



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO ACADÉMICO

**“CUIDADOS TRANSCULTURALES DE LA ENFERMERA DESDE
LA PERCEPCION DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE
CIRUGIA DEL HOSPITAL APOYO DE BARRANCA PERIODO
JULIO A DICIEMBRE 2017”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:
CUIDADOS QUIRURGICOS**

PRESENTADO POR:

LIC. SEBASTIANA TEODOSIA ABARCA CABANILLAS

ASESOR

DRA. JUANA MARCOS ROMERO

CHINCHA - ICA - PERU

2018

INTRODUCCION

Nosotros como enfermeros (as), que estamos al cuidado de la salud del paciente, familia, y comunidad no debemos estar ajenos a los cambios socioculturales que están no solo transformando, a los indicadores sociodemográficos de la sociedad sino también a su sistema de valores.

Como profesionales de enfermería tenemos cada día una variedad de pacientes a las que cuidar. Y vemos que ahora no se atiende a pacientes de nuestra propia jurisdicción de quien conocemos su cultura, sino también personas que llegan de otros lugares y con distintas características y, en ocasiones, procedentes de culturas diferentes a la nuestra. De ahí la necesidad de conocer la contextualización de la cultura para comprender desde la perspectiva del paciente la salud y la enfermedad todo ello para optimizar la relación del profesional de enfermería y el paciente¹ (Sol

Tarres Chamorro, 2001,17 articulo 15)

El concepto de enfermería transcultural surge de la década de 50 y vemos que ella surge para tratar de unir la práctica de la enfermería con el conocimiento antropológico, que luego le permita ofrecer un mejor cuidado a los pacientes que cada día son más diversos en sus culturas. A partir de ello la enfermera (o) que brinda cuidados Transcultural debería considerar puntos de vista étnicos, personales o culturales relativos a los cuidados que tiene el paciente para considerarlo como base del cuidado asistencial que brindara. Entonces puedo afirmar que la enfermera (o) para brindar una atención integral y holística debe considerar el aspecto cultural del paciente, sus creencias, valores y prácticas del paciente.

Este proyecto busca analizar si la enfermera del servicio de cirugía brinda cuidados teniendo en cuenta la teoría de los Cuidados transculturales, y al mismo tiempo identificar que accionar de enfermería está más comprometido en este tema. Los resultados de la investigación proporcionaron información sobre el valor y la importancia de la aplicación de la teoría en el diario atender del profesional de enfermería.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios todopoderoso
por haberme conservado con vida,
salud, y cuidado hasta el día de hoy.

A mi familia por creer en la educación y
con su sacrificio me permite concluir
una etapa más de mi formación como profesional.

A la Universidad por darme la oportunidad
de estudiar la presente especialidad la cual
me permitirá ser más competente en el área

A la profesora del curso que estuvo con nosotros
en cada momento aclarando nuestras dudas

Lic. Carmen Teresa Cruz Carbajal

INDICE

| CONTENIDO | Pág. |
|--|-------------|
| Caratula | 1 |
| Introducción | 2 |
| Agradecimiento | 4 |
| Índice | 5 |
| Resumen | 7 |
| I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | 8 |
| 1.1. Situación problemática | 9 |
| 1.2. Formulación del problema principal y específico | 10 |
| 1.3. Importancia | 11 |
| II. MARCO TEORICO DE LA INVESTIGACION | |
| 2.1. Antecedentes | 11 |
| 2.2. Bases teóricas | 18 |
| 2.3. Marco conceptual | 21 |
| III. OBJETIVOS | |
| 3.1. Objetivo general | 38 |
| 3.2. Objetivo específicos | 39 |
| IV. HIPOTESIS Y VARIABLES | |
| 4.1. Hipótesis | 39 |
| 4.2. Variables | 39 |
| 4.3. Operacionalización de variables | 41 |
| V. ESTRATEGIA METODOLOGICA | |
| 5.1. Tipo y nivel de investigación | 42 |
| 5.2. Diseño de investigación | 42 |
| 5.3. Población – Muestra | 42 |
| 5.4. Técnicas e instrumentos de recolección de información | 42 |
| 5.5. Técnicas de análisis e interpretación de datos | 42 |

VI. PRESENTACION INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

| | |
|--|-----------|
| VII. CONTRASTACIÓN DE HIPOTESIS | 43 |
| CONCLUSIONES | 45 |
| RECOMENDACIONES | 46 |
| FUENTE DE INFORMACIÓN | 47 |
| ANEXOS | 49 |

RESUMEN:

El presente trabajo de investigación se realiza con el objetivo de: Determinar la relación entre los cuidados transculturales de la enfermera (o) y la percepción de los pacientes en el servicio de cirugía del hospital de Barranca.

El método: estudio Cuantitativo, descriptivo correlacional de cohorte trasversal que se aplicara a 26 pacientes comprendidas en el ambiente de hospitalización del servicio de cirugía. Para la recolección de datos se utilizará el cuestionario de Likert con tabla de doble entrada donde se muestra los cuidados transculturales que brinda la enfermera y la percepción del paciente del cuidado que recibe.

Los resultados que se obtengan nos permitirá orientar a los profesionales de enfermería para adecuar culturalmente los cuidados que brinda la enfermera a los pacientes del servicio con un enfoque transcultural tema poco estudiado en nuestro hospital.

ABSTRACT:

This research work is carried out with the aim of: To determine the relationship between the transcultural care of the nurse and the perception of the patients in the surgery service of the Barranca hospital.

The method: a quantitative, descriptive, cross - sectional cohort study that will be applied to 26 patients included in the general surgery, traumatology and urology environment of the surgical service. For the collection of data will be used the Likert questionnaire with double entry table showing the transcultural care provided by the nurse and the patient's perception of the care they receive.

The results obtained will allow us to guide the nursing professionals to culturally adapt the care provided by the nurse to the patients of the service with a cross-cultural approach little studied in our hospital.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad Problemática

El hospital de Apoyo de Barranca se encuentra ubicado en el distrito de Barranca, provincia de Barranca y departamento de Lima. A nuestro hospital acuden personas con gran diversidad cultural, provenientes de la zona sierra de nuestra provincia y de la zona de Ancash, Huánuco, y también pacientes que viven en la zona proveniente de la Selva etc.; estos pacientes presentan una gran diversidad cultural expresada en su concepción de salud y enfermedad creando una expectativa de cuidado de su salud parte del profesional de enfermería.

La realidad actual muestra que los profesionales de la salud entre ellos el profesional de enfermería, brindan cuidados en los diferentes servicios del hospital tanto en consultorios y en hospitalización centrado más en la recuperación y/o restauración de la salud física de los pacientes. La enfermera que trabaja en el servicio de cirugía del hospital de Barranca, brinda atención a 3 tipos de pacientes que requieren intervención quirúrgica: Los pacientes de traumatología, los pacientes de urología y los pacientes de cirugía general. El conjunto de pacientes expresan diferentes grupos culturales la cual crea situaciones para poner a prueba la capacidad de la enfermera (o) para conjugar sus conocimientos con los aspectos culturales de cada paciente considerando que la cultura que trae cada paciente a su servicio es parte de la identidad de su persona que la cual debe ser reconocida en el cuidado que recibe de su persona como profesional de enfermería, reconociendo con ello , que el hecho de brindar cuidado de la salud a través de las diversas culturas se volverá en un reto que debe alcanzar

El presente trabajo de investigación parte de las observaciones realizadas no solo en el servicio de cirugía sino a nivel de todos los servicios lugar donde el profesional de enfermería brinda cuidados al paciente. Se puede evidenciar no solo a través de los comentarios de los mismos pacientes sino también en las hojas estandarizadas de valoración que utiliza el profesional de enfermería no considera su contexto cultural, ni se esfuerzan por conocerla, ítem que a mi juicio debería ser considerado en la valoración que realiza la enfermera y que permitiría una atención más integral y oportuna

Así mismo resaltamos la importancia del presente trabajo porque el cuidado de la enfermera teniendo en cuenta el enfoque transcultural es un tema poco estudiado en nuestro hospital. A través de los resultados que se obtendrían del presente estudio nos permitiría sensibilizar a todas las licenciadas en enfermería para ellas incorporen el abordaje transcultural en los formatos de valoración del cuidado que brindan a todos los pacientes del servicio de cirugía. Así mismo evaluar la percepción del paciente del servicio de Cirugía sobre el cuidado transcultural de enfermería nos ayudaría para el planificar, organizar, coordinar, direccionar las actividades desarrolladas por el personal profesional de enfermería que trabaja en el servicio de Cirugía del hospital de Barranca.

1.2. Delimitación de la Investigación

El presente proyecto de investigación se desarrollará en el hospital de apoyo de Barranca con el personal de salud, que trabaja en el servicio de Cirugía en el periodo de julio a diciembre del 2017. El desarrollo del presente proyecto de investigación, considerará al personal de salud perteneciente al servicio de Cirugía de Hospital de Apoyo de Barranca. Servicio que atiende pacientes con gran diversidad cultural. Dentro del presente proyecto de investigación los conceptos que vamos estudiar son: La cultura, transculturalidad, cuidados

transculturales, percepción, pacientes de cirugía, de traumatología, de urología, etc.

1.3. Problemas de la Investigación

1.3.1 Problema Principal titulo

¿Cuál es la relación entre los cuidados transculturales de la enfermera (o) y la percepción de los pacientes en el servicio de cirugía del Hospital de Barranca diciembre 2016?

1.3.2 Problemas Secundarios

- ¿Cuál es la relación entre los cuidados transculturales de la enfermera(o) y la percepción de los pacientes según competencia cultural?
- ¿Cuál es la relación entre los cuidados transculturales de la enfermera y la percepción de los pacientes en el componente interpersonal?
- ¿Cuál es la relación entre los cuidados transculturales de la enfermera y la percepción de los pacientes en el componente confort?

