

LA CULTURA COMO ELEMENTO IMPORTANTE DE LA PRACTICA DE CUIDADO

La Competencia Cultural como Elemento Importante de la Práctica de Cuidado Brindado al Paciente, por el Profesional de Enfermería de la Unidad Intermedia de San Javier de la Ciudad de Medellín.

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA



Zeneida Herrera Lezcano

Lesly Lizeth Conde

Medellín, Colombia

2014



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

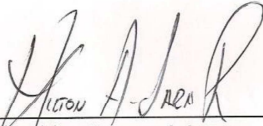
CENTRO DE INVESTIGACIONES

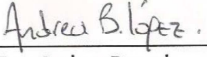
NOTA DE ACEPTACIÓN

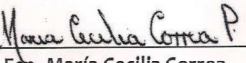
Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto de Grado: “La Competencia Cultural como Elemento Importante de la Práctica de Cuidado Brindado al Paciente por el Profesional de Enfermería de la Unidad Intermedia de San Javier de la Ciudad de Medellín”, elaborado por las estudiantes: LESLY LIZETH CONDE CAMPOS Y ZENEIDA HERRERA LEZCANO, del programa de Enfermería, nos permitimos conceptuar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Facultad de Ciencias de la Salud y por lo tanto se declara como:

Aprobado: Aceptable

Medellín, Junio 9 de 2014


Mg(c). Milton Andrés Jara
Presidente


Esp. Andrea Bernal
Secretaria


Esp. María Cecilia Correa
Vocal

Personería Jurídica según Resolución del Ministerio de Educación No. 8529 del 6 de junio de 1983 / NIT 860.403.751-3

Cra. 84 No. 33AA-1 PBX. 250 83 28 Fax. 250 79 48 Medellín <http://www.unac.edu.co>



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

Lesly Lizeth Conde Campos
Estudiante

Zeneida Herrera Lezcano
Estudiante

Agradecimientos

Expresamos nuestros más sinceros agradecimientos a Dios, por prestarnos la vida y el entendimiento para poder alcanzar esta meta. A cada uno de los docentes que participaron en la realización del proyecto mediante sus asesorías, consejos y paciencia.

Igualmente agradecemos a la red Hospitalaria Metrosalud de Medellín por el permiso otorgado para realizar la investigación en la Unidad Intermedia de San Javier y a cada uno de los participantes agradecemos por abrir un espacio durante su labor para realizar la encuesta.

LA CULTURA COMO ELEMENTO IMPORTANTE DE LA PRACTICA DE CUIDADO

Dedicatoria

Es nuestro deseo dedicar este triunfo principalmente a Dios por que es quien nos provee las fuerzas y el deseo para continuar cada día, Él nos sostiene en este mundo de dificultades y permite que nuestros sueños se conviertan en una realidad.

Seguidamente y no con menos importancia lo dedicamos a nuestros padres quienes con su apoyo emocional y económico han contribuido durante todo el proceso de nuestra formación profesional, quienes confiaron en nuestras capacidades y alentaron cada día a continuar a pesar de las dificultades que se presentaron durante este proceso.

Zeneida Herrera Lezcano

Lesly Lizeth Conde

LA CULTURA COMO ELEMENTO IMPORTANTE DE LA PRACTICA DE CUIDADO

Tabla de Contenido

Agradecimientos.....	iv
Dedicatoria	v
Tabla de Contenido.....	vi
Lista de Tablas.....	ix
Lista de Figuras	ix
Resumen	xii
Problema o necesidad	xii
Método.....	xii
Resultados.....	xiii
Conclusiones.....	xiii
Capitulo Uno – Planteamiento del Problema	1
Descripción del Problema.....	1
Planteamiento del Problema	4
Objetivos.....	4
<i>Objetivo general.</i>	4
<i>Objetivos específicos.</i>	4
Limitaciones	4
Delimitaciones	5
Justificación.....	5
Capitulo Dos – Marco Teórico	8
Antecedentes.....	8
Marco conceptual	16

