

Temas culturales en el cuidado de enfermería*

Por: Juliene Lipson^a

Traducción de Liria Pérez Peláez^b

RESUMEN

Este artículo es una versión revisada de la conferencia que Juliene Lipson dictó en diversos congresos en los Estados Unidos y Suecia sobre competencia cultural. La versión que se presenta, es una conferencia abierta en la Universidad de Antioquia de la ciudad de Medellín, en Agosto del año 2000. Esta conferencia introduce el marco conceptual de la autora, para orientar un cuidado culturalmente competente. Este es un enfoque general que incluye el conocimiento cultural, la autoconciencia de quien proporciona la atención a la salud y la influencia del contexto sociopolítico. Se describen las influencias culturales y de comunicación sobre la percepción de la salud y la enfermedad, con el fin de informar a los lectores sobre la diversidad de temas por los que pueden preguntar. El resto del artículo ofrece sugerencias prácticas sobre cómo mejorar la comunicación entre culturas, cómo hacer una valoración cultural y cómo planificar intervenciones culturalmente apropiadas.

Palabras clave.

Cuidados de enfermería. Atención de la salud. Comunicación en salud. Enfermería transcultural.

Introducción

Me agrada estar hoy aquí. Hablaré acerca de una variedad de tópicos en las áreas de cultura y cuidado dentro de la enfermería. Empezaremos con el marco de trabajo general que yo empleo con los estudiantes de posgrado en enfermería, para enseñarles a brindar un cuidado culturalmente más competente. Mis ejemplos provienen con frecuencia de mi investigación y mi trabajo clínico con inmigrantes del Medio Oriente y refugiados afganos porque los conozco bien, pero mis precisiones pertenecen con regularidad a otros grupos.

¿Por qué debemos preocuparnos acerca de un cuidado culturalmente competente?

Una razón es la migración global, y otra que cada país se torna cada vez más diverso. Yo trabajo en una ciudad muy cosmopolita que abriga a cerca de 150 grupos étnicos en los Estados Unidos. Cerca del 27% de la población de San Francisco está constituida por orientales, principalmente chinos, filipinos y japoneses, pero también por vietnamitas, coreanos, tailandeses, camboyanos y además de nativos de Hong Kong. Nuestra escogencia de restaurantes es famosa. Usted puede comer por lo menos productos de 40 países.

En consecuencia, las (os) enfermeras (os) en San Francisco, tienen que incluir en el cuidado que ofrecen, las variables culturales de los individuos, familias y comunidad.

Colombia también tiene muchos grupos culturales diferentes. He sabido que hay pocos inmigrantes de otros países, pero muchos indígenas y grupos de raza mixta. El cuidado de enfermería de grupos con raíces culturales mixtas puede ser un reto mayor que el cuidado a los grupos monoculturales.

* Conferencia abierta presentada en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia Medellín en Agosto del año 2000. Traducción autorizada por la autora.

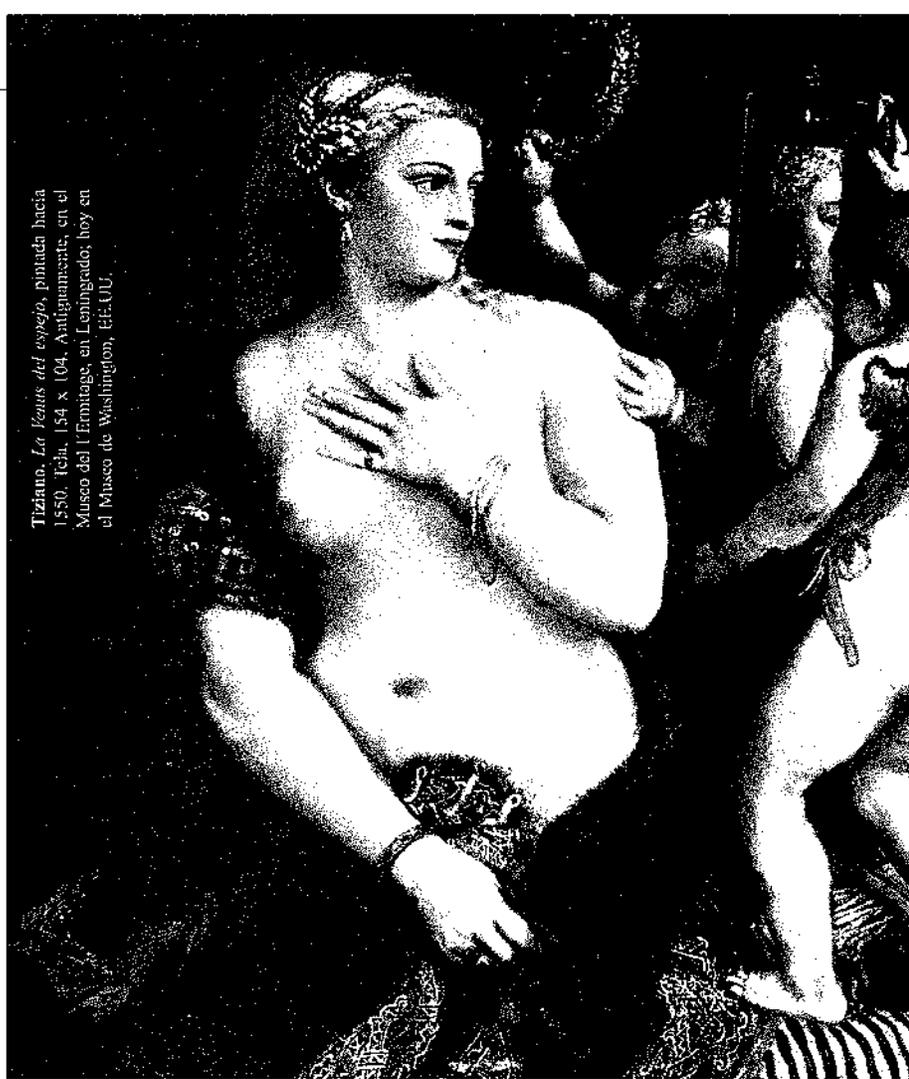
a BS y MS en Enfermería, MS en Psiquiatría y Salud Comunitaria, PhD en Antropología. Profesora del departamento de sistemas de salud comunitario de la Escuela de Enfermería de la Universidad de California, San Francisco.

b Enfermera, Mg en Educación y Consejería, Profesora de la Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia.