1.4. Objetivos de la Investigación

1.4.1 Objetivos General

Determinar la relación entre los cuidados transculturales de la enfermera (o) y la percepción de los pacientes en el servicio de cirugía del Hospital Apoyo de Barranca.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Analizar la relación entre los cuidados transculturales de la enfermera(o) y la percepción de los pacientes según competencia cultural.

- Describir la relación entre los cuidados transculturales de la enfermera y la percepción de los pacientes del componente interpersonal.
- Identificar la relación entre los cuidados transculturales de la enfermera y la percepción de los pacientes del componente confort.

1.5. Justificación e Importancia de la Investigación

1.5.1 Justificación e Importancia

El presente trabajo de investigación es de gran importancia para el profesional porque permitirá orientar a los profesionales de enfermería a adecuar culturalmente los cuidados que brinda a los pacientes del servicio.

Así mismo resaltamos la importancia porque el cuidado de la enfermera teniendo en cuenta el enfoque transcultural es un tema poco estudiado en nuestro hospital.

A través de los resultados del presente estudio se pretende sensibilizar a todas las licenciadas en enfermería para incorporen el abordaje transcultural en el cuidado que brindan a todos los pacientes del servicio.

1.5.2 Limitaciones

Las principales limitaciones que encontramos son:

1. No encontramos datos estadísticos en los trabajos de investigación realizadas,
2. Es un tema nuevo para las enfermeras que trabajan en el Servicio de cirugía.
3. Escasa bibliografía sobre este tema a nivel nacional y a nivel local no se evidencia ningún trabajo de investigación sobre este tema.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del Problema

Teniendo en cuenta los trabajos ya realizados, citaremos al autor Joshep R. Betancourt et al con el trabajo titulado “Definición de la competencia cultural: un marco practico para abordar las disparidades raciales / étnicas en la salud y la atención de la salud” (2016)

Objetivos.

Las disparidades raciales / étnicas en la salud en los Estados Unidos han sido bien descritas. El campo de la "competencia cultural" se ha convertido en una estrategia para abordar estas disparidades. Con base en una revisión de la literatura relevante, los autores desarrollan una definición de competencia cultural, identifican los componentes clave para la intervención y describen un marco práctico para la implementación de medidas para abordar las disparidades raciales / étnicas en la salud y la atención médica.

Métodos.

Los autores realizaron una revisión bibliográfica de publicaciones académicas, de fundaciones y gubernamentales que se centran en las barreras socioculturales a la atención, el nivel del sistema de atención médica en el que se produce una barrera determinada y los esfuerzos de competencia cultural que abordan estas barreras.

Resultados.

Las barreras socioculturales a la atención se identificaron a nivel organizacional (liderazgo / fuerza laboral), estructural (procesos de atención) y clínico (encuentro entre el proveedor y el paciente). Un marco de

intervenciones de competencia cultural, incluyendo reclutamiento de minorías en las profesiones de la salud, desarrollo de servicios de intérprete y materiales educativos de salud apropiados para el idioma y educación de proveedores sobre cuestiones interculturales surgió para categorizar estrategias para abordar las disparidades raciales / étnicas en salud y salud cuidado.

Conclusiones

Los cambios demográficos anticipados durante la próxima década aumentan la importancia de abordar las disparidades raciales / étnicas en la salud y la atención de la salud. Un marco de intervenciones organizacionales, estructurales y de competencia cultural clínica puede facilitar la eliminación de estas disparidades y mejorar la atención para todos los estadounidenses.

Siguiendo con los trabajos, citaremos al autor Peter Coventry et al, con el trabajo titulado “Atención primaria integrada para pacientes con multimorbilidad mental y física: ensayo controlado aleatorizado grupal de atención colaborativa para pacientes con depresión mórbida con diabetes o enfermedad cardiovascular” (2017)

Objetivo Comprobar la eficacia de un modelo integrado de atención colaborativa para personas con depresión y condiciones físicas a largo plazo.

Estableciendo 36 prácticas generales en el noroeste de Inglaterra.

Los participantes 387 pacientes con un registro de diabetes o enfermedad cardíaca, o ambos, que tenían síntomas depresivos (≥ 10 en el cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9)) durante al menos dos semanas. La edad promedio fue de 58.5 (SD 11.7). Los participantes informaron una media de 6.2 (SD 3.0) condiciones a largo plazo distintas de la diabetes o enfermedad cardíaca; 240 (62%) eran hombres; 360 (90%) completaron la prueba.

Intervenciones La atención colaborativa incluyó la preferencia del paciente por la activación del comportamiento, la reestructuración cognitiva, la exposición gradual y / o el asesoramiento sobre el estilo de vida, el tratamiento del tratamiento farmacológico y la prevención de las recaídas. Hasta ocho sesiones de tratamiento psicológico fueron proporcionadas por profesionales de bienestar psicológico especialmente capacitados empleados por los servicios de Mejora del acceso a la terapia psicológica en el Servicio Nacional de Salud inglés; la integración de la atención se mejoró con dos sesiones de tratamiento impartidas conjuntamente con la enfermera de práctica. La atención habitual fue la práctica clínica estándar proporcionada por médicos generales y enfermeras de práctica.

Principales medidas de resultado El resultado primario fue la reducción de los síntomas de la depresión en la escala de depresión autoinforme de la lista de verificación de síntomas 13 (SCL-D13) a los cuatro meses de la evaluación inicial. Los resultados secundarios incluyeron síntomas de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada 7), autocontrol (cuestionario de impacto en la educación sanitaria), discapacidad (escala de discapacidad Sheehan) y calidad de vida global (WHOQOL-BREF).

Resultados 19 prácticas generales se asignaron al azar a la atención colaborativa y 20 a la atención habitual; tres prácticas se retiraron del ensayo antes de que los pacientes fueran reclutados. 191 pacientes fueron reclutados de las prácticas asignadas a la atención colaborativa, y 196 de las prácticas asignadas a la atención habitual. Después del ajuste para la puntuación de depresión inicial, las puntuaciones depresivas medias fueron 0,23 SCL-D13 puntos más bajas (intervalo de confianza del 95% -0,41 a -0,05) en el grupo de atención colaborativa, igual a un tamaño de efecto estandarizado ajustado de 0,30. Los pacientes en el grupo de intervención también informaron que eran mejores autogestores, calificaron su atención como más centrada en el

paciente y estaban más satisfechos con su atención. No hubo diferencias significativas entre los grupos en la calidad de vida, la calidad de vida específica de la enfermedad, la autoeficacia, la discapacidad y el apoyo social.

Conclusiones:

El cuidado colaborativo que incorpora terapia psicológica breve de baja intensidad en asociación con enfermeras de práctica en atención primaria puede reducir la depresión y mejorar el autocontrol de la enfermedad crónica en personas con multimorbilidad mental y física. El tamaño de los efectos del tratamiento fue modesto y fue menor que el efecto pre especificado, pero se logró en una prueba de rutina con una población privada con altos niveles de multimorbilidad mental y física.

Citaremos al autor Mellar P. Davis et al, con el trabajo titulado “Una revisión de los ensayos que examinan la integración temprana de los cuidados paliativos ambulatorios y domiciliarios para pacientes con enfermedades graves” (2017)

Antecedentes:

los cuidados paliativos han surgido como cuidados que apuntan específicamente a abordar las deficiencias inherentes a los enfoques centrados en la enfermedad a fin de mejorar la calidad de la atención en enfermedades graves, tanto para los pacientes como para las familias y para los sistemas de atención médica. Los cuidados paliativos tardíos para pacientes con enfermedades graves mitigan los beneficios para los pacientes, las familias y los sistemas de atención médica. Los investigadores han realizado esfuerzos para definir el impacto de las primeras intervenciones de cuidados paliativos en los resultados de los sistemas de atención de salud,

pacientes y familiares. Llevamos a cabo una revisión sistemática de los ensayos aleatorios de atención paliativa ambulatoria y domiciliaria, dos lugares donde se realizan los primeros cuidados paliativos, para examinar la evidencia de los beneficios de cuidados paliativos.

Métodos:

Se usaron varios términos; la búsqueda se realizó en PubMed. A partir de esta búsqueda, se seleccionaron ensayos aleatorizados de 62 referencias derivadas de esta búsqueda que parecían ser estudios primarios. Las búsquedas manuales se realizaron en las referencias. Quince ensayos de control aleatorizado de cuidados paliativos ambulatorios y 13 ensayos de control aleatorizado de cuidados paliativos domiciliarios se recogieron y cotejaron en tablas. Siete revisiones sistemáticas obtenidas y resultados resumidos en una tabla.

Resultados:

Las ventajas de los cuidados paliativos incluyen la mejora de ciertos síntomas como depresión, mejor calidad de vida del paciente, reducción de la atención agresiva al final de la vida, aumento de las directivas avanzadas, hospitalización y estancia hospitalaria reducida, mejor carga del cuidador y mejor mantenimiento de la calidad del cuidador. Vida y reducción en el costo médico de la atención, así como en la satisfacción del paciente y la familia. Existen ensayos aleatorizados que demuestran que los síntomas y la calidad de vida no mejoran, y que la utilización de los recursos y los costos no son diferentes de los cuidados "habituales". Siete revisiones sistemáticas de ensayos aleatorios llegaron a conclusiones similares.