LA CULTURA COMO ELEMENTO IMPORTANTE DE LA PRACTICA DE CUIDADO

<i>Definiciones</i>	17
Marco Contextual	24
Breve Reseña Histórica	25
Marco Institucional.....	27
<i>Perfil de la Corporación Universitaria Adventista</i>	29
Marco Legal.....	31
Sistema de Hipótesis.....	34
Sistema de Variables	35
<i>Variable</i>	35
Capítulo Tres - Marco Metodológico	36
Enfoque de la investigación.....	36
Tipo de investigación	36
Unidad de análisis.....	37
<i>Población</i>	37
<i>Muestra</i>	37
Recolección de la Información	37
Capítulo IV – Resultados y Análisis de los Resultados	40
Plan de análisis	40
Análisis de los resultados	40
Capítulo V – Conclusiones y Recomendaciones.....	58
Conclusiones.....	58
Recomendaciones	59
Anexos.....	61
Anexo 1 – Consentimiento Informado	61

LA CULTURA COMO ELEMENTO IMPORTANTE DE LA PRACTICA DE CUIDADO

Anexo 2 – Instrumento62

Bibliografía..... 65

Lista de Tablas

Tabla 1. Operacionalización de variables.....38

Lista de Figuras

Figura 1. Genero de las(os) Enfermeras(os).....41

Figura 2. Edad de las(os) Enfermeras(os)41

Figura 3. Nivel de estudio de las(os) Enfermeras(os)42

Figura 4. Estado civil de las(os) Enfermeras(os).....42

Figura 5. Raza de las(os) Enfermeras(os).....43

Figura 6. Religión de las(os) Enfermeras(os).....43

Figura 7. Edad de la enfermera (o) R/C la valoración de la promiscuidad del paciente para planear el cuidado.....44

Figura 8. Edad de la enfermera (o) R/C la valoración de la orientación sexual del paciente para planear el cuidado.....44

Figura 9. Edad de la enfermera (o) R/C la valoración del número de hijos del paciente para planear el cuidado.....45

Figura 10. Edad de la enfermera (o) R/C la valoración de compañeros sexuales del paciente para planear el cuidado.....45

Figura 11. Edad de la enfermera (o) R/C la valoración de la religión del paciente para planear el cuidado y ejecutarlo.....46

Figura 12. Edad de la enfermera (o) R/C la valoración del consumo de tabaquismo del paciente para planear su cuidado.....46

Figura 13. Edad de la enfermera (o) R/C la valoración del consumo de alcohol del paciente para planear su cuidado.47

Figura 14. Edad de la enfermera (o) R/C la evaluación de la realización de ejercicio del paciente para planear el cuidado.47

LA CULTURA COMO ELEMENTO IMPORTANTE DE LA PRACTICA DE CUIDADO

Figura 15. Edad de la enfermera (o) R/C la evaluación de la alimentación del paciente para planear el cuidado.....	48
Figura 16. Religión de la enfermera (o) R/C la valoración de la promiscuidad del paciente para planear el cuidado.....	48
Figura 17. Religión de la enfermera (o) R/C la valoración de la orientación sexual del paciente para planear el cuidado.....	49
Figura 18. Religión de la enfermera (o) R/C la valoración del número de hijos del paciente para planear el cuidado.....	49
Figura 19. Religión de la enfermera (o) R/C la valoración de los compañeros sexuales del paciente para planear el cuidado.	50
Figura 20. Religión de la enfermera (o) R/C la valoración de la religión del paciente para planear el cuidado.....	50
Figura 21. Religión de la enfermera (o) R/C la valoración del consumo de tabaquismo del paciente para planear el cuidado.	51
Figura 22. Religión de la enfermera (o) R/C la valoración del consumo de alcohol del paciente para planear el cuidado.	51
Figura 23. Religión de la enfermera (o) R/C la evaluación de la realización de ejercicio del paciente para planear el cuidado.	52
Figura 24. Religión de la enfermera (o) R/C la evaluación de la alimentación del paciente para planear el cuidado.....	52
Figura 25. Nivel de estudio de los Enfermera (o) R/C la valoración de la promiscuidad del paciente para planear el cuidado.	53
Figura 26. Nivel de estudio de los Enfermera (o) R/C la valoración de la orientación sexual del paciente para planear el cuidado.	53