Considerando que tengo poca experiencia con los grupos culturales de ustedes, emplearé ejemplos de mi propia investigación en los últimos quince años. La mayor parte de mis investigaciones, han sido realizadas con inmigrantes y refugiados en California, provenientes de Irán, los países árabes, Afganistán y más recientemente, de Bosnia y la antigua Unión Soviética. Pienso que ustedes reconocerán estos ejemplos en la población colombiana, así tengan poco contacto con inmigrantes de esos países.

Aunque existe una gran diversidad cultural, algunas (os) enfermeras (os) no la afrontan bien. Por ejemplo, algunos de ellos insisten que un buen cuidado es tratar a todos los pacientes por igual. Aparentemente, tratar "igualmente" a la gente suena bien, como la democracia. Pero a pesar de las buenas intenciones, tratar a cada uno de igual manera, generalmente muestra que la (el) enfermera (o) no entiende realmente las verdaderas diferencias que la cultura ocasiona en la conducta, los valores y aun en la percepción del mundo de cada individuo. Yo creo que un buen cuidado requiere que se acepte al paciente como individuo y en familia en el contexto de su cultura. No podemos esperar que personas en crisis cambien sus creencias y conducta para ajustarse a la cultura del hospital. Sin embargo, nosotros con frecuencia tratamos de lograrlo.

Tiziano, *La Venus del espejo*, pintada hacia 1550. Óleo, 154 x 104. Antiguamente, en el Museo del Ermitage, en Leningrado; hoy en el Museo de Washington, EE.UU.



¿Qué es un cuidado culturalmente competente?

La Academia Americana de Enfermería definió el cuidado de enfermería culturalmente competente como sensible a los temas de la cultura, raza, género, orientación sexual, clase social y situación económica (Meleis, Isenberg, Koerner y Stern: 1995). Yo creo que debemos agregar la discapacidad a esta definición. Nosotros también podríamos escuchar palabras como, culturalmente compatible, apropiado, sensitivo, receptivo e informado. Algunas personas piensan que las (os) enfermeras (os) no pueden ser culturalmente "competentes" para una segunda cultura, a menos que hayan crecido en ella o por lo menos manejen su idioma fluidamente. Yo no creo esto. Es una habilidad que puede aprenderse como cualquiera otra en enfermería.

Un marco referencial culturalmente competente en el cuidado

Yo llamo a este marco referencial, la perspectiva cultural. Ayuda a las (os) enfermeras (os) a manejar áreas muy complejas (la cultural y socioeconómica) y las influencias estructurales sobre las personas y sus interacciones con las (os) enfermeras (os). Esto incluye tres perspectivas para ayudarnos a planear el cuidado competente individual y cultural. Este modelo enfatiza cómo influimos en la situación del cuidado.

Desde la perspectiva de la (el) enfermera (o), los componentes objetivos y el cómo influyen en la salud y el cuidado, se enfocan por fuera de las características culturales del paciente y su familia. El componente subjetivo se enfoca dentro de las características personales y culturales de la (el) enfermera (o) y por su influencia en las comunicaciones propias de su profesión.



Titiano. *La Venus del espejo*, (detalle)

La perspectiva cultural es una combinación de conocimientos, actividades y conductas o habilidades que son interdependientes. Yo creo que el cuidado culturalmente competente en enfermería, requiere más que el simple conocimiento acerca de otro grupo étnico-cultural. (Lipson : 1984; Campinha-Bacote : 1994).

Ejemplos de estas actitudes son el etnocentrismo, el respeto y la empatía. Las habilidades incluyen flexibilidad, comunicación efectiva y negociación entre culturas.

Esta perspectiva cultural ofrece un contexto para interpretar lo que observamos en nuestros pacientes y nos permite formular las preguntas adecuadas. No ayuda en este caso hacer una lista de hechos acerca de un grupo cultural, pues ello puede conducir a estereotipos y errores en la comunicación. Los hechos culturales específicos son importantes, pero tienen que ser utilizados con la convicción de que cada creencia y conducta tienen tanto una base cultural como individual.

Nosotros mejoramos nuestra perspectiva cultural desde la intelectualidad y a través de la experiencia personal. Uno realmente no puede saber qué es un refugiado sólo a través de lecturas, aunque algunas novelas hacen un buen trabajo. La manera más efectiva para comprender las diferencias culturales es experimentando de primera mano qué es ser "extranjero", o teniendo amigos cercanos de otras culturas. Esta experiencia personal nos hace confrontar antes que negar las diferencias culturales.

Desde la perspectiva de la (el) enfermera (o), los componentes objetivos y el cómo influyen en la salud y el cuidado, se enfocan por fuera de las características culturales del paciente y su familia. El componente subjetivo se enfoca dentro de las características personales y culturales de la (el) enfermera (o) y por su influencia en las comunicaciones propias de su profesión. El contexto observa la influencia de la situación en la cual ocurre el cuidado. Pasaré por alto ahora el derecho a la perspectiva objetiva porque hablaremos acerca de ella conjuntamente con la influencia cultural en la percepción de salud y enfermedad.

La perspectiva subjetiva enfatiza las características personales y culturales de la (el) enfermera (o). No podemos brindar cuidado de enfermería culturalmente competente, sin tener una autoconciencia. Nosotros tenemos que trabajar para hacernos conscientes de nuestros valores, creencias y estilos de comunicación, porque ellos tienen un impacto poderoso en la comunicación inter-cultural. Sin embargo, descubrir nuestro propio bagaje cultural implica esfuerzo y motivación.