Discusión: Los aspectos metodológicos notables explican las diferencias en los resultados. Las definiciones de cuidados paliativos "tempranos" diferían enormemente. No hubo descripciones de lo que se entendía por cuidado

"habitual" en el brazo de control. Los diseños y procedimientos de estudio con frecuencia eran defectuosos. Las poblaciones fueron heterogéneas en muchos estudios y los desequilibrios entre los asignados aleatoriamente ocurrieron con frecuencia. El cuidado directo del paciente versus la consulta solamente, jugó un papel. La suposición de que el mismo modelo de atención era igualmente eficaz en diferentes enfermedades no estaba demostrada. La deserción fue en promedio del 40% y el cegamiento de las personas que evaluaron los resultados con frecuencia no se menciona. Los cálculos de potencia fueron poco frecuentes. El análisis de intención de tratar a menudo no se realizó. Los estudios actuales no alcanzaron la meta de medir todos los factores relevantes para evaluar los costos-beneficios,

Conclusiones: Múltiples estudios han demostrado varios beneficios para la atención paliativa temprana ambulatoria para pacientes con cáncer metastásico recién diagnosticado. Sin embargo, se necesitan estudios mejor diseñados y ejecutados para determinar el mejor momento para intervenir y el mejor modelo de atención.

Por otro lado, tendremos al autor Cheryl Moir et al con el trabajo titulado "Comunicarse con los pacientes y sus familias sobre cuidados paliativos y al final de la vida: comodidad y necesidades educativas de las enfermeras" (2016)

Introducción:

La discusión efectiva de cuidados paliativos con pacientes y familias requiere conocimiento y habilidad. El propósito de este estudio fue determinar las necesidades percibidas de las enfermeras hospitalizadas para comunicarse con los pacientes y las familias sobre la atención paliativa y al final de la vida (EoL).

Método:

Se utilizó un diseño no experimental. En total, 60 enfermeras internados de un hospital de Idaho completaron la Encuesta de cuidadores profesionales al final de la vida (EPCS), que examina tres dominios: comunicación centrada en el paciente y la familia, valores culturales y éticos, y entrega efectiva de la atención.

Resultados:

El número de años de experiencia de las enfermeras ($F(9,131.57) = 2,22, p = 0,0246$; Wilk's $\Lambda = 0,709$) y la unidad en la que trabajaron ($F(6,110) = 2,49, p = 0,0269$; Wilk's $\Lambda = 0,775$) tuvieron un efecto significativo en su comodidad discutiendo la Edú y la atención paliativa con los pacientes y sus familias. Para los tres dominios, años de experiencia en enfermería se asociaron positivamente con la comodidad en la comunicación sobre la atención de la Ed. Las enfermeras de oncología se sentían más cómodas con respecto a la comunicación centrada en el paciente y la familia.

Discusión:

El éxito y la sostenibilidad de este servicio dependen de la educación de los proveedores de atención médica. Se necesitan estudios para determinar las formas más efectivas de enfrentar este desafío educativo.

Tendremos al autor Arif H. Kamal et al, con el trabajo titulado "Medidas de calidad para cuidados paliativos en pacientes con cáncer: una revisión sistemática" (2016)

Dentro de las medidas de calidad para los cuidados paliativos, a menudo hay un enfoque en los síntomas y los efectos adversos de la terapia; se presta

poca atención a otros aspectos del sufrimiento observado en pacientes con cáncer avanzado, como angustia psicológica y social.

Propósito:

La evaluación de calidad es un componente crítico para determinar el valor de los servicios médicos, incluidos los cuidados paliativos. La caracterización del portafolio actual de medidas que evalúan la calidad de los cuidados paliativos entregados en oncología es necesaria para identificar las brechas e informar el desarrollo futuro de las medidas.

Métodos:

Realizamos una revisión sistemática de MEDLINE / PubMed y la literatura gris para las medidas de calidad relevantes para los cuidados paliativos. Las medidas se categorizaron en dominios del National Quality Forum y se revisaron para la metodología de desarrollo y contenido. Las medidas se analizaron adicionalmente para extraer conclusiones sumativas sobre el alcance y el alcance.

Resultados:

Se identificaron doscientas ochenta y cuatro medidas de calidad dentro de 13 conjuntos de medidas. Los dominios más comunes para el contenido de la medida fueron Aspectos físicos de la atención (35%) y Estructura y procesos de atención (22%). De las medidas relacionadas con los síntomas, el dolor (36%) y la disnea (26%) fueron los más abordados. Los aspectos espirituales (4%) y culturales (1%) de cuidado fueron los menos representados. En general, las medidas abordaron los procesos de atención, no delinearon puntos de referencia para el éxito, y con frecuencia no especificaron las intervenciones previstas para abordar las necesidades no satisfechas. Esto

fue más evidente con respecto a cuestiones de evaluación y gestión psicosocial y espiritual.

Conclusión:

Dentro de una gran cohorte de medidas de calidad para los cuidados paliativos, la atención a menudo se centra en las manifestaciones físicas de la enfermedad y los efectos adversos de la terapia; se presta relativamente poca atención a los otros aspectos del sufrimiento que se observan comúnmente entre los pacientes con cáncer avanzado, incluida la angustia psicológica, social y espiritual.

2.2. Bases Teóricas

Teoría de la diversidad y la universalidad: Modelo de Madeleine Leininger.

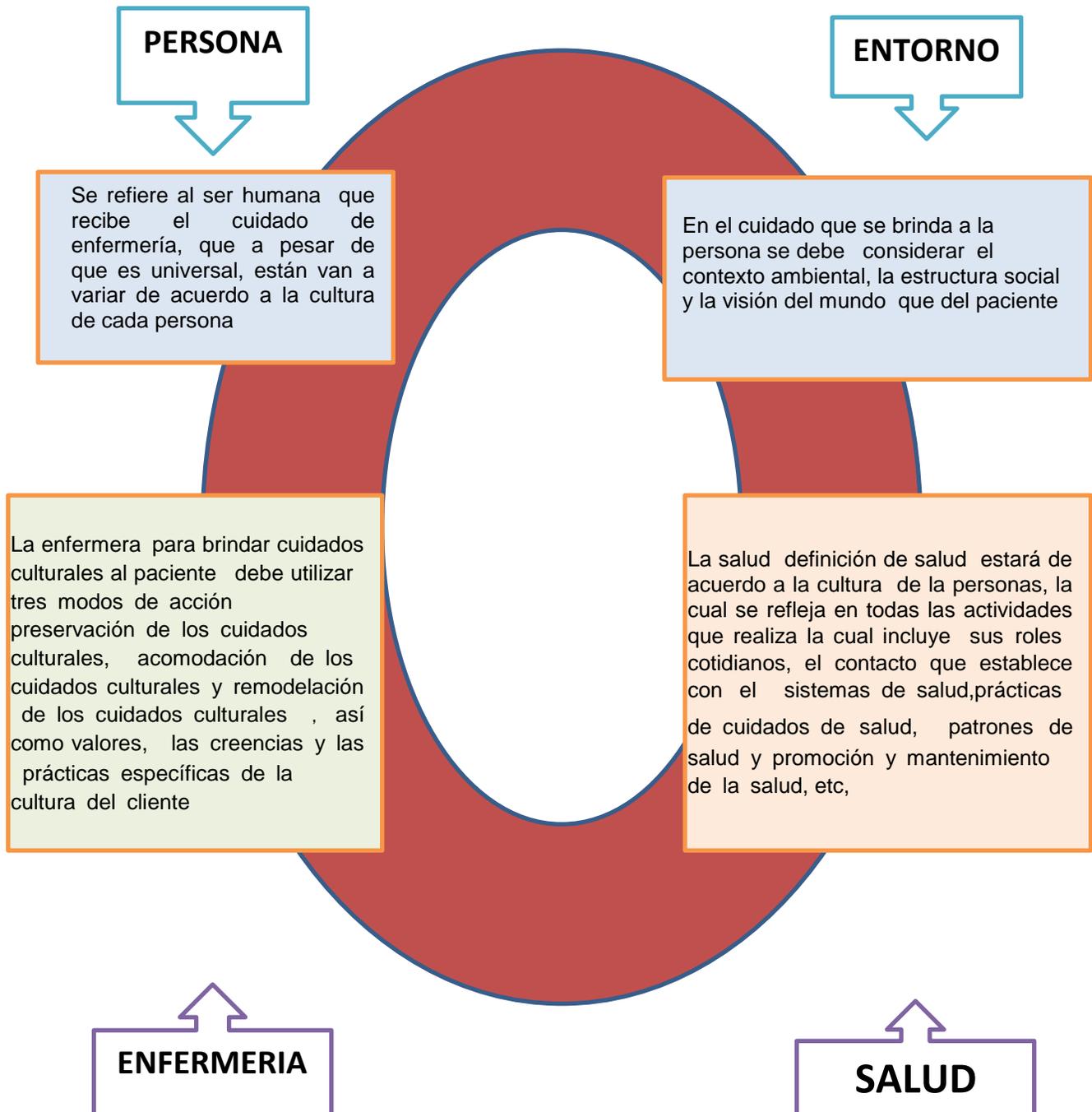
LEININGER.

Fue la primera enfermera profesional graduada a quien premiaron en antropología cultural y social y fue fundadora de la teoría de Enfermería transcultural.

FUENTES TEORICAS:

Basándose en su teoría Leininger expone que la óptica de la enfermera transcultural trasciende no solo en los conocimientos que maneja sino también en el uso del saber de los cuidados enfermeros culturales en la practicar de cuidados culturalmente que brinda al paciente la cual es congruente y responsable. La autora llega a la conclusión de que en el futuro la cultura y el cuidado van hacer son los medios más amplios para comprender y entender a las personas y que esta también será imprescindible tenerlo en consideración para la formación y la práctica del profesional de enfermería¹¹.

CONCEPTOS DEL PARADIGMA ENFERMERO EN ESTA TEORIA Según Leininger



2.3. Marco conceptual

El impacto de los factores socioculturales, la raza, la etnia y el dominio limitado del inglés (LEP) en la atención clínica es cada vez más importante en la prestación de atención médica de calidad y es el foco de un creciente cuerpo de literatura. El trasfondo sociocultural influye en las perspectivas, los valores, las creencias y las conductas del paciente con respecto a la salud y el bienestar. Estos factores dan lugar a variaciones en el reconocimiento de los síntomas, los umbrales de búsqueda de atención, la comprensión de las estrategias de gestión, las expectativas de atención (incluidas las preferencias a favor o en contra de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos) y la adherencia a medidas preventivas y medicamentos.

