vinagre bully...siempre se resisten al tratamiento...” **Geranio**

Estos discursos nos aclaran que la resistencia cultural por parte de los padres de estos niños al insistir en usar sus frotaciones o al no aceptar parte del tratamiento médico, es herencia ancestral, y el cuidado que la enfermera le brinda debe ser congruente, con su cultura, es decir, nunca criticarlos ni rechazarlos simplemente negociar con sus creencias y costumbres para que acepten recibir el tratamiento.

Del mismo modo el modelo biólogo, es un modelo extremadamente limitador para la enfermera porque ella tiene que cumplir por ser indicación médica, pues considera una única esfera del ser humano, la esfera fisiológica. Una de sus

características, fundamentalmente según las explicaciones de Lima⁵⁵ es considerar sólo factores biológicos 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 herencia cultural arraigada.

Sobre este modelo algunos autores⁵⁶ señalan que, 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. Igualmente, sucede en enfermería cuando opta por el modelo biologista, el cuidado es sólo clínico, centrado en la cura del cuerpo tratado a través de partes, al respecto Monroy⁵⁷ 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 como se evidencia en estos discursos:

“...Solamente les doy su tratamiento como parte de mi cuidado, no brindo otro cuidado porque no me entienden y piensan que en lugar de curarlos los hago llorar, mejor me limito para que no piensen que les hago daño...” **Jazmín**

“...cuando yo doy este cuidado tengo que hacerlo con mucha delicadeza, siempre trato de llegar a ellos para que se sienta satisfecha, se sientan contentos y piensen que lo que yo le estoy haciendo lo estoy haciendo con amor, lo estoy haciendo con compromiso ...Brindar apoyo, proporcionar cuidado a una persona, ser empático y evitar que rechacen el tratamiento...” **Rosa**

Al respecto, al analizar estos discurso nos describen que las enfermeras que laboran en el área de pediatría del hospital en mención, se preocupan más por la parte física del niño y no de su cultura, mostrando que el cuidado es unilateral, fregmentado y hasta despersonalizado porque deja de lado la cultura del niño y su familia.

Tener conocimiento del cuidado implica analizar la estructura, compromiso y utilidad que le da enfermería a su quehacer, mediante el razonamiento y la realización de acciones que permita favorecer a una persona necesitada de cuidados. Este se consigue mediante la experiencia personal, la observación y el amor a lo que se hace. Por lo tanto, la enfermera tiene que tener perspicacia para brindar sus cuidados culturales, es decir reflejar su arte de cuidar. Sin embargo, Vargas⁵⁸, expresa que el conocimiento del cuidado es verdadero si su contenido concuerda con el objeto de cuidar permitiendo expresar que la enfermera debe conocer, su profesión con un sentido de pertenencia lo cual plasmara a través de sus actos, su sentir de lo que es el cuidado y el valor que ella le da cuando cuida.

Por lo tanto, 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, sin embargo, la enfermera que brinda su cuidado cultural al niño que proviene de la sierra andina con enfermedad respiratoria, manifiesta a través de sus discursos que sus cuidados no tienen excepciones:

“...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...” Clavel

“... el niño llora cuando recibe terapia inhalatoria y la madre seniega que continué con el tratamiento siempre dice está llorando...no le gusta, mejor déjelo así, insisto y luego le dan de mamar y hablan en su idioma con el padre del niño solo moviendo la cabeza y definitivamente tengo que esperar...” Rosa

“...Como a todos los niños administro su tratamiento, cuando no se dejan nebulizar informo al médico, pero otras veces tengo que recurrir a mi creatividad, a los padres les digo que si reciben este tratamiento se van pronto a su casa, y si son grandecitos les digo, que si se dejan nebulizar se van a ir donde viven sus hermanitos...” Violeta.

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 pan dimensionalidad, sin embargo al estar el cuidado direccionado sólo a los tratamiento, la enfermera experimenta un abismo entre los procedimientos que realiza y el descuido en la parte emocional de los niños.

De igual manera, para corroborar estos discursos me permito a triangular los datos con la manifestación de 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 porque le ponen esa máscara a mi hijito, les digo se está ahogando y solo me miran ... para las medicinas solo me dicen es hora de colocarle, hay que ajustarlo bien fuerte para que no se saque y no les importa si llora...”P3

“... Ellas, las señoritas no nos entienden, mi hijito está dormido y lo levantan a cada rato para colocarle esa máscara que se asusta y llora...ya no duerme...”P4

“...no le dan de comer...llora de hambre y las enfermeras solo dicen no puede respirar y el médico no le ha indicado...entonces como se va a sanar si solo le ponen suero frío...”P5

Los padres de los niños, con sus costumbres habituales propias son negativos al afirmar que la enfermera no les explica refiriéndose al tratamiento administrado a sus hijos y esto 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 tratamiento, la enfermera acude al predominio de sus cuidados emergiendo la siguiente subcategoría:

b) Predominio del cuidado enfermero (a)

Cuando nos referimos al predominio del cuidado de la enfermera hacia la persona hospitalizada, nos referimos a la dificultad que impide la comprensión de la cultura de otro pueblo o etnocentrismo⁵⁹, que es la convicción, la manera cómo uno hace las cosas en su propio grupo cultural, creyendo ser la mejor o la única correcta, estas formas de actuar, algunas veces se basa en la falta de familiaridad con el significado de otras prácticas o de otros sistemas culturales o puede ser simplemente un viejo sentimiento de superioridad ya que este predominio puede expresarse verbalmente o a través de actitudes no verbales de superioridad, imponiendo nuestros propios valores y dogmas hacia los demás, ya que si no somos conscientes de nuestras propias creencias y valores, corremos el riesgo de ser impositivos en el cuidado que brindamos al niño que proviene de la sierra andina, lleno de creencias y costumbres impartidos por sus padres. No obstante, el hecho de ser conscientes de ello no asegura que nuestras intervenciones sean culturalmente convenientes. Este predominio se manifiesta a través de los discursos de la enfermera cuando administra el tratamiento para sus problemas respiratorios:

*“...Solo les digo siéntelo que lo voy a nebulizar, me miran y les enseño la máscara colocada casi en mi cara para que me entiendan...se niegan, y solo les digo es para que respiren mejor y luego dicen ya hágalo despacio...” **Rosa***

“... les ordeno que no le den nada de tomar porque se pueden ahogar, dicen tienen hambre y luego exijo que no le dejen nada de comer al niño porque respira muy rápido...” Clavel

Estos discursos nos aclaran que una actitud cuidadora no se ha transmitido de una generación a otra por la herencia genética sino mediante la cultura de una profesión como un único sistema de adaptarse a su medio. Los cuidados enfermeros siempre han tenido una posición cuidadora frente a los otros seres humanos pero sin dejar de lado la herencia cultural de estos niños que llegan desde la sierra llenos de creencias y costumbres ancestrales.