LA CULTURA COMO ELEMENTO IMPORTANTE DE LA PRACTICA DE CUIDADO

Figura 27. Nivel de estudio de los Enfermera (o) R/C la valoración del número de hijos del paciente para planear el cuidado.	54
Figura 28. Nivel de estudio de los Enfermera (o) R/C la valoración los compañeros sexuales del paciente para planear el cuidado.	54
Figura 29. Nivel de estudio de los Enfermera (o) R/C la valoración de la religión del paciente para planear el cuidado y ejecutarlo.	55
Figura 30. Nivel de estudio de los Enfermera (o) R/C la valoración del consumo de tabaquismo del paciente para planear el cuidado.	55
Figura 31. Nivel de estudio de los Enfermera (o) R/C la valoración del consumo de alcohol del paciente para planear el cuidado.	56
Figura 32. Nivel de estudio de los Enfermera (o) R/C la evaluación de la realización de ejercicio del paciente para planear el cuidado.	56
Figura 33. Nivel de estudio de los Enfermera (0) R/C la evaluación de la alimentación del paciente para planear el cuidado.	57

LA CULTURA COMO ELEMENTO IMPORTANTE DE LA PRACTICA DE CUIDADO

Resumen

Problema o necesidad

La enfermería se orienta al cuidado profesional de seres humanos durante la vivencia y transición de sus procesos vitales, se enfoca además en la compasión, el bienestar y la defensa de quienes dependen de sus cuidados. Bajo esta concepción, se considera al ser humano inmerso en una cultura que tipifica las conductas y la enfermedad, es por ello que la diversidad cultural debe estar presente en la valoración de enfermería y en una práctica de cuidado ética y responsable.

Este proyecto tiene como objetivos identificar si el profesional de enfermería de la Unidad Intermedia de San Javier toma en consideración la cultura de sus pacientes al momento de realizar la valoración para planear el cuidado.

Método

Este se llevara a cabo en la Unidad Intermedia de San Javier ubicada en la Comuna 13 de Medellín, la información dará respuesta a los objetivos planteados y se obtendrá por medio de una encuesta que se le realizara a las(os) Enfermeras(os) que laboran en esta institución. La encuesta estará dividida en datos demográficos y específicos, estos serán analizados por medio de un software libre para describir los hallazgos. En cuanto a las características demográficas de la población encuestada, se encontró que el 38% de las(os) enfermeras(os) se encuentra entre las edades 51-55, el 75% de la población profesan la religión católica y un 25% la religión cristiana. A demás el 50% de la población tienen estudios hasta pregrado, un 38% especialista, y un 12% diplomado.

LA CULTURA COMO ELEMENTO IMPORTANTE DE LA PRACTICA DE CUIDADO

Resultados

Posterior al análisis de los datos se encontró que: las personas mayores de 50 años son las que realizan una mejor valoración al paciente teniendo en cuenta aspectos culturales tales como: orientación sexual, promiscuidad, número de hijos, consumo de tabaco y alcohol, la religión del paciente, tipo de alimentación y la práctica de ejercicio. Dicha valoración también predomina en los profesionales de enfermería que tienen un nivel de estudio superior a pregrado.

Conclusiones

Aunque el personal hace una valoración adecuada, cabe señalar que menos del 50%, por lo tanto se puede decir que los Profesionales de Enfermería de esta institución no hacen una valoración al paciente teniendo en cuenta su cultura.

Capítulo Uno – Planteamiento del Problema

Descripción del Problema

La enfermería se orienta al cuidado profesional de seres humanos durante la vivencia y transición de sus procesos vitales y tiene como centro fortalecer el Ethos (palabra griega que significa “costumbre”) de la persona que cuida, porque, ante todo, enfermería es un proyecto ético orientado al bienestar, la compasión y la defensa de quienes dependen de sus cuidados. Bajo esta concepción, se considera al ser humano inmerso en una cultura que tipifica las conductas y la enfermedad, es por ello que la competencia cultural debe estar presente en la valoración de enfermería y en una práctica de cuidado ética y responsable.