Las diferencias socioculturales entre pacientes y proveedores influyen en la comunicación y la toma de decisiones clínicas. La evidencia vincula claramente la comunicación clínico-paciente con la satisfacción del paciente, la adherencia y los resultados de salud. Se puede obtener una atención de menor calidad cuando los médicos no reconocen y entienden las diferencias socioculturales entre sus pacientes y ellos mismos.

El campo de la atención intercultural se centra en la capacidad de comunicarse de manera efectiva y proporcionar atención médica de calidad a pacientes de diversos antecedentes socioculturales. No hay literatura empírica que compare la efectividad de los diferentes modelos de atención y comunicación transculturales. Existe una excelente evidencia empírica que muestra que los esfuerzos para educar a los profesionales de la salud en la atención intercultural mejoran el conocimiento y la buena evidencia de que mejoran las actitudes y habilidades. Los grupos de acreditación para la educación médica de pregrado y posgrado en los Estados Unidos requieren capacitación en

competencia cultural y disparidades raciales/étnicas y se ha desarrollado una guía curricular para los aprendices y profesionales en atención primaria.

La Comisión Conjunta introdujo pautas y estándares de competencia cultural, que incluyen la capacitación del personal clínico que ejerce en el entorno hospitalario. La Evaluación del consumidor del hospital de los proveedores y sistemas de atención médica (HCAHPS) tendrá un impacto en los reembolsos hospitalarios de Medicare al medir la comunicación clínico-paciente como un determinante principal de los puntajes de satisfacción. El desarrollo de la Evaluación del consumidor de proveedores y sistemas de salud (CAHPS) Conjunto de elementos de competencia cultural promueve los esfuerzos para estudiar el impacto de la competencia cultural en la satisfacción del paciente.

Este tema identificará los problemas clave que se enfrentan cuando se atiende a pacientes de diversos orígenes y proporciona un marco para un encuentro clínico efectivo. Estas recomendaciones se basan en una combinación de opinión de expertos y, cuando es posible, evidencia de literatura relacionada, como el campo de la comunicación clínico-paciente. Otros problemas relacionados con la relación paciente-proveedor se discuten por separado.

DEFINIENDO LA CULTURA –

La cultura es un sistema de creencias, valores, reglas y costumbres que es compartido por un grupo y se usa para interpretar experiencias y patrones directos de comportamiento. La cultura desempeña un papel importante en la configuración de los valores, las creencias y los comportamientos relacionados con la salud de cada individuo, y tiene un claro impacto en la atención clínica.

En una encuesta de programas de residencia en Estados Unidos en múltiples especialidades, el 96 por ciento de los médicos que

respondieron calificaron la cultura de un paciente como "moderadamente importante" o "muy importante", impactando el cumplimiento del paciente, los comportamientos de los médicos y la calidad general de la atención.

Cuando un clínico interactúa con un paciente, se juxtaponen tres culturas: la del paciente, la del clínico y la de la medicina. Las tres culturas influyen en el resultado del encuentro. Para comprender a los pacientes, primero es necesario reconocer nuestras propias creencias, valores y comportamientos culturales, así como las experiencias de vida personal que han influido en la forma en que pensamos sobre la atención médica y en la toma de decisiones clínicas. Además, la cultura de la medicina tiene sus propias creencias, valores y costumbres (por ejemplo, la idea de la autonomía del paciente y el valor que se le da a la evidencia científica). Finalmente, los antecedentes sociales y culturales del paciente afectan la calidad de la comprensión y la comunicación que se produce en el encuentro clínico.

Los valores centrales necesarios para proporcionar una atención transcultural efectiva son valores fundamentales para la práctica de la medicina: empatía, curiosidad y respeto.

ATENCIÓN Y COMUNICACIÓN TRANSVERSALES -

Varios temas han puesto el campo de la atención y comunicación intercultural en el punto de mira: una población cada vez más diversa, reconocimiento de la necesidad de una comunicación efectiva para lograr una atención médica de calidad, evidencia de la disparidad en la atención médica proporcionada a pacientes de diferentes orígenes raciales y étnicos, y nuevos estándares de acreditación y medidas de calidad.

Población cada vez más diversa:

el Censo de EE. UU. De 2010 informaron que tenían 39.9 millones de residentes en el extranjero que viven en los Estados Unidos y aproximadamente 55.4 millones de habitantes (19.7 por ciento de la población total) que hablan un idioma diferente al inglés en el hogar. En algunos estados, como California, la cifra llega al 42.6 por ciento de la población.

Los médicos cada vez más personas que pueden tener creencias y valores que difieren de los suyos.

La comunicación efectiva –

la comunicación efectiva médico-paciente está directamente vinculada a la mejora de la satisfacción del paciente, la adherencia y, posteriormente, los resultados de salud. Sin embargo, los pacientes, en particular, los de origen minoritario, a menudo no están satisfechos con su capacidad para comunicarse con su médico. Una gran encuesta telefónica de personas con una consulta médica reciente se preguntó si los pacientes tenían problemas para entenderse con su médico, si sentían que su médico no los escuchaba, y si era necesario, de forma preventiva durante la visita que enviaban que no podían preguntar. La encuesta encontró que el 19 por ciento de todos los pacientes experimentó uno o más de estos problemas; por etnia, los problemas fueron experimentados por el 16 por ciento de los blancos, el 23 por ciento de los afroamericanos, el 33 por ciento de los hispanos y el 27 por ciento por el estadounidense de origen asiático.

Disparidades raciales y éticas en la atención médica:

los informes del Instituto de Medicina Internacional, la importancia de la atención centrada en el paciente y la comunicación intercultural efectiva como un medio para mejorar la calidad, lograr la igualdad y eliminar las

principales disparidades raciales / éticas en la atención médica eso persiste hoy. Algunos hallazgos representativos que indican estas disparidades siguen:

- Los afroamericanos son menos propensos que los blancos no hispanos a ser remitidos para el cateterismo cardíaco por enfermedad de la arteria coronaria].

- Los Hispanos con fracturas de huesos largos Aisladas tenían el doble de Probabilidades Que Los Blancos no Hispanos de ninguna Recibir analgésicos en el departamento de emergencias, En un estudio de la ONU Centro Médico Académico de EE. UU. A Pesar de la ONU Aumento en la última Década en el USO de opioides para las visitas de Diagnósticos Relacionados con el dolor en los departamentos de emergencias de EE. UU., La disparidad en el tratamiento del dolor entre grupos étnicos no ha disminuido. En comparación con los pacientes blancos, los otros ratios para los pacientes negros, hispanos o Asiáticos Que recibieron Tratamiento Con opioides donde 0,66, 0,67 y 0,79, respectivamente.

- El riesgo de que un afroamericano desarrolle una enfermedad renal en etapa terminal que requiera la diálisis es cuatro veces mayor que un europeo europeo. Una vez en diálisis, los pacientes afroamericanos tienen solo un 70 por ciento de probabilidades de ser remitidos para una evaluación de trasplante renal.

- Los afroamericanos con hiperlipidemia, en comparación con los blancos no hispanos, tienen menos probabilidades de alcanzar los niveles de lípidos diana, es menos probable que usen medicamentos para controlar los lípidos y es menos probable que los contraen estatinas de alta eficacia.

- Los estadounidenses de origen asiático, en comparación con los blancos no hispanos, tienen tasas más bajas de detección de cáncer

(colorrectal y de mama), ajustando el acceso a la atención y el estado socioeconómico. Los asiáticos nacidos en el extranjero, en una encuesta, creían que el cribado del cáncer debería ser una respuesta a los síntomas y las pruebas declinadas debido a la falta de síntomas.

- Las minorías en los Estados Unidos tienen menos probabilidades de buscar tratamiento de salud mental cuando están indicadas que los estadounidenses blancos; los proveedores de salud mental (psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales) tienen menos probabilidades que los médicos generales de ser hispanos, negros, asiáticos o nativos americanos.

La mayoría de estos estudios tienen en cuenta posibles factores de confusión, como el nivel socioeconómico, el estado del seguro y la gravedad de la enfermedad, y aún existen las disparidades raciales / étnicas. Múltiples factores contribuyen a la disparidad racial en la atención médica, incluyendo barreras a interacciones clínicas y pacientes efectivas (por ejemplo, problemas de lenguaje y alfabetización y creencias culturales diferentes), barreras de sistemas. Es poco probable que una intervención única para mejorar la adherencia al tratamiento o las tasas de cribado, por ejemplo, aborde la variedad de problemas en diferentes poblaciones.

Los estudios citados anteriormente se dirigen principalmente a los pacientes dentro del sistema de atención médica. Muchos pacientes nunca reciben atención debido a la falta de acceso, o sus entornos sociales afectan su salud de otras maneras. Estos determinantes sociales pueden tener un efecto aún mayor en la salud de las minorías y los pobres que las disparidades en la atención de la salud.

Estándares de acreditación y medidas de calidad:

la Comisión Conjunta, que acredita a las organizaciones de atención médica, y el Foro Nacional de Calidad desarrollaron nuevas normas y medidas en el área de la competencia cultural.

Habilidades para la atención intercultural -

el cuidado transcultural se basa en los principios universales de atención centrada en el paciente. Hasta hace poco, muchos pensaban que la atención transcultural simplemente implica abordar las barreras del lenguaje en el encuentro clínico y aprender las normas de las culturas específicas. Mientras que el primero sigue siendo un componente clave de la atención intercultural, este último es más problemático. Los recursos anteriores en educación intercultural han tenido como objetivo el aprendizaje sobre las actitudes, valores, creencias y comportamientos de ciertos grupos culturales.