Del mismo modo este predominio de la enfermera al brindar cuidados al niño proveniente de la sierra andina con problemas respiratorios es criticado por Leininnger⁶⁰, 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 excesivamente predominante direccionando mayor interés a lo procedimental como se puede apreciar durante la exigencia que la enfermera tiene cuando estos niños reciben terapias inhalatorias como nebulización e inhalación, ofreciendo resistencia y los padres también se niegan a este tipo de terapia porque la enfermera no les explica la importancia del tratamiento para mejorar su salud, simplemente les responden es parte del tratamiento y se le tiene que realizar.

Corroborando los discursos de las enfermeras con los discursos de los padres al respecto ellos comentan:

“...La señorita es muy dura quiere que lo despierten ...le digo recién se durmió y ella no nos hace caso, le sigue colocando el oxígeno o si no le colocan el suero en otro brazo...está bien y solo dice tiene muchos días...” P₁

“...Algunas son buenas y nos conversan... otras nos sacan donde le ponen la aguja el bebito llora y no quiere que su mamá le de de mamar...tengomiedo que se ponga mal...” P₃

Estos discursos nos aclaran que existe diferencia cultural durante el cuidado, creando tensiones, inseguridad e indiferencias cuando aplica sus cuidados percibidos por los padres con emociones negativas como la enfermera es mala cuando los trata. Teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, se logró obtener la siguiente subcategoría, la cual está basada en la separación que existe entre las creencias culturales y exigencias del cuidado.

c). Separación entre las creencias culturales y exigencias del cuidado.

La enfermera advierte separaciones entre las creencias de los padres de los niños que provienen de la sierra andina por falta de formación antropológica, porque para ellas estas creencias obstaculizan conocer en plenitud a quien cuidan, sin embargo Leininger⁶¹ reconoce a la enfermería como arte y ciencia aprendida y 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, psico cultural 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 porque no los entienden o porque son reacios, situación que debería estar superada porque ellas cuidan a esta población infantil desde que estas zonas tienen acceso a este hospital.

Los cuidados que brindan las propias enfermeras del servicio de pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes a los niños que proceden de la sierra andina con problemas respiratorios severos, los reconocen como carentes de holismo como se evidencia en los discursos:

“...a veces no les brindamos el cuidado pertinente, 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...” **Girasol**

“...cuidados holísticos como siempre hablamos en enfermería no se cumple con estos niños, porque sus padres no brindan confianza, entonces no podemos interactuar como se hace

siempre con el resto, no podemos explicarles a cada momento porque ellos siempre insiste en colocarles sus frotaciones, o sus bebidas o les dan bebidas que ellos tienen calladito...” Geranio

Al respecto estos discursos nos revelan que la enfermera no cumple con el objetivo de su cuidado en ayudarlos a conseguir los objetivos generales como serenidad y satisfacción personal, ella, para ser eficaz sus actuaciones debe examinar sus propias creencias y valores personales ayudándolos a entender la importancia del tratamiento que su hijo debe recibir, sin dejar de lado sus costumbres y creencias culturales.

Al hablar del cuidado cultural, Leininger⁶² 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 cuidados culturales de la enfermera al niño hospitalizado proveniente de la sierra andina con problemas respiratorios, la enfermera encuentra que el cuidado que proporcionan discrepa con intransigencia propia de una creencia y cultura heredada que trae como resultados prescindir del cuidado de la totalidad emergiendo la categoría.

2. REFLEXIONANDO SOBRE EL CUIDADO CULTURAL DE LA ENFERMERA.

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 utilizando sus puntos de vista étnicos, sus conocimientos y sus prácticas en unión con una ética apropiada como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes culturales; también los cuidados culturales conforman la teoría integral de enfermería más amplia que existe, 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).

Los cuidados culturales se ven reflejados en las prácticas realizadas durante el cuidado que brinda la enfermera, respetando siempre sus costumbres, creencias heredadas, 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. Leininger⁶³ 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.

Así mismo, la enfermera del servicio de pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes cuando cuida al niño que viene de la sierra andina con problemas respiratorios graves considera una perspectiva humana y holística en su disciplina como un eje central, sintiendo la necesidad de profundizar el cuidado cultural para no tener barreras al momento de interactuar con el niño y su familiar acompañante, respetándolo, y aceptando sus creencias y costumbres, así mismo explicándoles con simples palabras para que nos entiendan y evitando en todo momento el lenguaje corporal como se leen en estos discursos:

“...debemos comprender sus costumbres para poderlos ayudar y sentir que verdaderamente les brindamos cuidados de enfermería...vienen con mala higiene, pero no debemos criticarlos ni reclamarles... solo enseñarles poco a poco”
Jazmín

“...Conocerlos poco a poco como son sus costumbres...como se curan o mejor dicho como se curan los problemas bronquiales...si saben reconocer cuando tienen fiebre...enseñarles que la fiebre no se abriga, que el baño es bueno... si usan sus pajitas enseñarles que con esa agüita de las pajitas los bañen...es aprender sus costumbres...”
Girasol

“...aprender, aunque sea a entender el quechua o como interpretar su lenguaje con una sonrisa...abrazarlos o colocarles mi brazo sobre su hombro es darles más confianza para que ayuden a la hora de nebulizar a su niño...explicarles para que sirve nebulizar o inhalar con palabras de acuerdo como lo entienden...” **Geranio**

Cuidar a estos niños que llegan de la sierra andina con problemas respiratorios, tiene un valor esencial, porque no es posible cuidarlos desde la frialdad de la distancia. Cuidar es interrelacionarse con la persona cuidada. La relación dialógica con el paciente enriquece la práctica cuidadora involucrándose profesionalmente como lo mencionan los discursos, pues debemos ejercer la profesión con humanidad y compasión más allá de la necesaria amabilidad y buen trato hacia el paciente, se requiere en circunstancias de vulnerabilidad y de dolor una actitud compasiva por parte de la enfermera como lo mencionan en sus discursos.