El contexto, incluye las influencias culturales, socioeconómicas y políticas sobre el sistema del cuidado de la salud y sus efectos en los pacientes y las (los) enfermeras (os). El ambiente del encuentro intercultural del cuidado también influye en la forma cómo las personas interpretan lo que está ocurriendo y lo que expresan acerca de ellas mismas. Por ejemplo, la enfermería en el hogar o en la comunidad brinda la oportunidad de hacer una buena evaluación cultural, pero usualmente hay poco tiempo para hacer eso en una emergencia o en una sala de cuidados críticos. En los Estados Unidos actualmente, el sistema de manejo del cuidado asigna diez minutos por paciente al facultativo (médico o enfermera). Reducir el número de enfermeras o enfermeros también limita el tiempo que se puede dedicar al paciente.

Los lugares geográficos también son parte del contexto. San Francisco por ejemplo, es una ciudad que respeta y disfruta las diferentes culturas. Una de mis estudiantes, quien emigró a San Francisco desde Irán cuando era adolescente, nunca había experimentado ningún prejuicio hasta que se mudó a la Florida. Allí se dio cuenta que cuando la gente escuchaba su acento, empezaban a hablar muy alto y despacio, o sus caras mostraban confusión u hostilidad.

Influencias culturales en la percepción de la salud y la enfermedad

A. Visión cultural y del mundo. ¿En qué piensa usted cuando escucha la palabra cultura? La mayoría de las personas piensa en el idioma, en prácticas alimenticias, en moda, religión, familia, roles de género y expectativas frente a la gente. Existen numerosas definiciones de cultura, pero una sencilla es: "Sistema de símbolos que son compartidos, aprendidos y transmitidos generacionalmente dentro de un grupo social."

La cultura interviene entre los seres humanos y el caos. Es la guía dinámica para que la gente perciba el mundo y para que entienda cómo debe comportarse con los otros. No es estática. La cultura cambia continuamente, algunas veces muy rápida y profundamente como en un grupo de refugiados, y algunas veces sutilmente como lo hace de un decenio a otro.

B. Patología y enfermedad. El nacimiento, la muerte y la enfermedad son universales, pero en 1940 un historiador médico llamado Edwin Acknerknect, dijo: "La enfermedad y su tratamiento son puramente biológicos sólo en abstracto. Si una persona se enferma, el tipo de enfermedad que adquiere y el tratamiento que recibe, dependen principalmente de los factores sociales". La forma como la persona percibe, experimenta y enfrenta su enfermedad, se basa en la forma como ella se la explica. Permítanme dar un ejemplo. La cultura china ve el mundo en términos de armonía y desarmonía. La clave de la salud es mantener el balance entre el *yin* y el *yang* en la propia familia, el entorno e inclusive, el universo. Uno se enferma porque está desbalanceado. Mi hijo fue tratado para sus alergias por un acupunturista. El doctor me explicó que mi hijo tiene mucho *yang*, y que esta es la razón para que su piel sea tan seca y los lóbulos de sus orejas se tornen tan calientes. El propósito de la acupuntura fue balancear su sistema, para ayudar a que su energía se expandiera más libremente; para que se disminuyera el *yang* y se aumentara el *yin*. Él ni siquiera mencionó su eczema y su nariz tapada. Esta visión holística de la salud es muy diferente de nuestro modelo biomédico, cuyo enfoque se basa en un discreto sistema fisiológico. Un alergista explica los síntomas de mi hijo en términos de la secreción de histamina como respuesta a los alérgenos y lo trataría empleando antihistamínicos.

La enfermedad es la experiencia personal, interpersonal y cultural de la patología. Son los problemas que el estar enfermo o incapacitado trae a la persona y a su familia. El cotidiano tener menos a causa de la enfermedad, es de mucha mayor preocupación para nuestros pacientes que el proceso patológico.

En contraste, la patología, el mal funcionamiento del sistema fisiológico, el diagnóstico y el tratamiento, son la preocupación del personal prestador del servicio de salud. El modelo biomédico no es la única realidad, ya que está estructurado por la cultura y un componente de historia, tecnología y práctica. La explicación que la familia y el modelo biomédico dan a la enfermedad, son explicaciones de los modelos culturales de enfermedad. Es bastante común que quienes prestan servicios de salud se centren en la patología, y que los pacientes se centren en la enfermedad y que cada uno sólo hable de su asunto.



Titiano. *La Venus del espejo*. (detalle)

C. Interpretación de la enfermedad Las creencias acerca de la enfermedad son parte de las ideas que cada grupo tiene acerca de cómo se ubica en la existencia humana. ¿Qué es la enfermedad? ¿Por qué ocurre a algunas personas y no a otras? ¿Cuáles son las causas? ¿Qué puede prevenirla o curarla? ¿Cómo se relaciona con la forma en que funciona el mundo como un todo? Si usted por ejemplo pregunta a una persona por qué se enfermó en un momento determinado, y ella dice que fue por la voluntad de Dios, usted se dará cuenta que lo sobrenatural es una parte importante de la visión que ella tiene del mundo.

Además de explicar la enfermedad, la cultura moldea las experiencias y la expresión de los síntomas. En muchas culturas la enfermedad mental no está separada de los desórdenes físicos. Es la persona quien está enferma, no su cuerpo o su mente. Si se habla acerca de los desórdenes mentales, con frecuencia se le atribuyen a brujos, hechiceros o aun a la pérdida del alma.

Además de explicar la enfermedad, la cultura moldea las experiencias y la expresión de los síntomas. En muchas culturas la enfermedad mental no está separada de los desórdenes físicos. Es la persona quien está enferma, no su cuerpo o su mente. Si se habla acerca de los desórdenes mentales, con frecuencia se le atribuyen a brujos, hechiceros o aun a la pérdida del alma.