Aprender sobre una comunidad local particular o un grupo cultural puede ser útil en ciertas situaciones. Siguiendo los principios de la atención orientada a la comunidad, es importante explorar las creencias, valores y costumbres, así como las experiencias históricas, de los grupos culturales que se ven con mayor frecuencia en una práctica médica determinada. Esto puede ser especialmente importante para los nuevos grupos de inmigrantes, que pueden residir en el mismo vecindario y compartir la experiencia de inmigración.

Sin embargo, este enfoque puede generar estereotipos y una simplificación excesiva de la cultura sin respetar su complejidad. Equilibrar el conocimiento de un individuo y el conocimiento sobre los grupos es una de las tensiones de la atención médica intercultural. Como ejemplo, los latinos pueden tener algunos puntos en común (por ejemplo, el idioma español), pero representan muchos subgrupos de diferentes países, etnias y culturas. La diversidad también

existe dentro de los subgrupos, en función de factores como el estado social, la aculturación, la edad, el entorno local y la individualidad.

Los componentes de la atención transcultural incluyen el uso efectivo de intérpretes, la familiaridad con las diferencias en la epidemiología de la enfermedad y el nivel de comodidad en el trabajo con pacientes que son culturalmente diferentes a uno mismo. Además, la atención transcultural va más allá de aprender sobre los pacientes en función de su origen racial, étnico o cultural, para centrarse en las habilidades necesarias para seguir los principios de la atención centrada en el paciente.

El centrado en la paciente abarca cualidades de compasión, empatía y receptividad a las necesidades, valores y preferencias expresadas del paciente individual. El objetivo de la atención intercultural es llevar esto un paso más allá para incluir habilidades que son especialmente útiles en las interacciones interculturales, pero que siguen siendo vitales para todos los encuentros clínicos.

EL paciente enfoque BASADA –

El enfoque basado en el paciente se deriva de la investigación en el cuidado transcultural y la comunicación, la antropología médica y sociología, así como médica entrevistar. Este marco le permite al clínico aprender del paciente individual los factores sociales y culturales que influyen en sus valores de salud, creencias y comportamientos y ofrece estrategias para negociar el mejor resultado de salud posible.

El enfoque basado en el paciente para el cuidado intercultural y la comunicación implica cuatro componentes: la evaluación de las cuestiones transculturales, la exploración del significado de la enfermedad, la determinación del contexto social y la participación en la negociación. Es probable que las limitaciones de tiempo dificulten abordar en detalle todos estos componentes en una sola visita; los

médicos deben adaptar su exploración a los aspectos pertinentes para el paciente específico.

Evaluar las cuestiones centrales:

Los malentendidos entre los pacientes y los médicos de atención médica a menudo, las diferencias inherentes a los valores y las expectativas culturales. Estos malentendidos pueden llevar a cabo resultados que van desde una leve incomodidad hasta una gran falta de confianza que desintegran la relación terapéutica.

La gran cantidad de grupos culturales y étnicos que pueden encontrarse en la práctica clínica hace que el mar sea poco práctico, si no imposible, aprendemos los aspectos específicos de cada uno de ellos que influir en el encuentro médico. Afortunadamente, ciertos problemas centrales transculturales tienden a repetirse en todas las culturas. Como ejemplo, un estudio encontró un menor nivel de autonomía del paciente y un énfasis en el papel de la familia en la toma de decisiones entre pacientes coreanos e hispanos en comparación con los afroamericanos y los estadounidenses de origen europeo.

En lugar de intentar aprender una enciclopedia de temas específicos de la cultura, un enfoque más práctico es reconocer un conjunto de problemas comunes que ocurren en encuentros médicos transculturales. Cinco cuestiones transculturales centrales que deben tenerse en cuenta son: estilos de comunicación; desconfianza y prejuicio; toma de decisiones y dinámica familiar; tradiciones, costumbres y espiritualidad; y cuestiones sexuales y de género. Una vez que se reconoce un tema central potencial, se puede explorar más investigando sobre la creencia o preferencia del paciente, que puede ser bastante diferente a la "norma cultural".

Estilos de comunicación:

las diferencias en los estilos de comunicación entre el paciente y el médico, que pueden provocar incomodidad y falta de comunicación, incluyen comunicación verbal y no verbal: contacto visual, contacto y espacio personal. El contacto visual directo puede evitarse en algunas culturas, mientras que en otras es un signo de respeto. Los proveedores deben conocer sus propias tendencias y deben ser sensibles a las preferencias de sus pacientes.

Otro aspecto clave de la comunicación es el nivel de asertividad, que puede variar de deferente a agresivo. No debe suponerse que un paciente silencioso está de acuerdo con el plan delineado por el proveedor. Un paciente deferente puede simplemente vacilar en expresar una opinión conflictiva, por lo que es crucial solicitar la opinión del paciente y alentar la verbalización de cualquier desacuerdo.

Los problemas de comunicación se vuelven más complejos cuando las preferencias sobre la relación de "malas noticias" con un paciente deben ser consideradas. Los proveedores pueden asumir incorrectamente que los pacientes deben estar informados de los resultados y los diagnósticos, al igual que los propios proveedores que desean ingresar a las noticias. Las preferencias personales y / o culturales para un enfoque directo o indirecto y para ser humano de los pacientes, idealmente antes de ordenar una prueba importante. Esta técnica se utiliza a menudo en el proceso de exploración a la prueba del VIH, y una versión abreviada puede adaptarse antes de una colonoscopia o una tomografía computarizada (TC).

Las técnicas para adaptarse a diferentes estilos de comunicación y costumbres son las siguientes:

- Obtener una idea del estilo de comunicación general del paciente y adaptar su estilo de comunicación para que se adapte mejor a los suyos.

- Trate de sacar pacientes indirectos o reservados haciendo que se sientan cómodos y haciendo preguntas abiertas. No asuma que la falta de resistencia significa que está de acuerdo con su plan o recomendaciones.
- Determinar cómo el paciente desea recibir información sobre los resultados de las pruebas.
- "Voy a verificar el informe de su ecografía mañana y me gustaría compartir los resultados. Algunos de mis pacientes quieren que se digan directamente, no importa lo que me prueben la prueba, ni siquiera por el teléfono. saber cómo preferirnos escuchar los resultados ".
- Obtenga una idea de si el paciente es más estoico o expresivo de dolor y síntomas. Evite juzgar a los pacientes según su propia perspectiva cultural.
- Preste atención a las diferencias culturales en el espacio personal, el contacto visual, el lenguaje corporal. Trate de ser flexible y no dejarse engañar por la mala interpretación de las señales de comunicación.

Confianza:

la confianza es un elemento crucial en la alianza terapéutica entre el paciente y el proveedor de atención médica. Se correlaciona directamente con el cumplimiento de las recomendaciones de los médicos y la satisfacción del paciente. La desconfianza en el sistema de atención médica también afecta el uso de los servicios por parte del paciente y da como resultado una atención inconsistente, consultas médicas, automedicación y una mayor demanda de derivaciones y pruebas de diagnóstico por parte de los pacientes.

Una encuesta telefónica nacional en 2000 encontró desconfianza significativa para el sistema de salud entre las poblaciones minoritarias: de las personas encuestadas (n = 3884), 35 por ciento de los

afroamericanos y 36 por ciento de los hispanos (en comparación con 15 por ciento de los blancos) sentían que habían sido tratados injustamente en el sistema de salud, y el 65 por ciento de los afroamericanos y el 58 por ciento de los hispanos (en comparación con el 22 por ciento de los blancos) temían ser tratados injustamente en el futuro por su raza y etnia.

Los afroamericanos, en particular, pueden desconfiar de los proveedores sobre la base de una historia de discriminación, segregación y experimentación médica. La explotación por parte del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos durante el estudio de Tuskegee dejó un legado que persiste incluso hoy en día.

El proveedor debe estar al tanto de las señales que pueden indicar cierto grado de desconfianza. Los pacientes pueden expresar inquietudes sobre si una prueba en particular es necesaria, o pueden mencionar una mala experiencia en el pasado. Esto debería conducir a esfuerzos directos de reaseguro y construcción de confianza. Las sugerencias para generar confianza con los pacientes, especialmente en todas las culturas, incluyen:

- Discutir la desconfianza abiertamente. Si el paciente parece estar abierto, discuta por qué puede sentir desconfianza de los médicos o la atención médica. Asegúreles sus intenciones de ayudar.

- "Has mencionado que realmente no te gusta venir a los médicos. ¿Hubo algo en particular que te haya llevado a sentirte así? (¿Alguna mala experiencia o inquietud?)"

- Explore la perspectiva del paciente. Pregunte qué es importante para él o ella.

- "¿Cuáles son tus pensamientos sobre tener esta operación?"

- "¿Qué esperabas poder hacer por ti hoy?"

- Brindar tranquilidad enfocada. Después de determinar la perspectiva y las preocupaciones del paciente, concéntrese en esas preocupaciones.

- "Me dijiste que el dolor es lo que realmente te preocupa, lo que seguro que no puede dejar de ser analgésico después de la operación".

- Construir una asociación. Muchos pacientes desconfiados responden bien a las opciones que se les dan y cierto control sobre sus decisiones de atención médica.

- Comunicarse claramente. Escuche atentamente, evite la jerga médica, y revise regularmente para obtener comentarios del paciente.

Dinámica familiar:

los médicos en los Estados Unidos pueden hacer las cosas por sí mismos, tomar el medicamento con precaución, consultar con su proveedor de atención médica. Sin embargo, la autonomía no es la norma en todas las culturas, y los miembros de la familia y otras personas pueden estar involucrados en el proceso de toma de decisiones. La familia puede mirar a una figura de autoridad específica, determinada por el género, la posición en la familia o el nivel de aculturación, como el tomar las decisiones.