Al respecto, Leininger⁶⁴ definió 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.

Así mismo esta autora también describe en su teoría que la enfermería transcultural como una de las grandes áreas de enfermería, 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 y o universal.

Cabe mencionar que 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 Boff⁶⁵, 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 como son los problemas serios del aparato respiratorio como neumonías, bronconeumonías, síndromes de distrés respiratorios muy severos entre otros problemas, convirtiéndose en una relación tensa y conflictiva cuando la enfermera no ayuda a estos niños y padres que lo acompañan para salir de estas crisis por sus creencias y costumbres que poseen, surgiendo así la siguiente sub categoría:

a) Preservación, negociación y reestructuración de los valores, creencias y prácticas del niño de la sierra andina.

La diversidad de costumbres y formas de vida es propia de una sociedad multicultural, caracterizada por estilos de vida y diferencias políticas y religiosas, en consecuencia, los procesos relacionados con la salud – enfermedad no pueden abstraerse de esta realidad pluralista, donde esta diversidad, como fuerza positiva, desafía a comprender nuestras diferencias personales, mientras reconocemos nuestras similitudes en los valores y necesidades humanas, por lo tanto se debe incorporar en el quehacer de enfermería un pensamiento transcultural que induzca a tener conciencia de la complejidad humana, con lo cual no se reducirá al ser humano a la mínima parte de sí mismo, ni al peor fragmento de su pasado, sino que se descubrirá los múltiples aspectos que cada ser trae en su condición de humano⁶⁶.

Así mismo, Leininger, 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 preservación, negociación y reestructuración de los valores, creencias⁶⁷. Preservar o conservar los cuidados, es afianzar los cuidados y prácticas de estos niños provenientes de la sierra andina con problemas respiratorios, la investigadora asume que todas sus creencias son relevantes porque contribuyen a mejorar su calidad de vida; es decir ayudarlos o enseñarles todo lo que es dañino en la cura las enfermedades como el uso de frotaciones tóxicas, pomadas, jarabes hechos de hierbas de su lugar

porque reconoce que las grandes distancias donde viven no les permite llegar a los puestos de salud, y por lo tanto se obligan a utilizar todo lo ya mencionado como se leen en los siguientes discursos:

“... les enseño que el kerosene es malo para la persona por produce más daño en los pulmones...me escuchan y aprenden a inhalarlo con la aero cámara...” **Violeta**

“... si te entienden, hay que comprenderlos que viven en lugares muy alejados, que sus costumbres son muy fuertes o que respetan a sus mayores porque de ellos aprenden a vivir... se les pregunta que yerbas usan o como les dan para enseñarles que no todas son buenas para los bronquios...” **Rosa**

“... Ellos menciona que cuando su familia se enferma de gripes fuertes hacen jarabes de hierbitas conocidas y lo toman calentito..., los frotan y si hay dolor en la espalda les colocan ventosas para sacarles el dolor de la espalda...les enseño que es bueno siempre que no se cause daño como quemaduras...” **Tulipán**

“... siempre usa el alcanfor, el tilo caliente, y a veces el kerosene calentito para frotaciones en la espaldita de su niño...sé que lo seguirán usando, pero tengo que explicarles bonito que no todo lo que usan es bueno y por eso se complican y los tienen que traer...” **Azucena**

Con estos discursos la enfermera nos demuestra que a para cuidar a estos niños lo hace de una manera sensible, y congruente con la cultura que ellos poseen, ciertamente, abordándolo con una mirada comprensiva preservándolo y a su vez negociando para reestructuralo sin que causen daño ni complicaciones.

Al respecto Leininger, insta a buscar, descubrir, comprender e interpretar las circunstancias del comportamiento de las personas en torno al cuidado. Para esta autora la cultura es “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 nuestras maneras de pensar y actuar”⁶⁸ de esta forma la investigadora asume que las enfermeras del servicio de pediatría del HRD Las

Mercedes preservan las creencias culturales de estos niños especialmente de sus padres llegando también a negociar como se leen en estos discursos:

“... si le sacas el collarcito de ajo, el jarabe lo va a reemplazar... el suero no lo podemos tibiarse, pero la leche que le damos es calentita y lo abriga...”

Geranio

“... le voy a enseñar cómo se coloca esta cámara para que este humito les llegue a sus pulmoncitos y no pongas ventosas porque esto es mejor...”

Azucena

La adaptación o la negociación de los cuidados culturales, son las actividades de asistencia de fácil adaptación ajustándose a la salud y al estilo de vida de cada persona. Negociar los cuidados culturales con los padres del niño que proviene de la sierra andina con problemas respiratorios, es lograr la aceptación de los cuidados que la enfermera le brinda durante la hospitalización, de esta manera la enfermera hará flexible a los padres de estos niños de tal forma que negociar es enseñar y aprender de sus costumbres de ellos.

Leininger citado por Ibarra⁶⁹ argumenta que los cuidados de enfermería deben ser coherentes culturalmente adecuados, porque todos los actos y decisiones de asistencia como: apoyo facilitación o capacitación que se ajustan cognitivamente a los valores culturales, creencias y modos de vida de los individuos, grupos o instituciones siempre deben ser brindados con el fin de suministrar o apoyar servicios de bienestar o cuidados sanitarios significativos, provechosos y satisfactorios, todas estas capacidades debe tener la enfermera para comprender los pensamientos y emociones de las personas y la comunidad, incluida su cultura, que les proporcionará estándares para interpretar y juzgar acciones complejas o sencillas que le permitan brindar un cuidado sin prejuicios⁷⁰.