Para comprender aún más la importancia de obtener una competencia cultural para el ejercicio profesional, es necesario definir que es cultura según (Schwanitz, 2002) La cultura es: Algo que trasciende al hombre y lo comprende, la cultura debe ser entendida como un todo integrado, que abarca desde el sistema de creencias al sistema tecnológico pasando por los conocimientos, costumbres, leyes, artes, etc. y que permite al hombre, al ser humano, vivir en sociedad. (pag.32)

Como se menciona en el texto anterior la cultura le permite al hombre vivir en sociedad, y cabe señalar que la sociedad hoy en día es diversa en su cultura, pues por causas tales como el desplazamiento dado por la violencia, la inestabilidad económica, entre otros, conllevan a que las personas se muden constantemente de los lugares de residencia. También se puede descubrir con facilidad múltiples costumbres aun en una misma familia porque todos tienen maneras diferentes de pensar y de vivir.

Desde la disciplina de enfermería, Leninger, fue la primera en conceptualizar la Enfermería Transcultural basada en una perspectiva antropológica. Ella propuso el Modelo del Sol Naciente para ilustrar la Teoría de la Universalidad y diversidad del Cuidado Cultural.

Es así como Leninger citada en (Ibarra Mendoza & Siles González, 2006) define cultura: “el conocimiento que se adquiere y trasmite acerca de una cultura con sus valores, creencias, reglas de comportamiento y prácticas en el estilo de vida, que orienta estructuralmente a un grupo determinado en sus pensamientos y actividades”. (pág. 1)

Esta definición permite justificar que el cuidado que brinda el personal de enfermería debe ser coherente con los enfoques culturales de los individuos, al comprender dicha importancia de los puntos de vista culturales, ¿Qué sucedería si no se tiene en cuenta dichos enfoques al momento de cuidar?

Los autores ya antes mencionados sostienen que:

Las principales consecuencias de no tener presente los enfoques culturales en los sistemas de asistencia de enfermería son:

a) Pacientes que reciben un cuidado por parte de enfermería el cual no está relacionado con sus creencias, valores y estilos de vida, creando conflictos culturales, insatisfacción, tensión, así como preocupaciones éticas o morales.

b) Cuando se realiza un diagnóstico de enfermería sin tener en cuenta los factores culturales de los pacientes, se puede obtener un resultado desfavorable, en muchas ocasiones con consecuencias graves frente a las metas propuestas.

Los autores (Ibarra Mendoza & Siles González, 2006) nos dicen que: El conocimiento cultural para Enfermería, implica proveer un cuidado cultural, en el cual el

profesional debe poseer habilidades que faciliten la competencia cultural en él mismo, lo que significa aceptación y respeto por las diferencias culturales; sensibilidad para entender cómo esas diferencias influyen en las relaciones enfermero-paciente y viceversa, y habilidad para buscar estrategias que mejoren los encuentros culturales de acuerdo a las necesidades manifestadas por el paciente. (pág.1)

Los profesionales en enfermería deben adquirir habilidades de respeto con los pacientes y aceptación de su cultura, pues esto genera satisfacción en ellos. Además como profesionales en salud se debe dar valor a cada una de las personas sin importar de donde vengan y cuales sean sus costumbres.

“En 2008, Grimson expreso lo siguiente: algunas personas clasifican a los seres humanos como cultos o incultos, sin tener en cuenta que cuando lo hace evalúan a un grupo de personas que tienen culturas diferentes desde un punto de vista particular, como si ser diferente significara ser inferior a los demás” (pág. 2).

El ser diferente no hace inferiores a nadie como lo menciona el autor porque todos los seres humanos viven en un mismo país, con los mismos derechos y las mismas oportunidades, por tal motivo el cuidado debe ser brindado a todos con igual fundamentación científica, pero teniendo claro que cada ser humano es único y manifiesta de diferentes formas la enfermedad, en parte por sus antecedentes culturales y personales.