Las familias incluso pueden desear excluir al paciente de las decisiones, para evitar lo que ellos perciben como estrés indebido para el paciente. Un problema común ocurre cuando una familia le pide al equipo de atención médica que le niegue un diagnóstico terminal a un paciente. En esta situación, la familia como unidad está tratando de hacer lo que creen que es mejor para el paciente individual. Sin embargo, esto entra en conflicto con nuestra propia ética médica, que otorga un gran valor a la autonomía del paciente y al "derecho a saber". Una negociación puede conducir a un acuerdo en estas

situaciones, si la paciente misma acepta permitir que su familia tome decisiones médicas en su nombre.

Las técnicas para comprender las diferencias culturales en la toma de decisiones y la dinámica familiar incluyen:

- Preséntese respetuosamente al paciente y a los demás en la sala y determine su relación con el paciente, teniendo en cuenta que en algunas culturas es apropiado hablar solo con ciertas personas.
- Averigüe si el paciente prefiere la autonomía o si desea que la familia, o alguien en particular, participe en la toma de decisiones médicas.
- "¿Cuánto desea que su familia participe en la toma de decisiones con respecto a su atención médica (como pruebas o medicamentos)?"
- Averigüe si hay una figura de autoridad en la familia, comunidad o grupo religioso para consultar e involucrarse en decisiones importantes.
- "¿Hay alguien en particular con quien debemos hablar sobre su atención médica además de usted, alguien que toma decisiones en su familia (o comunidad)?"
- Considere permitir que un paciente renuncie a su derecho a saber (se pueden firmar documentos legales en este caso) cuando la familia quiere retener información.
- Cuando un familiar dominante no permite la comunicación directa con el paciente, explíquele la situación con tacto. Si esto falla, intente formas de obtener información directamente del paciente sin ofender al pariente. Sin embargo, si existe alguna preocupación por el abuso doméstico, las leyes que protegen al paciente deben reemplazar los problemas de sensibilidad cultural.
- "Aprecio lo que está diciendo, Sr./ Sra. -----, su opinión es muy importante. Sin embargo, desde un punto de vista médico, también es

muy importante para mí escuchar una descripción del problema del paciente ella misma, entonces puedo hacer un diagnóstico más preciso".

- Tenga en cuenta que en muchas culturas es típico (e importante) que los familiares (hasta 5 o 10) permanezcan con el paciente en el hospital en todo momento. Si esto genera dificultades para el personal, debe negociarse abiertamente.

Tradiciones, costumbres y espiritualidad:

muchas de las innumerables tradiciones y costumbres que ayudan a configurar el entorno cultural de una persona tienen una relación significativa con la salud y la enfermedad, incluidas cuestiones relacionadas con las prácticas alimentarias, los remedios caseros y ciertas costumbres religiosas. No es posible describir ni siquiera una fracción de estas tradiciones y costumbres médicamente relevantes. Es importante tener conciencia de su importancia, así como de la apertura y las habilidades para explorar más a fondo con pacientes individuales.

Muchas de estas tradiciones y costumbres basadas en la salud están relacionadas con la cosmovisión, la religión o las creencias espirituales del paciente. La enfermedad y la muerte se encuentran entre los fenómenos más poderosos y misteriosos de nuestra existencia, y las personas buscan un significado en estas experiencias a través de la espiritualidad. Los médicos pueden infravalorar la importancia de abordar las preocupaciones espirituales con los pacientes en el entorno de la atención primaria. Las expresiones de la espiritualidad del paciente deben discutirse cuando sea pertinente y pertinente para la interacción.

Las preguntas para los médicos sobre costumbres, religión y espiritualidad incluyen:

- ¿Puede decirme algo sobre sus costumbres que pueden afectar su atención médica? ¿Qué hay de tu dieta?

- ¿Qué importancia tiene la religión en su vida?

- Algunos pacientes tienen creencias espirituales o religiosas que les impiden realizar ciertas pruebas o tratamientos, como transfusiones de sangre. ¿Tienes alguna preocupación específica?

- ¿Qué tan importantes son para usted estas creencias? ¿Influyen en cómo se cuida usted o qué tipo de atención podría recibir?

Cuestiones sexuales y de género:

en muchas partes del mundo, incluido Oriente Medio, África y el sur de Asia, los roles de género están estrictamente definidos y aplicados. El rol masculino se ve comúnmente como el de protector y portavoz de la familia. Las diferencias culturales en las actitudes hacia la sexualidad y los roles de género pueden ser temas candentes y deben negociarse con tacto y respeto para mantener la relación terapéutica.

Pueden surgir situaciones difíciles debido a que el paciente y el proveedor son de diferente (o el mismo) género: incomodidad con los exámenes genitales, mamarios o rectales, o vergüenza al hablar sobre temas sexuales. Los proveedores de atención médica deben tener en cuenta las cuestiones sexuales y de género al tratar con pacientes de todas las culturas, pero especialmente cuando el paciente es tradicional o conservador, para promover una relación de confianza.

Las técnicas para comprender los problemas sexuales y de género, las costumbres y los tabúes incluyen:

- Tenga en cuenta las diferentes formas en que los pacientes y las familias ven los roles de género y trate de acomodarlos cuando sea factible.

- "Desafortunadamente, hoy no tenemos mujeres obstetras en la clínica, pero si está dispuesto a reprogramar su cita, puedo asegurarme de que su esposa vaya a ver a una doctora la próxima semana".

- Es improbable que una actitud de juicio hacia los pacientes cambie los comportamientos y los valores, pero puede comprometer la relación entre el médico y el paciente y la capacidad de proporcionar una buena atención médica.

- Pregunte a los pacientes / familiares qué es aceptable para ellos, en lugar de hacer suposiciones basadas en información limitada (nombre, ropa, etc.).

- "Realizo exámenes de mama en todas mis pacientes femeninas para buscar signos de cáncer de mama u otros problemas. ¿Está bien con usted?"

- Sea particularmente sensible a los puntos de vista de los pacientes sobre la discusión abierta de temas sexuales. Indique que va a preguntar sobre algunos asuntos personales y explique por qué, especialmente en las interacciones en las que no está familiarizado con los antecedentes culturales del paciente.

- "Por lo general, les pregunto a todos los pacientes sobre algunos asuntos muy personales en este momento, que son importantes para que los médicos sepan. ¿Se siente cómodo hablando de estas cosas conmigo?"

- Reconocer que las opiniones de los pacientes y el lenguaje con respecto a la sexualidad y la orientación sexual pueden diferir. Pregunte si los pacientes han tenido parejas sexuales que son hombres o mujeres en lugar de si son homosexuales, bisexuales, etc.

- Sea abierto y aprenda la terminología apropiada para los pacientes cuya identidad de género no se ajusta a las categorías masculinas o femeninas tradicionales.

Explora el significado de la enfermedad

El modelo explicativo: los pacientes que buscan atención para un problema médico tienen ciertas creencias sobre la causa de sus síntomas, las preocupaciones sobre su enfermedad y las expectativas sobre el posible tratamiento. Su conceptualización general de su enfermedad se ha denominado modelo explicativo del paciente.

El modelo explicativo representa el "significado de la enfermedad" para el paciente, o cómo ellos entienden y explican su condición. Los modelos explicativos de los pacientes pueden variar ampliamente, desde lo mundano hasta lo exótico, y pueden ser más complejos de lo que inicialmente es aparente. Comprender estos modelos es útil para todos los encuentros con pacientes, pero particularmente para los pacientes cuyas perspectivas sobre la salud y la enfermedad pueden diferir significativamente del modelo occidental de biomedicina.

El sentido común y las creencias de salud mental son el tipo más típico de modelo explicativo. La educación limitada, la baja alfabetización en salud, la falta de información o la desconfianza de la medicina pueden llevar a cabo las personas a desarrollar sus propias ideas sobre las causas, las consecuencias y el tratamiento adecuado de su enfermedad. A veces, las creencias son simples malentendidos sobre la información médica, como la idea de que la diabetes puede controlarse evitando el azúcar.

Existe una variación individual en la forma en que las personas se apegan a sus creencias. Algunos son felices de aprender la verdad de un médico. Otros ignorarán lo que les digan si no tienen en cuenta su propia perspectiva particular y respetan su sentido común.

Sistemas de creencias:

a menudo, los pacientes inicialmente dudan en revelar sus creencias y temores. El cuestionamiento respetuoso y la tranquilidad pueden superar esta resistencia. Centrarse en lo que otros pueden creer, o en situaciones hipotéticas, puede ayudar a aliviar la incomodidad del paciente.

Las siguientes preguntas se pueden adaptar para su uso en diversos contextos además de la enfermedad. Como ejemplo, se pueden usar para explorar el significado de un procedimiento o tratamiento particular para un paciente, como una biopsia de seno o quimioterapia.

- ¿Qué crees que puede haber causado el problema? - Esta pregunta se basa en las creencias del paciente sobre la causa de la enfermedad, el aspecto más fundamental y la importancia del modelo explicativo. Los médicos han desarrollado sus propios estilos personales y fraseo, modificados para adaptarse a la situación particular, para abordar esta cuestión.
- ¿Cómo llamas el problema? - Esta pregunta puede ser especialmente útil cuando sospecha que el paciente cree que una enfermedad popular en particular está causando los síntomas. Otra forma de expresar esto: "¿Tiene un nombre para esta enfermedad?"
- ¿Por qué crees que comenzó cuando lo hizo? - Esto puede ayudar a vincular la enfermedad a ciertos eventos en la vida del paciente que pueden ser elementos importantes del modelo explicativo. Una pregunta relacionada con "¿Qué estaba pasando tu vida en el momento en que comenzó esta enfermedad?"
- ¿Qué sabe sobre la enfermedad y cómo funciona? - Esto consigue que el paciente comprenda mejor la enfermedad y cómo la afecta. Es posible que los pacientes no respondan a esto, así como los pacientes que

creen que los virus causan los resfríos con más frecuencia no se puede describir cómo funciona esto.