Para comprender mejor el cuidado cultural que la enfermera brinda al niño que proviene de la sierra andina con problemas respiratorios es necesario analizar los discursos de los padres al reflexionar y/o entender como lo cuida la enfermera a través de estos discursos:

“... cuando recién lo traje a mi hijito no entendía porque la enfermera no quería que le diera de comer...ahora entiendo y la señorita me enseña como debo de cuidar a mi hijo cuando respira rápido...movía mucho sus costillitas y ahora ya no...ya no le pone oxígeno porque dice ya pronto te vas a tu tierra...”P₃

“...Me ha regalado un termómetro y me hace polocarle a mi hijita...siempre me enseña para que vea la fiebre y he aprendido...también yo le pongo la mascarita porque cuando me vaya a mi casa dice que tengo que seguirhaciendole...”P₄

Estos discursos nos muestran que la enfermera logra negociar, y reestructurar la cultura y costumbres de estas personas demostrando que ella tiene amplia experiencia sin omitir sus creencias, los entiende y respeta orientándolos a ser comunicadores en lo que ella les enseña y ellos aprenden.

Así mismo la remodelación o reestructuración de cuidados culturales, son 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 traen estos niños de la sierra andina no se puede remodelar, pero si se les puede concientizar porque esta herencia ancestral vive dentro de ellos es un mundo andino donde la enfermera en su afán de cuidarlos los puede guiar u orientar, pero no los puede cambiar, surgiendo la siguiente sub categoría:

b) Incluyendo al familiar acompañante en el cuidado durante la hospitalización.

La familia es unidad de vida, sus modificaciones y alteraciones afectan su dinámica interna y muestran una estrecha relación entre la salud, la organización y las actitudes del grupo familiar. Así mismo La enfermedad aumenta la dependencia entre el enfermo y la familia, se manifiesta con solicitudes de atención y cuidados, con expresiones de temor y duda, manifestaciones que cumplen una función protectora contra la angustia. Todas estas condiciones afectivas y sociales influyen en la evolución del paciente; tener a su lado a un familiar hace sentir más seguro, protegido,

escuchado, tenido en cuenta y apoyado convirtiéndose este hecho, en el principal canal de comunicación entre el equipo de enfermería, la persona y los otros integrantes de la familia⁷¹.

Cabe mencionar que trasladarse desde una sierra andina llena de creencias y costumbres hasta este centro hospitalario, él niño y su familia, traen consigo parte de su pueblo que es su cultura, con ello costumbres, creencias, valores, religión, educación que en muchos de los casos es escaso en decir que no gozan de un nivel educativo adecuado porque sus padres no les obligan o porque el maestro no llega. Por ello es que el familiar cuidador del niño es excluido porque no puede contribuir en el cuidado biológico de su niño durante la hospitalización.

Al respecto Antón N⁷², menciona que la familia es un ente cuidador, la familia protege, rehabilita y apoya, porque asume gran parte de todos los procesos de enfermedad, desde el primer síntoma hasta el último. A la familia se le debe considerar porque es parte del sistema de salud, tanto cuando está en su lugar, como dentro del ámbito hospitalario, por que asume las tareas que el sistema delega en ella, sin ningún tipo de interés, por lo tanto, la investigadora al analizar este concepto asume que el familiar no debe ser excluido del cuidado.

Por lo tanto, si la enfermera que labora en el área de pediatría del Hospital Regional Docente Las Mercedes tendría en cuenta las creencias y costumbres de estos niños que migraron junto a sus padres por padecer de problemas respiratorios sería de mucha ayuda y apoyo por la contribución a su adaptación al ambiente hospitalario y recuperación porque muchos de ellos es su primera vez que salieron de sus comunidades para llegar a una ciudad con tanta modernidad.

Incluir a los padres del niño que migra de la sierra andina, es de vital importancia porque la enfermera al realizar procesos educativos dirigidos a los familiares como observación si el niño respira rápido, si no quiere mamar o comer, si presenta algunos signos que la enfermera no puede evidenciar por estar ocupada con otros niños y lo más importante que la enfermera al incluirlos enseña como nebulizarlos, inhalarlos, colocarles el termómetro y mirar cuando es fiebre inclusive como bañarlos cuando son pequeñitos como se leen en estos discursos:

“...siempre incluirlos en el cuidado de su hijo y enseñarles, como colocarles la máscara para nebulizarlos, o enseñarles como inhalarlos para que lo sigan haciendo cuando se van a su casa, incluirlos en el aseo, como mirar el termómetro hasta donde está el mercurio para saber que es fiebre...” Violeta

“... Hacerles participar cuando el médico pasa la visita y tienen que preguntar algo sobre cómo va su niño...enseñarle a no tener miedo cuando su niño se saca la vía periférica y que nos acompañen en el momento de volver a canalizarle para que lo puedan cuidar mejor...” Jazmín

La enfermera comentan que la participación de los padres de estos niños es muy importante por ese deseo que busca en integrarlos en sociedad de cultura diferente sin temores ni desconfianza, simplemente busca que aprendan y entiendan que su cultura es importante pero que debe ser sin daños ni perjuicios para sus niños que se enfrentan a problemas respiratorios.