Lo que se ha mencionado permite reflexionar y pensar en: ¿Cuál sería el nivel de satisfacción del usuario, si se le brindara un cuidado teniendo en cuenta sus diferencias culturales? ¿Será que el personal de enfermería que actualmente labora en la Unidad Intermedia de San Javier se preocupa por la cultura del paciente al momento de cuidarlo? O ¿Será que el cuidado que brindan se hace solo por curar el aspecto físico y fisiológico y no la parte mental, espiritual y social del paciente?

Planteamiento del Problema

¿Tiene el equipo de enfermería que labora en la Unidad Intermedia de San Javier conocimiento de la cultura de los pacientes a quienes les brindan el cuidado?

¿El personal de enfermería incluye la valoración cultural para planear y ejecutar el cuidado con el fin de que éste sea integral?

Objetivos

Objetivo general.

Identificar si el profesional de Enfermería de la Unidad Intermedia de San Javier toma en consideración la cultura de sus pacientes al momento de realizar la Valoración de Enfermería para planear el cuidado.

Objetivos específicos.

Determinar en qué medida el profesional de enfermería de la Unidad Intermedia de San Javier realiza una valoración de acuerdo con la cultura del paciente.

Identificar si la edad, la religión y el nivel de estudio de los profesionales de Enfermería influyen en la valoración de acuerdo a la cultura del paciente.

Limitaciones

El lugar donde se llevará a cabo la investigación está ubicado en una zona alto riesgo puesto que allí residen diferentes grupos armados y por tal motivo el desplazamiento al lugar debe realizarse con suma precaución.

Delimitaciones

Cobertura o delimitación geográfica: Se tomara para esta investigación el total de las enfermeras profesionales de la Unidad Intermedia de San Javier la cual está ubicada en la Comuna 13 de Medellín cuya población es muy diversa, encontrándose personas provenientes de la costa pacífica, atlántico y una pequeña representación indígena, los cuales han traído consigo una gran variedad de costumbres realizando así un aporte importante a la pluralidad cultural de esta zona.

Conceptual y temática: La investigación tendrá énfasis en la competencia cultural de Enfermería al momento de brindar el cuidado, limitándose específicamente a aspectos de la cultura tales como: sexo, religión y estilos de vida (tabaquismo, alcohol, alimentación, ejercicio).

Justificación

El conocimiento de la diversidad cultural fortalece la práctica de cuidado de Enfermería y le provee los conocimientos que se necesitan para brindar un cuidado de calidad. En la actualidad en la formación de los profesionales de enfermería, se enfatiza en la importancia de respetar la individualidad del ser humano inmerso en su cultura para brindar el cuidado, para así generar satisfacción tanto para el paciente como para el propio enfermero(a).

Una de las bases de esta educación es el modelo teórico de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales planteado por Madeleine Leininger, este modelo de cuidados transculturales, permite estudiar los grupos sociales y las comunidades en relación con sus valores, creencias y conductas para así desarrollar un cuerpo de conocimientos que permita una atención en salud científica y humanística.

Leninger citada en (Manrique, Reyes, Delgado, & Jimenez, Enfermería 21, 2005) define la enfermería transcultural como una de las grandes áreas de la enfermería, que se centra en el estudio y el análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta, siempre con el propósito de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura y / o universal. (pág.1).

De acuerdo a lo dicho en este texto se puede observar que Leninger en su teoría hace énfasis en la importancia de un conocimiento cultural para brindar un cuidado, acorde a esto se podría decir que el cuidado que se brinda será más satisfactorio para los pacientes y de mejor calidad si se le respeta a la persona su identidad cultural.

Los autores Muñoz y Vásquez en 2007 afirman lo anterior indicando que: “El profesional de enfermería al momento de brindar el cuidado al paciente, no solo lo debe enfocar en su evolución física, sino también en cómo lograr un cuidado satisfactorio según el estilo de vida y las diferencias culturas del ser humano” (pag.99).