- ¿Qué tan grave es la enfermedad? ¿Qué tan preocupado estás acerca de eso? - Los pacientes pueden estar muy preocupados por una enfermedad mientras que el clínico no lo está, cuando los síntomas no sugieren una enfermedad preocupante. Lo contrario también puede ser cierto, cuando el paciente siente que la enfermedad es menor y no cree completamente en el diagnóstico del médico. Esto es importante para discutir lo más abiertamente posible.

- ¿Qué tipo de tratamiento crees que deberías recibir? ¿Cuáles son los resultados más importantes que espera obtener de este tratamiento? - Parte de la comprensión del paciente de su enfermedad tiene que ver con sus creencias sobre su tratamiento. Los curanderos y remedios tradicionales y alternativos juegan un papel importante en la perspectiva de muchos pacientes sobre la salud y la enfermedad. También pueden tener opiniones sobre la terapia médica occidental, que deben tenerse en cuenta.

- ¿Cuáles son los principales problemas que la enfermedad ha causado? - Esta es una buena manera de analizar el efecto que la enfermedad ha tenido en la vida y la rutina diaria del paciente. Comprender esto permite una mejor comprensión de la experiencia de enfermedad única del paciente. Otras formas de expresar esto incluyen: "¿Cómo ha afectado esta enfermedad a tu vida?" o "¿Qué ha cambiado en tu vida desde que comenzó esta enfermedad?"

- ¿Qué es lo que más temes sobre la enfermedad? - Esta es una pregunta crucial; le permite al clínico adaptar su explicación de la enfermedad y su tratamiento a las preocupaciones del paciente. Esto también puede ser extremadamente útil para comprender la perspectiva de un paciente sobre un medicamento o procedimiento en particular.

Terapias alternativas:

el uso de remedios tradicionales, prácticas de curación u otras formas de terapia alternativa está muy extendido tanto en pacientes de la corriente principal de los Estados Unidos como en otros de otras culturas. El Informe del Instituto de Medicina sobre Medicina Complementaria y Alternativa encontró que más de un tercio de los estadounidenses dependen de prácticas no convencionales, ya sea junto con medicamentos o en lugar de ellos.

Las técnicas para comprender el uso de los pacientes de medicina complementaria / alternativa incluyen:

- Preguntar a los pacientes de una manera libre de prejuicios y abierta sobre prácticas alternativas no médicas (se pueden pedir después de "medicamentos" en el historial médico).
- "Muchos de mis pacientes usan otras formas de tratamiento, como remedios caseros, hierbas o acupuntura, que pueden ser útiles. Además de los medicamentos que mencionó, ¿ha usado algún otro tipo de terapia?"
- Verifique si las terapias alternativas son seguras y busque interacciones con los medicamentos.
- Negociar el uso de terapias alternativas junto con la medicina estándar cuando sea seguro e importante para el paciente, y discutir las razones para discontinuar las peligrosas.

Determine el contexto social:

las manifestaciones de la enfermedad de una persona están inextricablemente ligadas al entorno social del individuo. Este contexto social no se limita al nivel socioeconómico, sino que abarca la historia de la migración, las redes sociales, la alfabetización y otros factores. Existe

una vasta literatura que define la relación de estos factores sociales con el estado de salud y elucidar los efectos de las barreras de clase social entre el paciente y el médico. Se han desarrollado modelos para explorar los determinantes sociales de la salud con los pacientes, independientemente de los factores culturales.

Tres aspectos específicos del contexto social del paciente tienen una relevancia particular para el encuentro clínico transcultural: cambio en el entorno (como la migración); alfabetización y lenguaje; y control de la vida, estresores sociales y apoyos.

Medio ambiente cambio –

cambio de medio ambiente se refiere a cualquier migración, ya sea de un país diferente, ciudad, o incluso barrio, que requiere la adaptación al nuevo entorno físico y social. La adaptación a una nueva forma de vida a menudo plantea un enorme estrés en el individuo.

Las razones de la migración, que van desde huir de la persecución política o la tortura hasta asistir a una universidad, pueden ser cruciales para comprender las tensiones pasadas y presentes. Un cambio en el estado económico y profesional también puede ser relevante. La enfermedad mental y la psicopatización son consecuencias potenciales de este estrés y deben ser reconocidas y manejadas con conciencia del contexto social.

Puede haber dificultades para negociar un sistema médico desconocido, especialmente para pacientes acostumbrados a un sistema de salud muy diferente. Comprender la experiencia de un paciente puede ayudar a proporcionar una relación y confiar, las fuentes de angustia que pueden estar causando problemas psicológicos o psicosomáticos y que se enfocan en las intervenciones que faciliten la transición del paciente.

CAPITULO III

HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis General

- Existe relación directa y positiva entre los cuidados transculturales de la enfermera y la percepción de los pacientes de cirugía general del servicio de cirugía del hospital de barranca

3.2. Hipótesis Secundarias

- Existe relación directa y positiva entre los cuidados transculturales de la enfermera(o) y la percepción de los pacientes según la competencia cultural.
- Existe relación directa y positiva entre los cuidados transculturales de la enfermera y la percepción de los pacientes en el componente interpersonal.
- Existe relación directa y positiva entre los cuidados transculturales de la enfermera y la percepción de los pacientes en el componente confort.

3.3. Variables (Definición conceptual y Operacional)

Variable independiente

- Cuidados transculturales

Variable dependiente

- Percepción del paciente

3.4. Operacionalización de variables

| VARIABLES | DIMENSIONES | INDICADOR |
|---|---|---|
| VARIABLE INDEPENDIENTE CUIDADO TRANSCULTURAL | Competencia cultural | Deseo cultural Conocimiento cultural Conciencia cultural Habilidades culturales Sensibilidad cultural |
| | Componente interpersonal | Información oportuna Comunicación efectiva Empatía Confianza Trato humanizado Respeto por sus creencias y costumbres |
| | Componente confort | Limpieza y orden de los ambientes Alimentación Privacidad Descanso |
| VARIABLE INDEPENDIENTE PERCEPCION DE LOS PACIENTES | Percepción de la competencia cultural | Siempre Algunas veces Pocas veces Ninguna vez |
| | Percepción del componente Interpersonal | Siempre Algunas veces Pocas veces Ninguna vez |
| | Percepción del componente Confort | Siempre Algunas veces Pocas veces Ninguna vez |

CAPITULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Tipo y Nivel de Investigación

Será una investigación básica cuantitativa descriptiva correlacional

4.2 Método y Diseño de la Investigación

Será prospectivo de corte transversal

4.3 Población y muestra de la Investigación

4.3.1 Población: Comprendida por los pacientes de traumatología, urología y Cirugía general 26 pacientes en total.

4.3.2 Muestra: Serán todos los pacientes

El muestreo será no probabilístico por conveniencia del investigador por ser una muestra pequeña, se incluirá a todos pacientes

4.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

4.4.1 Técnicas e Instrumentos.

Las técnicas e instrumento que se emplearán para la obtención de datos serán los siguientes:

Técnica: Encuesta

Instrumento: cuestionario con escala likert

4.4.2 Fuentes:

CAPITULO V

ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

5.1 Recursos (Humanos, Materiales)

5.2 Presupuesto

PRESUPUESTO

| INSUMOS | UNIDADES | COSTO UNIDAD | TOTAL |
|-----------------|----------|--------------|------------|
| Papel | 1 millar | s/.15.00 | s/.35.00 |
| Copia | 450 | s/.0.05 | s/. 22.50 |
| Pasajes locales | 50 | s/. 2.00 | s/. 10.00 |
| Impresiones | 150 | s/. 0.20 | s/. 30.00 |
| Telefonía | 60 | s/.0.50 | s/.30.00 |
| Anillado | 3 | s/. 3.50 | s/. 10.50 |
| Internet | 80 hrs | s/.1,00 | s/.80.00 |
| Empastado | 3 | s/. 5.00 | s/.15.00 |
| Subtotal | | | s/. 232.10 |

| RECURSO HUMANO | UNIDADES | COSTO UNIDAD | TOTAL |
|----------------|----------|--------------|-------------|
| Encuestadores | 02 | 20 | s/.40.00 |
| Estadístico | 01 | 400 | s/.400,00 |
| Asesor | 01 | 500 | s/. 500.00 |
| Investigador | 01 | 300 | s/.300.00 |
| TOTAL | | | S/. 1240.00 |

| COSTO TOTAL | |
|-------------|------------|
| INSUMOS | S/. 232,10 |

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Cultura, enfermedad y cuidado: lecciones clínicas de investigación antropológica e intercultural. *Ann Intern Med* 1978; 88: 251.
2. Hill RF, Fortenberry JD, Stein HF. Cultura en medicina clínica. *South Med J* 1990; 83: 1071.
3. Berger JT. Cultura y etnicidad en la atención clínica. *Arch Intern Med* 1998; 158: 2085.
4. Pachter LM. Cultura y cuidado clínico. Creencias y comportamientos de enfermedades populares y sus implicaciones para la entrega de servicios de salud. *JAMA* 1994; 271: 690.
5. Einbinder LC, Schulman KA. El efecto de la raza en el proceso de derivación para procedimientos cardíacos invasivos. *Med Care Res Rev* 2000; 57 Suppl 1: 162.
6. Flores G. Cultura y la relación médico-paciente: lograr la competencia cultural en la atención de la salud. *J Pediatr* 2000; 136: 14.
7. Epner DE, Baile WF. Atención centrada en el paciente: la clave de la competencia cultural. *Ann Oncol* 2012; 23 Suppl 3:33.
8. Vidaeff AC, Kerrigan AJ, Monga M. Barreras transculturales para el cuidado de la salud. *South Med J* 2015; 108: 1.
9. Koh HK, Gracia JN, Alvarez ME. Servicios culturalmente y lingüísticamente apropiados: mejorar la salud con CLAS. *N Engl J Med* 2014; 371: 198.
10. Eisenberg JM. Influencias sociológicas sobre la toma de decisiones por los médicos. *Ann Intern Med* 1979; 90: 957.
11. Stewart M, Brown JB, Boon H, y col. Evidencia sobre la comunicación paciente-médico. *Cancer Prev Control* 1999; 3:25.
12. Paez KA, Allen JK, Beach MC, y col. Competencia cultural del médico y calificaciones del paciente de la relación médico-paciente. *J Gen Intern Med* 2009; 24: 495.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