Como ya se ha manifestado y demostrado en la sub categorías que la inclusión de la madre y/o padre de estos niños es fundamental, porque aprenden a cuidar y enseñar a sus familiares todos los signos de alarma, trasladarlos al hospital o a no usar algunas de sus costumbres que pueden causar mayor daño a su hijo. De estos comentarios recibidos por las enfermeras de pediatría del hospital en mención surge la gran categoría:

3. INTERCULTURALIDAD ENFERMERA - FAMILIAR DEL NIÑO DE LA SIERRA ANDINA.

La interculturalidad es la conducta cultural para desenvolverse en contextos de relación de culturas. Es una conducta de las personas o de los grupos humanos en situaciones de multiculturalidad. Se trata de un saber manejarse entre miembros de diferentes culturas con quienes se interactúa. La interculturalidad no implica a priori el "saber manejarse bien o mal", sólo implica saber manejarse, pues una u otra alternativa específica dependerá de la política sobre interculturalidad que asumen las personas o los grupos humanos. Dicha política puede estar explícitamente formulada

o, lo que es común, estará implícitamente vigente. En este contexto, el prefijo inter no hace referencia sino a la relación entre dos o más culturas, en que actúa el individuo o el grupo humano⁷³.

También 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 sociedad⁷⁴. Se habla también de interculturalidad, en términos más abstractos, al comparar los diversos sistemas culturales, como por ejemplo la cosmovisión indígena y la occidental ya que por extensión, se puede llamar también interculturales a las actitudes de personas y grupos de una cultura en referencia a elementos de otra cultura.

Sin embargo, las relaciones interculturales son negativas si llevan a la destrucción del que es culturalmente distinto o por lo menos su disminución y asimilación, como sucede en nuestras sociedades. Son en cambio, positivas si llevan a aceptar al que es culturalmente distinto y a enriquecerse mutuamente, aprendiendo unos de otros. La simple tolerancia del que es culturalmente distinto, sin un verdadero intercambio enriquecedor, no llega a ser todavía una interculturalidad positiva⁷⁵.

Dentro de este marco general, podemos preguntarnos cuáles son los actores entre quienes podríamos establecer relaciones interculturales en sociedades como las nuestras según la región 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.

Es necesario desarrollar un enfoque intercultural en la salud, especialmente el niño de la sierra andina. En este caso no solo debe haber buena relación social y convivencia entre los interlocutores de distinto origen cultural como son los familiares; con frecuencia, tener o no, una buena comunicación y actitudes, puede tener serias consecuencias en la futura calidad de vida y hasta en la sobrevivencia misma de niño enfermo con problemas respiratorios porque para ellos es muy nuevo ver a sus hijos colocados con máscaras de oxígeno, con máscaras nebulizadoras o simplemente

aerocámaras, confundiendo el tratamiento con daño más asociado a la enfermedad que traen incluso hasta en la muerte de estos niños por falta de comunicación de la enfermera del área de pediatría donde se encuentran, ya que las relaciones interculturales positivas son un factor terapéutico fundamental cuando se trata de curar a estos niños.

Dentro de este contexto, es necesario conocer que enfermería es una profesión y una disciplina humanista y científica aprendida, que se centra en los fenómenos y actividades de asistencia a los seres humanos, con la finalidad de ayudar, apoyar, facilitar, o capacitar a las personas o grupos a mantener o recuperar su bienestar (o salud), de manera beneficiosa y dotada de sentido cultural, o para auxiliar a la hora de afrontar la discapacidad o la muerte, siendo su verdadera esencia su cuidado como 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 satisfactorios⁷⁶.

Frente a estas evidencias la enfermera del servicio de pediatría del Hospital Regional Docente las Mercedes debe ser sensible a ciertos factores especialmente la comunicación, y la susceptibilidad fisiológica a la enfermedad respiratoria que el niño de sierra andina presenta y que frente a todos estos tratamientos que recibe la familia del niño necesita de mejores explicaciones, por la sensibilidad cultural y las competencias interculturales para ejercer una profesión con seguridad y eficacia, porque enfermería se perfila como una profesión desde la era Nightingale, formalizándose la preparación de enfermeras en hospitales, y posteriormente 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 cuidado⁷⁷.

A continuación se develan algunos discursos referentes a la interculturalidad:

“Las enfermeras necesitamos conocer de la cultura de estos niños...vienen de tan lejos y sus costumbres son muy diferentes, sino conversas con ellos no sabes porque o de que se asustan...temen que sus hijos se empeoren con el oxígeno o con las nebulizaciones...”

ROSA

“debemos interactuar con ellos, si te explican lo que usan...sus yerbitas son conocidas en su lugar, sus bebidas calientitas...explicarles que el oxígeno ayuda a respirar, se cansa menos...nos enseñan como usan el alcanfor, sus frotaciones...les enseño a distinguir cuando respiran rápido...”

TULIPÁN

“ me enseñan como se saca el aire de su pechito y yo les enseño a bajar la temperatura y a reconocer que sus niños deben ser llevados a la posta...que la medicina también es buena para los resfríos, ...”

Geranio

Estas manifestaciones de las enfermeras nos mencionan que la interculturalidad corresponde a la actitud de asumir positivamente la situación de su diversidad cultural que estos niños tienen y la enfermera se convierte en orientadora de todas sus vivencias convirtiéndolo muchas veces en norma para que cuando regresen a su lugar reconozcan que asistir a un puesto de salud es para que sus hijos mejoren, que recibir las nebulizaciones e inhalaciones nos es para causar daño sino para mejorar.

Al respecto, para aplicar la teoría de Leininger en la práctica es necesario que las enfermeras se provea de 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 Leininger⁶⁹ “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”.

Al respecto Campiña-Bacote citada por Vásquez desarrolló un modelo de Competencia cultural⁷⁸, 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.