A pesar de todas estas enseñanzas es triste tener que reconocer que el personal de enfermería en ocasiones no se preocupa por poner en práctica este conocimiento en su área de trabajo, lo cual puede generar que la satisfacción del usuario y la calidad del cuidado disminuya.

Es por eso que se vio la necesidad de realizar esta investigación, la cual se llevara a cabo en la ciudad de Medellín, puesto que se conoce como una ciudad multicultural pues habitan personas de diferentes partes del país incluso del mundo, ya sea por razones económicas, turismo e incluso desplazamiento, y gran parte de esta población a habitado la zona de la comuna 13 o San Javier.

Esto se puede afirmar por medio de la estadística dada por el DANE en el 2005 la cual indica que el 92,9% del total de la población es Mestizos y Blancos, el 7% son Afrocolombianos y un 0,1 % Indígenas, por tal motivo la investigación se realizara en la Unidad Intermedia de San Javier y de esta manera identificar si enfermería está cumpliendo con el propósito de la teórica Madeleine Leninger en tener en cuenta la cultura del paciente al momento de brindarle el cuidado.

Capítulo Dos – Marco Teórico

En este capítulo se busca definir los conceptos que le darán el sustento desde la parte teórica e investigativa a este proyecto. Este marco teórico está conformado por: los Antecedentes, Marco Conceptual, Marco Contextual, Marco Institucional y Marco Legal.

Para ello se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos, ESCOB, REDALYC, SCIELO, se realizaron fichas bibliográficas que permitieron definir unas categorías iniciales y esenciales para la construcción del planteamiento del problema y la justificación.

Antecedentes

Según los propósitos de la investigación, se ha realizado una revisión bibliográfica preliminar acerca de los diferentes estudios que se han hecho, relación enfermería – diversidad cultural. De una u otra manera se presenta la relación entre diversidad cultural y enfermería pues las personas que necesitan ser atendidas y cuidadas diariamente en los hospitales son pertenecientes a una cultura.

Dos autores (Ibarra Mendoza & Siles González, 2006) afirman lo anterior expresando lo siguiente: La actual dinámica social y el desarrollo de la disciplina, crean en enfermería la necesidad de implementar nuevas estrategias que le permitan brindar un cuidado integral y de calidad considerando los valores, creencias y prácticas de los individuos que tiene bajo su cuidado.(pág.3).

Existen muchas estrategias por medio de las cuales se puede llegar a comprender la individualidad de los pacientes, una de ellas es la investigación a través de estudios etnográficos, por medio de la cual se puede identificar de forma sistemática, los valores, creencias y prácticas que están relacionadas con la salud y el cuidado de los pacientes. Además, las investigaciones

etnográficas aportan elementos que determinan comportamientos grupales y las diferencias entre ellos.

Este tipo de conocimiento según Leninger citada en (Ibarra Mendoza & Siles González, 2006) ayuda en el aprendizaje de enfermería porque permite ofrecer un cuidado cultural congruente, que deja de lado el egocentrismo y que facilita la determinación de qué prácticas, creencias y valores se podrían preservar, cuáles negociar o acomodar en casos que ameriten una reestructuración del cuidado. Las decisiones y acciones que enfermería tome acerca del cuidado, serán satisfactorias para los pacientes, si estas se basan en la evaluación de los beneficios y riesgos de creencias, valores y modos de vivir. (pag.100)

Estos autores concluyen que el cuidado depende mucho del rol de los profesionales en enfermería, esto ha generado muchos logros en los últimos 20 años, sin embargo los problemas de la globalización ha generado un complejo panorama el que podría mejorarse trabajando los siguientes ítems para hacer de la enfermería una profesión que ofrezca cuidados culturalmente competentes:

- Revisión de modelos educativos y reorientación de los planes de estudio hacia modelos sociales complejos.
- Orientación de la educación de enfermería hacia las necesidades de salud de la población y los nuevos modelos integrales de atención basados en conceptos y prácticas de salud pública y atención primaria de salud.
- Promoción del pensamiento crítico.
- Análisis permanente del impacto de la globalización.