Un ejemplo de ello es la creencia en el "mal de ojo", que se encuentra en muchos países y está muy generalizada en América Latina y en los países mediterráneos como España y el Medio Oriente. Como ustedes saben, es la creencia de que los ojos son poderosos y de que alguien puede causar enfermedad o daño a otra persona con sólo mirarla. Las personas procedentes del Oriente Medio creen con frecuencia que la "mirada" más fuerte proviene de los ojos verdes, y de personas impuras o enfermas. El daño del ojo maligno puede ser no intencional y causado por una excesiva admiración hacia alguien sin pronunciar una frase protectora cuando se lo mira. Puede ser intencional y causado por celos, envidia o enfermedad, y se propone herir a la otra persona o dañar sus propiedades.



La enfermedad causada por el mal de ojo se distingue de otras enfermedades por su inicio súbito. La persona suele sentirse o actuar como enferma y tener síntomas más específicos dependiendo de la cultura. El mal de ojo puede prevenirse diciendo "en el nombre de Dios", cuando se admira o se da un cumplido, o tocando madera. Personas susceptibles (niños, mujeres, jóvenes hermosas, novias y personas ricas o con suerte) se protegen algunas veces llevando un talismán o amuleto, tales como piedras azules o camándulas; los árabes emplean un amuleto en forma de mano, con una piedra azul en la mitad, para protegerse del mal de ojo. Para protegerse, los afganos queman ruda en la chimenea. Una mujer explica que "esto saca los malos espíritus"; los sonidos de las semillas reventándose son similares a los sonidos de los ojos inquietos. Existen muchos rituales de curación del mal de ojo, que varían con la cultura pero algunas usan huevos y oraciones religiosas.

Esto es un ejemplo de porqué los pacientes pueden estar más preocupados con la causa de su enfermedad que con su fisiología. Hay dos causas principales de enfermedad: las personales y las naturales. En la creencia del sistema personal la persona se enferma porque alguien o algo le causó la enfermedad. Este alguien puede ser otra persona, un ser sobrenatural, como Dios o el demonio, o un mal espíritu. El tratamiento que se busca para esta clase de enfermedad es muy diferente al de una enfermedad basada en una causa natural. El mal de ojo es un ejemplo. Un médico no puede tratar a alguien que tenga el mal de ojo. Una forma de determinar si alguien tiene una enfermedad no natural, es que mientras más va donde el médico, más enferma está, porque personas del común, especialmente médicos, no pueden curar la enfermedad no natural.

Las causas naturales incluyen el tiempo, virus, polvo, comida contaminada y otras cosas, no la intención de alguien o algo con voluntad maléfica.

Las enfermedades naturales son causadas bien porque no se tiene cuidado con el propio cuerpo o por una conducta "pecaminosa", y las causas incluyen frío, polvo o dieta inadecuada.

D. Diferencias en las expectativas del paciente y del cuidador.

1. Obediencia (sumisión):

¿Qué tan estrictamente sigue la gente las instrucciones? Ejemplo aparente de sumisión es la particularmente característica de cortesía y respeto a la autoridad en muchos grupos Asiáticos. Con cuántas familias de emigrantes habrá trabajado usted que dicen "sí", "sí" a todo lo que les diga. Usted no puede siquiera saber si le entendieron; para ellos, simplemente, es importante ser corteses con las personas de mayor estatus. Algunas veces los "sí",

"sí", significan, "no, por supuesto que no haré eso". Ellos pueden exteriormente estar de acuerdo con la sugerencia pero no tienen la intención de acatarla.

2. ¿Cómo deberían el paciente y su familia reaccionar ante la enfermedad o la muerte? ¿Ante la expresión de dolor por ejemplo? El clásico estudio de Zborowsky sobre los italianos, judíos y protestantes originarios del norte de Europa muestra grandes diferencias. Los asiáticos y latinos son un ejemplo más reciente. ¿Quién toma las decisiones en la familia? El paciente puede no tener la autoridad para tomar la decisión acerca del tratamiento o cuidado que debe recibir. Puede ser el cónyuge, la abuela o el hermano mayor quien toma las decisiones. ¿Quién es el responsable del cuidado del enfermo? Casi siempre es la madre quien cuida a la persona enferma. En algunos países, la familia se muda al hospital para brindar todo cuidado, excepto el tratamiento médico, incluyendo alimentación, baño, etc.

Hay dos causas principales de enfermedad: las personales y las naturales. En la creencia del sistema personal la persona se enferma porque alguien o algo le causó la enfermedad. Este alguien puede ser otra persona, un ser sobrenatural, como Dios o el demonio, o un mal espíritu. El tratamiento que se busca para esta clase de enfermedad es muy diferente al de una enfermedad basada en una causa natural.



Giovanni Bellini, (escuela veneciana); *La Venus de los espejos*. Tela, 62 x 79. Viena, Kunsthistorisches Museum.

3. El autocuidado es culturalmente inapropiado para personas que creen que es trabajo de la (el) enfermera (o) o de un miembro de la familia, cuidar completamente el paciente, incluyendo lavarle la cara, cepillarle los dientes, para no mencionar tomarle la muestra de orina o darle los medicamentos. En los Estados Unidos empleamos el modelo de autocuidado y esperamos que el paciente obre tan independiente como le sea posible. Pensamos que se le ayuda a la persona a sanarse más pronto si asume la responsabilidad de sus actividades cotidianas y aprende así, acerca de su tratamiento.

4. ¿Cómo debe actuar el proveedor de la salud? Muchos grupos culturales, como los inmigrantes del Medio Oriente y Asia miran al médico como la autoridad total. Las (os) enfermeras (os) también pueden considerarse autoridades, y si usted no actúa como tal puede ser visto (a) como incompetente, si por ejemplo le pide a la familia que tome las decisiones que a usted le corresponden o pidiéndole que le diga cuál es el problema. La edad y el género también juegan un papel en el respeto que usted recibe. Por ejemplo, algunas familias inmigrantes no confían ni respetan a la mujer joven soltera. Si usted es joven y soltera y encuentra una familia distante y reacia, ésta puede ser la razón.

Todos nos comunicamos de maneras que son influenciadas por nuestra cultura; es importante tener conciencia de nuestra manera de comunicarnos para poder ser más flexibles. Es posible que al cambiar algún detalle en la forma como nos comunicamos el proceso mejore.