CONSIDERACIONES FINALES

- Los cuidados que brinda la enfermera al niño proveniente de la sierra andina con problemas respiratorios en el servicio de pediatría del Hospital Regional Docente las Mercedes, carecen de integridad, porque tiene predominio al cuidado biológico, fisiológico de la enfermedad respiratoria, porque solo se dirigen a la terapia respiratoria dejando de lado la cultura heredada desde sus ancestros y sus costumbres desconocimiento que el uso de dispositivos para mejorar la respiración del niño causan daño o riesgo de muerte.
- La enfermera durante su cuidado es unilateral, fraccionado y automatizado, porque desconoce al niño y su familia como seres sociales por ser beneficiarios 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 desconocimiento, afirmando muchas veces que para nebulizar, inhalar o colocar el oxígeno a estos niños le generan mayor trabajo porque son reacios, esta forma de cuidar también es corroborado por los padres de estos niños quienes detallan que la enfermera sólo se limita a sujetarlos y colocarles las máscaras sin explicaciones.
- Cuando el niño proviene de la sierra andina con problemas respiratorios al servicio de Pediatría del Hospital Regional Docente las Mercedes la enfermera experimenta resistencia culturales en el cuidado que brinda porque sus creencias y costumbres, originan separación del cuidado porque ellos usan sus yervas y frotaciones, llevandola a discrepancias porque el cuidado de la enfermera esta centrado en el cumplimiento de la medicina y los padres de los niños creen que la enfermera les produce daño.
- Igualmente las enfermeras sienten la necesidad 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, dándole importancia a la interculturalidad.

- Finalmente las enfermeras toman conciencia que al mismo tiempo que brindan cuidado al niño proveniente de la sierra andina con enfermedades respiratorias graves, también educan a su familia constituyéndose esta acción en una interculturalidad, porque ellas aprenden de las enfermeras y viceversa ellas aprenden a conocer sus creencias y costumbres intercambiando de esta forma el cuidado en beneficio del niño que llega en grave estado de salud porque sus problemas respiratorios no fueron tratados debidamente y/o por que el zona donde viven carecen de personal de salud competente.

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 paulativa y progresiva dándole énfasis a un modelo de cuidado transcultural donde preevalezca la acción del cuidado integral a los niños que provienen de la sierra andina con problemas respiratorios a base de adquirir competencias culturales, es decir, mucha comunicación.
- Teniendo en cuenta que el cuidado brindado por las enfermeras 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. El conocimiento cultural, centrado en conocer el punto de vista o visión del mundo del niño y sus padres.
 2. El deseo cultural como motivación que las enfermeras tienen de comprometerse en el proceso de competencias culturales.
 3. La enfermera(o) debe constituir un imperativo ético colaborar en reconocer y asegurar en la praxis del cuidado, los derechos del niño hospitalizado de culturas diferentes, haciendo aún más visible este cuidado, proporcionandole cuidado integral u holístico, creando puentes entre creencias y costumbres heredadas y cuidado de calidad no solo cuando está hospitalizado sino también cuando es dado de alta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Waldow R. Cuidar: expressao humanizada de enfermagem. Rio de Janeiro: Editora vozes - Petrópolis; 2004.
2. Medellín G. Crecimiento y desarrollo del ser humano: edad escolar a adulto mayor. Santa Fe de Bogotá: Guadalupe Ltda; 1995.
3. Who, The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy Life. 2002. World Health Organization: Geneva.
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS). [Sede Web], 2014 [acceso 27 noviembre de 2016]. Disponible:
http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf
5. Ministerio de Salud. Principales causas de mortalidad. [Sede Web]. Perú: minsa; 2014 [actualizada el 08 de noviembre del 2016, acceso el 09 de setiembre del 2017]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe>.
6. Arleco J. Principales Etnias del Perú: Nombres de grupos etnicos Peruanos. Perú, 2014 [Sede Web] [acceso el 08-11-16]. Disponible en Internet: <http://www.blogitravel.com/2012/06/principales-etnias-del-peru>.
7. Arroyo J, et al. Interculturalidad en la atención de la salud. Estudio Socio-antropológico de enfermedades que cursan con síndrome ictero hemorrágico en Ayacucho y Cusco. MINSA, OGE, Proyecto Vigía. [Revista]; Lima 2001 pp 294.
8. 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. 2012
9. Tarres S. “El cuidado del otro, diversidad cultural y enfermería transcultural” [Revista Gazeta de Antropología]. Núm. 17. 2002.
10. Rodríguez F. Santos C. Talani J., Tovar M. con el título “Prácticas y creencias culturales acerca del cuidado de niños menores de un año en un grupo de madres de Chocontá, [Sede Web] Colombia- 2012. Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen9/010-articulo8.pdf
11. Wegner W. Rubim E. Con el título “La seguridad del paciente en las circunstancias de cuidado: prevención de eventos adversos en la hospitalización infantil. [Sede Web] mayo - junio 2012. [acceso 23 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a02v20n3.pdf

12. Rentería M. Cuidado transcultural de la enfermera serumista en las familias quechua hablantes Inkawasi-Perú 2013”. Disponible en:
http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/176/1/TL_Renteria_Velasco_MelissaAdalid.pdf

13. Vidal F. Significado que le concede el personal profesional de enfermería al cuidado desde la perspectiva transcultural en un hospital nacional de Lima Metropolitano – [Sede Web] [acceso 23 de noviembre 2016] Lima 2011. Diponible en:
https://issuu.com/mazzymazzy/docs/tesis._significado_que_le_concede_e/1

14. Villarreal Y. cuidado de enfermería al niño andino hospitalizado. [Sede Web] Chiclayo, 2011. Disponible en:
http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/259/1/TM_Villarreal_Ortiz_YolandaBeatriz.pdf

15. Leininger M. “Culture care diversity y universality, a theory of nursing”. [Revista National league for nursing] .1998. New York. Pág 15

16. Colliere, F. Promover la vida, 1a. ed., España, McGraw-Hill/ Interamericana, [Sede Web] [acceso 20 de octubre del 2016] 1993. Disponible: en:
http://www.uachnet.mx/extension_y_difusion/synthesis/2008/10/21/enfermeria.pdf

17. Espino S. El cuidado de la salud y el significado para enfermería. Conferencia presentada en el Colegio de Enfermeros del Perú. Lima. Agosto 2000. Pág.22.

18. Leininger, 1991; citado por Waldow, Vera Regina, Cuidar: Expressão humanizadora da enfermagem/Vera Regina. Petrópolis, R J: Vozes, 2006.