| TITULO | PREGUNTA DE INVESTIGACION | OBJETIVO DE INVESTIGACION | HIPOTESIS DE INVESTIGACION | METODOLOGIA |
|--|--|--|---|--|
| <p>Cuidados transculturales de la enfermera desde la percepción de los pacientes en el servicio de cirugía</p> | <p>PREGUNTA GENERAL Cual es relación entre los cuidados transculturales de la enfermera y la percepción de los pacientes en el servicio de cirugía del hospital de barranca diciembre 2016?</p> <p>PREGUNTAS ESPECIFICAS ¿Cuál es la relación entre los cuidados transculturales de la enfermera y la percepción de los pacientes?</p> <p>¿Cuál es la relación entre los cuidados transculturales de la enfermera y la percepción de los pacientes en el componente interpersonal?</p> <p>¿Cuál es la relación entre los cuidados transculturales de la enfermera y la percepción de los pacientes en el componente confort?</p> | <p>OBJETIVO GENERAL Determinar la relación entre los cuidados transculturales de la enfermera (o) y la percepción de los pacientes.</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO Analizar la relación entre los cuidados transculturales de la enfermera(o) y la percepción de los pacientes según competencia cultural.</p> <p>Describir la relación entre los cuidados transculturales de la enfermera y la percepción de los pacientes en el componente interpersonal.</p> <p>Identificar la relación entre los cuidados transculturales de la enfermera y la percepción de los pacientes en el componente confort.</p> | <p>HIPOTESIS GENERAL Existe relación directa y positiva entre los cuidados transculturales de la enfermera y la percepción de los pacientes.</p> <p>HIPOTESIS ESPECIFICA . Existe relación directa y positiva entre los cuidados transculturales de la enfermera(o) y la percepción de los pacientes según la competencia cultural.</p> <p>Existe relación directa y positiva entre los cuidados transculturales de la enfermera y la percepción de los pacientes en el componente interpersonal.</p> <p>Existe relación directa y positiva entre los cuidados transculturales de la enfermera y la percepción de los pacientes en el componente confort.</p> | <p>Descriptivo correlacional Cuantitativo Corte transversal Con muestreo no probabilístico Instrumento cuestionario tipo Likert</p> <p>Población: Pacientes de traumatología, urología, cirugía general = 26 Muestra 26 pacientes</p> <p>El muestreo será no probabilístico por conveniencia del investigador por ser una muestra pequeña, se incluirá a todos pacientes</p> |

Operacionalización de variables

| VARIABLES | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADOR |
|---|--|---|---|---|
| VARIABLE INDEPENDIENTE CUIDADO TRANSCULTURAL | Es una dimensión transcultural desde la perspectiva de la enfermera que permite dar un toque humanístico al cuidado que fomenta el descubrimiento de las perspectivas culturales de las personas y sus prácticas y valores. | El cuidado transcultural exige tener una relación empática con las personas y comunidades, comunicarse con habilidad en los diferentes escenarios y adquirir conocimiento cultural. | Competencia cultural | Conocimiento cultural Conciencia cultural Habilidades culturales Deseo cultural Sensibilidad cultural |
| | | | Componente interpersonal | Información oportuna Comunicación efectiva Empatía Confianza Trato humanizado Respeto por sus creencias y costumbres |
| | | | Componente confort | Limpieza ,orden de los ambientes Alimentación Privacidad Descanso |
| VARIABLES | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADOR |
| VARIABLE INDEPENDIENTE PERCEPCION DE LOS PACIENTES | La percepción puede definirse como “el conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanzan a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuemos con él y nuestros propios estados internos”. | La percepción es una dimensión determinada por el contexto socio-cultural, los hábitos y las costumbres; además del ambiente físico donde se brinda el cuidado. | Percepción de la Competencia cultural | Siempre Algunas veces Pocas veces Ninguna vez |
| | | | Percepción del Componente Interpersonal | Siempre Algunas veces Pocas veces Ninguna vez |
| | | | Percepción del componente confort | Siempre Algunas veces Pocas veces Ninguna vez |



UNIVERSIDAD
AUTONOMA
DE ICA

RESOLUCIÓN N° 136-2006-CONAFU

RESOLUCIÓN N° 432-2014-CONAFU

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en la presente investigación que tiene relación con la opinión del trato de enfermería que se proporciona en las áreas de Cirugía. Mi participación consiste en responder algunas preguntas acerca del Cuidado transcultural y la percepción del paciente en el servicio de cirugía.

Me explicaron de forma amplia y claramente la responsables de la investigación que la están realizando como trabajo de especialidad en Cuidados quirúrgicos

Se me explicó que los resultados de este estudio serán para mejorar el Los cuidados transculturales que la enfermera debe considerar al brindar atención a los pacientes del servicio de Cirugía;

Que no implica ningún riesgo para mi salud, tampoco se verá afectado el servicio. Así mismo se me dijo que los datos que yo le proporcione serán confidenciales sin haber posibilidad de identificación individual y también que puedo abandonar mi participación en esta investigación cuando yo lo desee.

Nombre de la investigadora.

Lic. Sebastiana Abarca Cabanillas

Acepto participar voluntariamente en este estudio

F. _____

CUESTIONARIO

CUAL ES LA RELACION CUIDADOS TRANSCULTURALES DE ENFERMERIA Y LA PERCEPCION DEL PACIENTE SERVICIO DE CIRUGIA HOSPITAL DE BARRANCA

| Cuidados culturales | Percepción | | | |
|---|------------|---------------|-------------|-------------|
| | Siempre | Algunas veces | Pocas veces | Ninguna vez |
| Componente Competencia cultural | | | | |
| La enfermera expresa interés por conocer su estado de salud, teniendo en cuenta su cultura, en forma constante desde que ingreso al servicio de cirugía. | | | | |
| La enfermera se preocupa cómo se siente Ud. Teniendo en cuenta su cultura. Después que se hospitaliza para su intervención quirúrgica | | | | |
| La enfermera reconoce que Ud. Tiene ciertas características culturales y le respeta desde que ingreso al servicio de cirugía | | | | |
| La enfermera se interesa por el aprendizaje y búsqueda de información sobre su cultura para comprender su comprensión de su salud-enfermedad desde que se hospitalizo. | | | | |
| La enfermera muestra capacidad para actuar de manera que usted la entienda considerando su cultura y costumbre | | | | |
| La enfermera respeta su situación, sus recursos y estrategias de manejo de afrontamiento frente a su estado de salud. | | | | |
| La enfermera hace desarrolla protocolo, guías y modelos de intervención que tienen en cuenta su cultura y / o costumbre. | | | | |
| La enfermera se interesa por entenderle y ser empático con usted, reconoce y acepta la diferencia cultural como punto partida para cualquier procedimiento que va a realizar. | | | | |
| La enfermera respeta y le brinda confianza aceptando su cultura o lo rechaza | | | | |
| Componente Interpersonal | | | | |
| La enfermera(o) lo saluda al ingresar a su ambiente según su dialecto | | | | |
| La enfermera(o) se identifica con su nombre | | | | |
| La enfermera(o) lo orientó al ingreso de su hospitalización | | | | |
| La enfermera le brinda información sobre el proceso pre y post operatorio a la que se someterá usted. | | | | |
| La enfermera se interesó en conocer más de sus costumbres y creencias. | | | | |
| Piensa usted que la enfermera(o) se preocupa por brindarle el medicamento a la hora | | | | |
| La enfermera le brinda la información de su estado de salud cuando usted le solicita | | | | |
| La enfermera hace uso del lenguaje verbal (de acuerdo a su cultura) que usted le entiende | | | | |
| La enfermera hace del lenguaje no verbal (gestos, señas, ademanes) de acuerdo a su cultura para brindarle una información que usted le solicita. | | | | |
| La enfermera(o) se muestra amable al momento de atenderlo | | | | |
| Acude de manera inmediata ante alguna necesidad para su cuidado | | | | |
| La enfermera(o) pregunta y observa las necesidades que presenta en forma periódica y regular | | | | |
| La enfermera le brinda un trato humanizado | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| La enfermera tiene en cuenta su nivel de comprensión de acuerdo a su cultura, cuando le informa sobre los procedimientos a realizarse en post operatorio. | | | | |
|---|--|--|--|--|

| Cuidados culturales | Percepción | | | |
|--|------------|---------------|-------------|-------------|
| | Siempre | Algunas veces | Pocas veces | Ninguna vez |
| Componente Confort | | | | |
| La enfermera(o) le mostró el ambiente que iba a ocupar cuando ingreso a este servicio y respeto su cultura y creencias | | | | |
| La enfermera se preocupa que el ambiente donde está hospitalizado, lo observa limpio | | | | |
| La enfermera se preocupa que el ambiente donde se encuentra hospitalizado tiene buena iluminación y respeten su cultura | | | | |
| La enfermera se preocupa que el ambiente donde está hospitalizado cuenta con una buena ventilación según sus costumbres | | | | |
| La enfermera observa que el ambiente donde se encuentra hospitalizado sea adecuado para mantener su privacidad | | | | |
| Si hay mucho ruido en el ambiente, la enfermera(o) se preocupa por disminuir el ruido y facilitar su descanso | | | | |
| La enfermera ha preservado su intimidad durante su aseo personal o durante curación o colocación de sondas , teniendo en cuenta su cultura | | | | |
| La alimentación que le ofrecen mientras esta hospitalizado considera su cultura horaria. | | | | |
| El apoyo para sus necesidades fisiológica (orina, heces) ,se realizan considerando su cultura | | | | |