Este tema de la confianza se manifiesta cuando se le pide a la persona firmar los formatos de consentimiento como se hace en Estados Unidos. En muchas partes del mundo las personas no están acostumbradas a firmar consentimientos pues se hacen verbalmente. Si uno tiene que firmar un consentimiento que menciona los detalles de un procedimiento y sus posibles complicaciones, es porque usted no es muy competente. A los nativos del Medio Oriente por ejemplo, les disgusta dar el consentimiento para muchos exámenes que perciben también como una posible incompetencia.

Influencias culturales en la comunicación

¿Qué es la comunicación? Es el intercambio de mensajes y la creación de significados. Se intercambian significados, pero sólo se puede enviar y recibir mensajes. Una buena comunicación se basa en la comprensión mutua que se da cuando la versión del significado del receptor se acopla con el significado que propone el emisor.

Todos nos comunicamos de maneras que son influenciadas por nuestra cultura; es importante tener conciencia de nuestra manera de comunicarnos para poder ser más flexibles. Es posible que al cambiar algún detalle en la forma como nos comunicamos el proceso mejore. Es muy común para un paciente inmigrante considerar a la (el) enfermera (o) o al médico (a) insensible o incompetente, simplemente por las diferencias en la comunicación no verbal. Si el paciente piensa que la enfermera es inadecuada, tendrá dificultad para tenerle confianza. Es posible que evite las citas posteriores o que ignore sus sugerencias. La enfermera puede no tener idea de que inconscientemente ofendió a la otra persona.

A. Lenguaje e intérpretes. Es muy frustrante cuando dos personas no tienen un idioma común. El empleo de un intérprete nunca garantiza que la comunicación sea tan buena como cuando es directa. Sin embargo, hay problemas cuando se emplean como intérpretes a miembros de la misma familia. Con frecuencia no conocen la terminología médica o proficiencia en inglés, o puede que el

intérprete sea sólo un niño que habla sueco, por poner un ejemplo. Hijos o cónyuges de emigrantes son en extremo protectores del orgullo de los miembros de su familia, y tratan de evitarles a toda costa que se sientan avergonzados, así para ello tengan que esconder información médica importante. Una de mis amigas afganas me describió lo avergonzada que se sintió cuando su ginecólogo le dijo a su hijo de doce años que le explicara el problema de su madre.

En culturas dominadas por los hombres, puede ser una amenaza a la autoestima del padre el tener que depender siempre de su hijo o de su esposa para que le traduzcan.

Cuando no hay traductores entrenados disponibles, es deseable encontrar un representante que la comunidad respete para que sirva de intérprete a los pacientes de los grupos de inmigrante que acuden al hospital. Un intérprete de la comunidad también puede servir para derribar barreras culturales, ayudando a comprender el significado cultural de la enfermedad y las conductas del enfermo, así como las formas tradicionales para el tratamiento y para obtener apoyo.

En el caso de algo sensible como un mal pronóstico, es importante reunirse previamente con el intérprete y ponerse de acuerdo en los puntos esenciales. Los intérpretes no entrenados pueden dar sus propias apreciaciones o consejos a la familia.

Una guía importante para trabajar con un intérprete es hablarle directamente en tercera persona al paciente o al miembro de la familia. Un ejemplo sería: "Dígale que no hay nada que ella hubiera podido hacer para anticipar esto". Ellos podrían entender algo de inglés, y podrían percibir su deseo de ayudarlos, y así estarían más dispuestos a recibir ayuda. Observe las reacciones a las palabras del intérprete y fíjese si ellos parecen recibir el mensaje que usted transmitió.

B. Comunicación no verbal: más sutil:

1. Espacio personal. Edward T. Hall describió cómo las personas de diferentes culturas se relacionan con su espacio físico. Por ejemplo, cuando interactúan con otra persona la distancia interna es de 0-18 pulgadas. Esta distancia se mantiene entre los íntimos y cercanos asociados y la gente siente el olor, el calor, el tacto y se permite una riqueza visual del otro. La distancia personal varía entre 4 y 12 pies, y es empleada para los negocios y contactos sociales. Estas distancias están culturalmente establecidas.

Antes que yo aprendiera acerca de las diferencias sociales en el espacio personal, estuve en Austria después de haber permanecido seis semanas en España e Italia. Mi impresión de los italianos fue que son personas muy cálidas. No me gustó mucho Austria, porque llovió mucho y me pareció que los austriacos son algo fríos. Yo no sabía que estaba reaccionando ante una concepción diferente del espacio personal.

He trabajado con inmigrantes de Oriente Medio durante quince años y me he adaptado a un estilo de comunicación más cara a cara. Aunque antes yo sabía intelectualmente que había diferencias culturales en el espacio personal, todavía siento que los orientales son agresivos; y para afirmarlo me baso en conversaciones.

Después de que usted salga de aquí, puede tratar de hacer un experimento. escoja una persona y párese a una distancia cómoda para conversar. Ahora acérquese uno al otro hasta sentirse incómodos. ¿Puede usted sostener una conversación con una persona apenas conocida a esta distancia? Muévase hacia atrás, e imagine que usted está tratando de hablar con un amigo muy cercano. Observe si usted y su compañero tienen diferentes zonas de comodidad.

Posteriormente, observe como se mueven sus pacientes. ¿Se mueven hacia adelante o hacia atrás cuando usted se les acerca? Usted también puede observar cómo la persona se mueve en relación con los otros en los eventos sociales.