19. Waldow V. Cuidar: Expressão humanizadora da enfermagem/Vera Regina. Petrópolis, R J: Vozes, 2004.

20. Kérouac S. y Col. El pensamiento enfermero. Masson, S.A. Barcelona España. 2002. Adelfia. EE.UU.

21. Wikberg, A. Intercultural Caring- an abductive model. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2008. Volumen 22. pp. 485-496.

22. Medellín C. Crecimiento y desarrollo del ser humano. Atención primaria de la salud. Tomos I y II. Colombia Editorial: Guadalupe; 1996.

23. UNICEF. Condiciones de los derechos del niño. Disponible en:
<http://www.unicef.org/spanish/sowco5/childhooddefined.html>

24. Bradley B. Infancia y paraíso. Teorías del desarrollo e ideas previas sobre la infancia. En: Cyberinfancia. Revista virtual de educación inicial.
<http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/413/tesis%20tpba134.pdf?sequence=6>

25. Organización Mundial de la Salud Ginebra. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002 – 2005. Disponible en :

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67314/1/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf

26. Boletín epidemiológico (Lima – Perú), Vol. 24. Lima, Perú. 2016. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/06.pdf>

27. Luna M. Peñaranda F. Arango S, Asprilla D. Mazo S. Rivera A. Prácticas de crianza en Antioquia: un estudio en familias campesinas. Medellín: CINDE Fundación Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano; [Sede Web] [acceso de 12 octubre de 2017]; 2010. Disponible en: <http://www.redprimerainfancia.org/tema prioritario1>.

28. Santander G. 2003 “Participación materna en el cuidado de lactantes hospitalizados en el hospital base de Valdivia, Chile. Revista Biomédica” [Consultado 19 de Agosto de 2013] Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/may2003/2800>

29. Hernández R; Fernández C; Baptista P. Metodología de la investigación. 5 ed. México: Mc. Graw Hill Interamericana; 2010.

30. Polit D. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª ed. México: Mc Graw-Hill-Interamericana; 2000.

31. Pérez, G. Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. II Técnicas y análisis de datos. 1era ed. Madrid; 1998.

32. Marriner T. Modelos y teorías en enfermería. 4ta Edición. Madrid: Harcourt.1990.

33. Lüdke, E. Marly, A. El estudio de caso, su potencial en educación. En Pesquisa em Educacao. Abordagens Qualitativas. 3º ed. Sao Paulo - Brasil; 1986.

34. Burns, N .Investigación en enfermería .5ª edición .España: Editorial España – Madrid 2005.

35. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C. Baptista Lucio P. Fundamentos de metodología de la investigación. Editorial McGraw Interamericana. España: Madrid 2007 págs 408-439.

36. Strauss, A. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 1 ed. Bogotá, D.C. : Universidad de Antioquia, 2009.

37. 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.

38. Rodríguez G. Gil J. Metodología de la investigación cualitativa. Aljibe, 2010.

39. León J. Métodos de recolección de datos. Perú, 2011. Disponible en: <http://tecdeinvestigacionvilla.blogspot.com/>

40. Pérez G. "Investigación Cualitativa, Retos e Interrogantes". II Técnica y análisis de datos. 2010. Pág. 81
41. Rodríguez G. et al. Metodología de la investigación cualitativa. Editorial Aljibe. Málaga. 1996
42. Dominguez, y Tanaka. "La organicaoe a analice de datos na pesquisa qualitativa. Em. matheusM.,1º ed. Editora Livania medica paulista. Sao Pailo; 2006.
43. Morse J. Traducido por Zimmerman E. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Editorial Universidad de Antioquia, 1994
44. Tello C. Gutierrez N, Pérez. Métodos y técnicas de análisis cualitativo. Sección de Postgrado de Enfermería. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo -Escuela de Postgrado; 2009.
45. Mons. Sgreccia E. Bioética personalista: principios y orientaciones. I Congreso internacional de Bioética Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo-Perú 14-16 de octubre del 2008.
46. Sumner, W. Folkways. New York: Dover, 1959. En: LEVINSON, David, EMBER, Melvin (Editores). Encyclopedia of Cultural Anthropology. New York: Henry Holt, 1996.p.404.
47. Manrique M, Reyes I, Delgado H, Jiménez B. Madeleine Leininger. Cuidados Culturales: Teoría de la diversidad y la Universalidad. 2005. Disponible en: URL http://www.enfermeria21.com/listametas/Leininger_monografia.doc
48. Leininger M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing; 1991. p.40- 64.
49. Benner Y Wrubel (1989). The Primacy of caring stress and coping in health and illness. Menlo Park, California. Addison Wesley
50. Ibarra X. Competencia cultural. En una forma humanizada de ofrecer cuidados de enfermería. Fundación Index , Granada - España. 2008.
51. Colliere M F. Promover la vida; Madrid, Interamericana 1993: 235
52. Vásquez M. Desarrollo conceptual en enfermería: evolución, tendencias y desafíos. Avanc Enferm 2006
53. Leininger M. Transcultural nursing: perspectives: basic concepts, principles and culture care incidents. En: Transcultural nursing New York: Mc Graw-Hill; 1991. pp. 57-90.