2. Contacto visual. Varía de intenso a sutil. Usted puede sentir que los árabes lo miran de frente, lo cual es incómodo cuando usted también siente que están cerca de su cara. En el otro extremo están los indios americanos que casi nunca permiten un encuentro con la mirada durante la conversación. El contacto directo con los ojos se considera una rudeza y una invasión de la privacidad. Algunos refugiados del sureste asiático no lo miran directo a los ojos cuando usted habla, o mantienen el contacto con la mirada por pocos segundos. Las mujeres asiáticas y del Medio Oriente no miran directo a los ojos de los hombres. Los subordinados no miran directo a los ojos de los superiores. El árabe no es agresivo y la persona indígena no es evasiva; ellos se comportan normalmente. Estas no son diferencias de personalidad sino culturales. El contacto directo a los ojos

tiene una variedad de significados. Las personas de mi cultura mantienen el contacto cuando prestan atención hablando y escuchando al otro. Sin embargo, entre los afroamericanos, el contacto intenso con la mirada puede verse como un reto o una manera de mostrar poder.

Estar alerta a los patrones culturales ayuda a las personas a adaptarse a la situación. Una india norteamericana, trabajadora social, me contó que para llevarse bien con sus colegas blancas, sabía que tenía que mirar a los ojos. Pero, como mirar directo a los ojos le era tan incómodo, aprendió a mirar la nariz de las personas. Observe hacia donde miran los ojos de sus pacientes cuando usted les habla, y si cambian cuando le hablan a usted. Trate de mirarlos y observe si están más cómodas con usted.

Relacionada con el contacto visual está la expresión del rostro. En algunas culturas las personas muestran sus emociones, no sólo en sus rostros, sino en todo su cuerpo; en otras no es apropiado revelar los propios sentimientos en forma no verbal a alguien por fuera de su familia. Un ejemplo de ello es el estereotipo de "oriental inescrutable". Yo asistí al funeral de un iraní y escuché llanto a gritos y constante tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, me sorprendió ver a dos mujeres cerca de mí que súbitamente dejaron de llorar y charlaban y se sonreían entre sí; luego súbitamente empezaron de nuevo a llorar a gritos. En otras palabras, este ritual del llanto es una expresión culturalmente aceptada de las emociones, aunque no responde exactamente a lo que la gente siente interiormente.

3. El estilo de la comunicación y el tono de voz también son patrones culturales. Los norteamericanos tienden a hablar fuerte y al grano. Nosotros tenemos tendencia a irritarnos con los pacientes que no responden directamente, divagan o cuentan historias. Pensamos que son evasivos o no piensan claramente. Sin embargo, ellos son cultos y educados, particularmente con una persona que perciben en una posición de autoridad. Estos mismos norteamericanos son considerados rudos por los asiáticos, quienes son muy sensibles a los sentimientos del otro. Los orientales hablan fuerte cuando van a decir algo importante, y lo repiten varias veces para darle énfasis. Si usted no le insiste a las personas del Medio Oriente, no hacen nada. En el otro extremo está mi colega de Etiopía, una mujer bien educada, que tiene un doctorado y difícilmente puede ser escuchada cuando hace una presentación, porque las mujeres etíopes son educadas para ser calladas y refinadas.

4. Concepciones culturales del toque adecuado y la modestia. ¿Quién toca a quién, de qué manera y en qué ambiente? En una reciente investigación sobre cuidado culturalmente competente en la universidad de California en San Francisco (UCSF), los dos problemas mencionados como más frecuentes fueron el idioma y el que tuvieran que concordar pacientes mujeres con enfermeras en grupos dominados culturalmente por los hombres, como los de Medio Oriente. No obstante, algunos católicos romanos y judíos ortodoxos se sienten muy incómodos cuando son examinados por un (a) enfermero (a) del género opuesto. En sociedades más tradicionales, las relaciones entre hombres y mujeres pueden ser restringidas excepto entre miembros de la familia.

Hombres y mujeres sin ninguna relación, con frecuencia no se tocan entre sí. En sociedades tradicionales musulmanas, como en Arabia Saudita, Irán y Afganistán, bajo los regímenes actuales, a los hombres no se les permite siquiera ver a una mujer descubierta.

¿Cómo entonces cuida o saluda usted a miembros de estas sociedades tan tradicionales? El apretón de manos es casi universalmente aceptado, mientras que un abrazo entre extraños no lo es, particularmente entre hombres y mujeres. Mientras que se puede tener dificultad para hacer una evaluación física en mujeres cuya cultura exige modestia extrema, hay ejemplos más sutiles de tacto, como prácticas culturales en ciertas partes del cuerpo. Por ejemplo, para algunos nativos del sureste asiático la cabeza es sagrada. Los libros guías de viaje hacia Tailandia dicen que allí nunca se debe tocar una persona en la cabeza o en los hombros, y que los pies son profanos. En muchos templos famosos visitados por muchos turistas, hay letreros solicitando que se quiten los zapatos y eviten dirigir los pies hacia el Buda. Así que se puede ofender realmente a la persona tocándole algo por debajo de la cintura; nunca se debe tocar la cabeza de un niño. Es mejor preguntar primero.

5. Orientación en el tiempo. Las diferentes orientaciones del tiempo con frecuencia resultan en malentendidos e irritación. Algunos pacientes inmigrantes llegan tarde o pierden la cita, no porque sean irresponsables, sino porque tienen una visión diferente del tiempo. Algunas culturas están principalmente orientadas hacia el pasado, otras hacia el presente y otras hacia el futuro. Es fácil discutir la prevención con personas orientadas al futuro, pero no tiene sentido con aquellos orientados al pasado y al presente.

Las culturas del norte de Europa organizan la vida alrededor del tiempo del reloj, y este es más importante que el tiempo personal o subjetivo. En contraste, los africanos y orientales valoran el compromiso con la gente y el cumplimiento de los encuentros personales. Cuando estoy con amigos afganos, me doy cuenta de lo norteamericana que soy; puedo suspender una visita porque tengo una cita, mientras que los afganos terminan la visita tranquilamente y no se preocupan si llegan tarde a otro sitio. La cortesía es lo importante. Respecto a la orientación del tiempo y cuidado de la salud, aun sabiendo que un síntoma se ha presentado desde hace tiempo, puede ser un problema cuando la gente no piensa en términos de cantidad de tiempo o de calendario.

C. Mejorar la comunicación a través del autoconocimiento. La base de la perspectiva subjetiva es el autoconocimiento, descubrir el propio bagaje cultural. Sin embargo, contrario al bagaje común, éste no puede controlarse. Nadie crece sin una cultura, porque ésta le guía en el pensar, en el sentir y en el comportarse en el mundo.

1. La cultura como un iceberg. Me gusta la imagen de la cultura como un iceberg con una décima parte por encima de la superficie. Esta es la obvia diferencia entre el idioma, los valores y las normas.

Nosotros no nos hacemos conscientes de las profundas diferencias culturales hasta que un iceberg con el 90% de su volumen en la superficie colisiona con otro. Debido a que mucho de la cultura de cada persona es inconsciente, constantemente experimentamos colisiones que resultan en malentendidos e incomodidad para la comunicación interpersonal.

La razón por la cual la mayor parte de nuestra cultura es inconsciente se debe a que toma mucho trabajo pensar todo el tiempo en lo que hacemos. Si lo hiciéramos, no tendríamos ni el tiempo ni la energía para pasar el día. Aquellos de ustedes que han vivido o viajado a otros países recordarán la fatiga cultural tratando de darle sentido a las cosas.

El aprendizaje cultural, a través de las llamadas colisiones del iceberg, resalta la magnitud de las diferencias culturales traídas a la conciencia. Cada colisión es una oportunidad para aprender. Cada aprendizaje puede ser incómodo y algo doloroso pero altamente necesario. Por ejemplo, en mi investigación cotidiana, constantemente me sorprende de cómo soy de norteamericana. Uno de los valores más importantes de los afganos es la hospitalidad; sus visitantes son tesoros, bienvenidos, tratados pródigamente y alimentados con cantidad de comida deliciosa. Mi asistente de investigación, quien se expresa libremente, me dice que yo ofendo a la gente porque soy "egoísta". Yo rehúso la cuarta tasa de té porque la cafeína me quita el sueño. Yo rehúso los dulces cuidadosamente preparados, o un segundo plato de abundante comida porque estoy tratando de no ganar más peso y eso genera mucha grasa. Aun cuando les explico, las afganas tienden a ver esto como un rechazo a su hospitalidad. Las insulto aún más cuando trato de ayudar a lavar la vajilla, porque yo soy una huésped y a los huéspedes hay que atenderlos.



Bernardino Luini. (Luino, hacia 1480 - Milán, hacia 1543), escuela lombarda: *Muchachos lavándose*. Fragmento de un fresco. Milán, Galería Brera.



Bernardino Luini. (Luino, hacia 1480 - Milán, hacia 1543), escena lombarda: *Muchachas bañándose*, fragmento de un fresco, Milán, Galería Brera.

D. Ilustración de la flexibilidad. Permítanme dar un ejemplo. Yo tuve una confrontación con el señor X, un padre árabe, quien estaba muy preocupado porque su hija de veinte años se había ido de la casa por las excesivas restricciones sociales. Él sospechaba que yo sabía dónde se encontraba (yo lo sabía) y quería que regresara. Su voz era fuerte, su contacto visual intenso, y se veía furioso y amenazante. Después de algunos minutos, me di cuenta de que estaba más preocupado y triste que furioso; él actuaba como un árabe que tiene algo importante que decir. Yo me observé y me di cuenta que me estaba moviendo hacia atrás y que me estaba quedando callada, lo que el probablemente interpretaba como un desinterés pasivo. Así que me incliné hacia delante, lo miré directamente a los ojos y le dije fuerte, que lo llamaría si sabía de su hija para decirle que ella estaba bien. Él me respondió, "bien, gracias".

Problemas en la comunicación intercultural

1. Etnocentrismo es la convicción de que la manera cómo uno hace las cosas en su propio grupo cultural, es la mejor o la única correcta. 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. El etnocentrismo puede expresarse verbalmente o a través de actitudes no verbales de superioridad, una buena manera de ofender a nuestros pacientes!

2. Estereotipos. La información cultural en sí misma interfiere con el cuidado si las (os) enfermeras (os) la utilizan como un libro de recetas de cocina y tratan de aplicar los "hechos" culturales indiscriminadamente a un paciente con cierto ancestro cultural. La información cultural puede conducir a estereotipar los pacientes. Estereotipar es hacer suposiciones acerca de la persona, basándose en su pertenencia a un grupo sin preocuparse por saber si encaja en esa suposición. Es importante saber si la persona se considera igual o diferente de los otros que pertenecen a su grupo cultural, debido a la edad, educación y características personales que la hacen diferente.

Sugerencias para el cuidado de enfermería

A. Evaluación cultural. Iniciando con una perspectiva objetiva, veamos cómo se hace una evaluación cultural. Existen varias herramientas que van desde una breve hasta una muy completa. Qué tan completa puede hacerse depende de cuánto tiempo se le pueda dedicar al paciente.

Pienso que una evaluación general, mínimo debe incluir la siguiente información:

1. Evaluación general.

a. Inmigración y generación: No asuma ningún aspecto. Toni Tripp-Reimer en un estudio sobre los griegos americanos encontró que en la cuarta generación aún permanecían algunas creencias y prácticas como el mal de ojo.