54. Murrain E. Enfermería de cara al siglo XXI: hacia la re-definición de la formación y la práctica, Revista Kaana úai, Universidad Nacional, Bogotá Año 2 N°1, pp. 36-37.
55. Lima, S. “Modelos alternativos ao biomédico”. *Psicologia em saúde* 2008; Mar. [Consultado -09-2- 2017] Disponible en: <http://saudepsicologia.blogspot.com/search/label/Modelos%20alternativos>.
56. Tesser C. Racionalidades médicas e integralidade. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva* 2008; 13(1): 195-206. [Consultado -09-10- 2010] Disponible en: www.scielo.br
57. Morroy, A. “Epistemología en Enfermería”, *Rev. Desarrollo Científico en Enfermería*. Vol. 10. N° 5. Junio. 2002.
58. Vargas J.(2006) Teoría del conocimiento. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C.
59. Sumner, W. *Folkways*. New York: Dover, 1959. En: LEVINSON, David, EMBER, Melvin (Editores). *Encyclopedia of Cultural Anthropology*. New York: Henry Holt, 1996.p.404.
60. Leininger M. *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing; 1991. p.40- 64.
61. Leininger, M *Nursing anthropology: Two worlds to blend*. Greyden Press, Columbus. 1994[Consultado -09-1- 2017] pág.22.
62. 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.
63. Leininger, M.*Enfermería transcultural: Conceptos, teorías, investigación y prácticas*. Nueva York: McGraw-Hill; 1995.
64. Leininger M. *Transcultural nursing: concepts, theories and prectices*. New York: John Wiley & sons; 1978.
65. Boff, L “Humanidades hoy en América latina”, 2007, pags. 27-31.
66. Leininger M. *Transcultural Nursing: Concepts. Theories and Practices*. Columbeus, Ohio. United Stated of America: Greyden Press; 1994. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2008000300003
67. Leininger, M. Towards conceptualization of transcultural health care Systems: Conceps and model. *J Transcult Nurs* 1993; 4:32-40.
68. Vásquez M. Aproximaciones a la creación de competencias culturales para el cuidado de la vida. *Invest. educ. enferm.* 2010; 36-142.

69. Manrique M, Reyes I, Delgado H, Jiménez B. Madeleine Leininger. Cuidados Culturales: Teoría de la diversidad y la Universalidad. 2005. Disponible en: URL http://www.enfermeria21.com/listametas/Leininger_monografia.doc
70. Hall E. Joanne, Enfermería en salud comunitaria: Un Enfoque de sistemas. Quinta edición. Organización Panamericana de la Salud. 2010.
71. Espino E. Gómez M./Enferm. investig. desarro. 2013, enero, vol 11(1): 2-18
<http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/facenf/issue/viewFile/59/57>
72. Antón N. Las enfermeras entre el desafío y la rutina una mirada al siglo XXI, Madrid España: Ediciones Díaz de Santos, S.A.; 2008.
73. Sifuentes L. (2015) Multiculturalidad, identidad y globalización Programa de Actualización - Titulación 2006 - Facultad de Ciencias
74. Godenzzi, Juan Carlos y Calvo Pérez, Julio (comps.): Multilingüismo y educación bilingüe en América y España, Cusco, Perú CBC, 1997, pp. 19-30.
75. Fernández G. (2004), Salud e interculturalidad en América Latina Perspectivas antropológicas. 5ta edición: Quito-Ecuador Ediciones Abya-Yala; 2004.
76. Merriner A, Raile M (2007) Modelos y teorías en enfermería, 6ta edición, Madrid-España. Ediciones Elsevier España S.A
77. Waldow V. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis (RJ): Vozes; 2006. pág 45.
78. Bonilla E. El Conocimiento de la realidad social. Más allá del dilema de los métodos. Bogotá: Editorial Presencia; 1995, p. 29

ANEXOS



ANEXO N°01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, identificado con DNI:, declaro que acepto participar en la investigación: “Cuidado cultural de la enfermera al niño hospitalizado con problemas respiratorios proveniente de la sierra andina” Chiclayo 2017. en el servicio de Emergencia, Lactantes y Preescolares del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2017 siendo realizada por la estudiante de Maestría de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Lic. María Teresa del Carmen Melchor Panta. La presente investigación tiene como objetivo: describir y analizar el cuidado cultural de la enfermera al niño hospitalizado con problemas respiratorios proveniente de la sierra andina 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 2017



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 brinda Ud. ¿Sus cuidados culturales y como realiza sus actividades cuando tiene a su cargo un niño con problemas respiratorios que migra de la sierra andina?

2. ¿Qué conocimientos tiene Ud. de la cultura del niño que proviene de la sierra andina con problemas respiratorios?

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

4. ¿Tiene algo más que agregar?



ANEXO N°02
CONSENTIMIENTO INFORMADO
MADRE ACOMPAÑANTE

Yo....., identificado con DNI:, declaro que he leído la hoja informativa que me ha entregado la estudiante de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. He recibido suficiente información sobre la investigación titulada: “Cuidados Culturales que brinda la enfermera al niño hospitalizado con problemas respiratorios proveniente de la sierra andina Chiclayo - 2017” Respecto a mi participación me han explicado que consiste en responder de manera individual a las interrogantes, con una duración aproximada de 15 a 20 minutos. Además me ha informado que la entrevista será grabada mediante un grabadora, a base de un anonimato con el nombre de una fruta. Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones. Además recibiré consejerías y/o charlas educativas durante la permanencia de mi hijo en el Servicio de Pediatría. Declaro que acepto prestar libremente mi conformidad para participar en la investigación que se está realizando en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo en el Servicio de Pediatría de las salas de lactantes y preescolares y autorizo la publicación de los resultados en alguna revista científica.

Fecha: 4/3/17

Firma



GUIA DE ENTREVISTA MADRE ACOMPAÑANTE

Entrevista:

La presente entrevista tiene como objetivo recolectar información mediante el uso de la entrevista individual a base de las preguntas que serán grabadas en una grabadora sobre su intervención en el cuidado que brinda a su niño durante la hospitalización del Servicio de Pediatría de las salas de lactantes y preescolares del Hospital Regional Docente Las Mercedes. La información que usted nos proporcione será utilizada con fines investigativos por lo que se le pide la mayor sinceridad posible, así mismo le garantizamos el anonimato escogiendo cualquier nombre de una fruta para de esta manera tenga plena confidencialidad. Agradecemos su participación.

I. DATOS GENERALES

- Edad:
- Grado de Instrucción:
- Estado civil:
- Tiempo que permanece durante la hospitalización de su niño:
- Días de hospitalización:

II. DATOS ESPECÍFICOS:

1. ¿Le permiten cuidar a su hijo como lo hace en caso durante su hospitalización?
2. ¿Qué cuidados le ha enseñado la enfermera para que realice a su hijo durante la hospitalización?
3. ¿Cómo es el trato de las enfermeras frente a su hijo?
4. ¿Tiene algo más que agregar?