La historia de algunos inmigrantes es particularmente importante en poblaciones provenientes de países destrozados por la guerra, como por ejemplo los camboyanos, hmong, afganos, palestinos y centroamericanos. Algunas familias pueden haber tenido experiencias muy traumáticas, tales como la "desaparición" de alguno de sus miembros, o haber visto cómo mataban a la gente.

b. Lenguaje. Primero, segundo y si la persona lee siquiera su idioma natal. ¿Qué idioma se habla en el hogar?

c. Comunicación no verbal. Observe hacia donde fija la mirada y los movimientos la persona. ¿Hacia usted y lejos de usted? Observe la postura y otros aspectos.

d. Religión. Pregunte qué y cómo la practica. ¿Existe alguna prohibición religiosa para el tratamiento?

e. Identidad étnica. Pregunte si los amigos más cercanos son del mismo grupo o de otros grupos. Si el paciente es un inmigrante, ¿qué tanto se identifica con el grupo de su propia cultura?

f. Alimentos. ¿Qué clase de alimentos consume en el hogar? En los restaurantes, ¿qué escoge para comer? ¿Alergias, alimentos prohibidos por su religión? ¿Hay abundancia en los alimentos? ¿Hace una comida principal en el día, o ayuna, etc.? La cantidad de información que se obtenga depende de la forma como se aborde el problema.

g. Definición de familia. ¿Cuáles son las características culturales de su familia? ¿Nuclear o extensa? ¿También se incluye en ella a los amigos? Los haitianos por ejemplo y otras culturas caribeñas incluyen a todos los parientes, las familias polítmicas y los amigos cercanos de todas las generaciones que están alrededor. Así que ellos son leales con un grupo muy amplio de personas. Algunos niños de los indios norteamericanos consideran que tienen varias madres, porque ellos pueden vivir con quien quieran en el clan que escojan; si la madre biológica es incapaz de cuidar al niño, una hermana o cuñada asume la crianza.

Debido a que los miembros de la familia son la mayor fuente de apoyo para los grupos de inmigrantes, pídale al paciente que enumere quién conforma la familia, cuál es la relación y de quién depende el apoyo social. Por ejemplo, ¿después de la cirugía quién le ayudará a preparar los alimentos? ¿A quién le puede pedir ayuda para el manejo de las finanzas? También trate de determinar la fortaleza de los lazos familiares. A los miembros no familiares, ¿se les confía información personal? ¿Se les pide ayuda? ¿Quién toma las decisiones familiares?

Algunos niños de los indios norteamericanos consideran que tienen varias madres, porque ellos pueden vivir con quien quieran en el clan que escojan; si la madre biológica es incapaz de cuidar al niño, una hermana o cuñada asume la crianza.

h. Creencias sobre la enfermedad. Kleinman, Eisenberg y Good, propusieron unas preguntas para determinar las creencias acerca de la enfermedad. Las respuestas dan una buena idea de la visión que tiene el paciente de la causa de su enfermedad y de cuando se inició. Por ejemplo, un castigo de Dios es muy distinto a una bacteria o a un sistema inmune débil. Sin embargo, puede no tenerse la oportunidad de incluir todas las preguntas por falta de tiempo o porque el paciente se siente incómodo de decir lo que realmente piensa acerca de la causa de la enfermedad, o porque teme que se le considere supersticioso o anticuado. Explicándole qué realmente quiere usted saber porque así lo podrá ayudar mejor, puede lograr que colabore más y todo mejore un poco. Las creencias acerca de la enfermedad, conducen a datos específicos del problema.



2. Evaluación específica. De-
trás de la presentación del problema y
lo relacionado con el mismo, está aque-
llo que debe relacionarse para su pre-
sentación. Pacientes de maternidad
inmigrantes del Oriente Medio que no
parecen estar "cautivados" con el
bebé, por ejemplo. Pregúnteles cómo
se lleva a cabo el parto en su país de
origen, quién lo atiende, quién cuida
el bebé, las costumbres posparto y ali-
mentos especiales en el posparto. Un
ejemplo del problema de los datos es-
pecíficos son las pacientes
camboyanas que no reciben medica-
mentos orales después del parto.
Cuando la enfermera le preguntó a una
de ellas qué comen y beben las muje-
res de su país en el posparto, ella dijo,
"alimentos calientes, un pollo entero
preparado en sopa, nada frío". La en-
fermera se dio cuenta que la paciente
creía en un sistema frío y caliente. Ella
no rechazaba la medicación en sí, sino
el agua helada en la mesa de noche.
La enfermera le dio las pastillas con
agua tibia, y no hubo problema.

¿Cómo se obtienen estos datos? Preguntándole al paciente. Al-
gunas (os) enfermeras (os) piensan que preguntarle al paciente acerca
de su cultura es escudriñar y sienten temor que ellos lo tomen como un
insulto. Las personas lo toman como un insulto cuando se sienten
estereotipadas y abordadas de manera inapropiada, como llamar por su
nombre de pila a una mujer mayor, pero raramente hemos encontrado a
alguien que se sienta insultado por un interés sincero. Si su actitud es
la de un aprendiz que respeta lo que el paciente puede enseñarle acerca
de su cultura, puede lograr que la gente se sienta halagada por el interés
que percibe. Nosotros nos quedamos asidos a los roles que supone-
mos conocer de todos los proveedores de salud.

b. Intervenciones que incorporan creencias y prácticas culturales.

Trate de imaginarse qué creencias y prácticas del paciente van en detrimento de
su salud y cuáles son positivas.

Las prácticas positivas y neutras pueden incorporarse al cuidado: por ejem-
plo, si el paciente necesita líquidos tomará caldos y té de yerbabuena que la familia
le trae de la casa; o puede visitarlo un sanador religioso y orar con el paciente.

Regla general: refuerce las creencias y prácticas de salud positivas o
neutras, porque esto inspira confianza en el proveedor de salud. Por ejemplo, si
la familia dice que Dios ayudará a la curación del paciente, trate por todos los
medios que él y su familia tengan un buen ambiente para la oración.

¿Cuáles serían los ejemplos de las prácticas neutras? Llevar un amuleto
que lo proteja del mal de ojo. ¿Ejemplos de prácticas dañinas? Creencias y prác-
ticas que potencialmente pueden hacerle daño, y que deben ser discutidas con la
familia, explicándole cómo y por qué pueden ser dañinas.

Cambios en la dieta: salsa de soya para el paciente
hipertenso, trabajar con la nutricionista para sustituirla por
otras hierbas o especias con menos sal y que puedan usar-
se para conservar el sabor tradicional de los alimentos.

Posiblemente el espíritu de la evaluación cultural pueda ubicarse en un
modelo de situación específica que puede surgir de responder preguntas como:
¿Cuáles son las necesidades de esta cultura, y cómo se "muestran respeto" a
este grupo cultural en este momento del tiempo? ●