Por otra parte (Muñoz y Vásquez, 2007) Nos dicen que es necesario entrar a formar parte de esas culturas para vivir junto con ellos, un estilo de vida diferente al cual no se está acostumbrado y así comprender de manera clara y precisa el cuidado de la salud. El profesional de enfermería adquirirá una visión diferente de un “único concepto de la vida”, al ayudar al paciente a prevenir o enfrentar la enfermedad desde su cultura.

(pag.100).

Además con el paso del tiempo se ha visto la gran necesidad de que el cuidado que se brinde sea cultural pues esto influye mucho en la recuperación de los pacientes.

Kimlin y Kagawa lo confirman diciendo que: “La Cultura influye en la salud y afecta el significado del cáncer en el paciente, la familia, el cuidado de los pacientes, y los resultados” (pag.34). Esta cita es clara pero se puede notar que solo menciona el cáncer pero esto es aplicable a todas las enfermedades.

Otro autor (Ortega López, 2006) Realizo una investigación en la cual se incluyó una población de 153 enfermeras, 253 usuarios y 6 curanderos, con el fin de determinar las percepciones de estos en cuanto a la salud, la enfermedad, la cultura en el manejo del dolor y métodos tradicionales de curación.

Entre los resultados más relevantes están los siguientes: el personal de enfermería: 40.52% tienen estudios de licenciatura con especialidad; 63.39 % definió la salud como bienestar físico; 36.60 % a la enfermedad como desequilibrio en el organismo; 60.78 % al dolor como una manifestación de un malestar físico. En los pacientes: El 70.68 % del sexo masculino, 78 % con estudios de primaria; 37.74 % definió la salud como lo más importante en su vida; 52.60 % a la enfermedad como algo dañino para el ser humano; 50.60 % al dolor como molestia. Los curanderos consideraron que el curar a la gente a través de hierbas, veladoras, espíritus y oración es una misión que tienen de ayudar a las personas a recuperar la salud.

A la conclusión que el autor llegó fue esta: el personal de enfermería debe tener en cuenta la diversidad cultural en las diferentes poblaciones para que pueda brindar un servicio basado en el respeto a la persona.

El final de la investigación ya mencionada es muy real porque no se puede brindar un buen cuidado a las personas si no se les trata con respeto, si cada enfermero se decidiera a tener en cuenta las diferencias que existen entre las personas, esta profesión sería aún más bonita. Aparte de estas investigaciones que se realizaron las cuales serán de gran ayuda para el proyecto, se encontraron también algunos trabajos y estudios muy importantes.

El siguiente autor (Salas Iglesias, 2006) refiere:

Para comenzar la disertación se parte del hecho de que para poder ejercitar el cuidado humano (entendido como acción compleja) se hace necesaria la coordinación de diferentes factores: tanto personales, profesionales, institucionales como sistémicos. Se exige para ello una competencia técnica profesional, con un conocimiento epistemológico de la profesión del cuidado (por excelencia enfermería) pero también de la humanística del ser humano en sus distintos niveles (somático, fisiológico, dimensiones psicológicas, sociales, espirituales). Por ello, cuidar a un individuo es una tarea no fragmentaria, se refiere a un todo holístico y además sin perder de vista el hecho de que para brindar unos cuidados que permitan envejecer con éxito, serán igualmente importantes no sólo la situación del tiempo presente sino el conjunto de su historia, lo que en consecuencia por todo lo cual suscita un paradigma tanto intelectual como práctico; que enfermería ciencia del cuidado, la vida y la salud va a ser capaz de abordar de manera eficaz, al constituir su esencial razón de ser y existir. (pág. 73)

El autor de alguna manera se refiere al cuidado como algo importante, que no se debe realizar sin tener un conocimiento amplio sobre la persona, además que el cuidado que se brinda debe ser

holístico, teniendo en cuenta tanto lo físico, lo mental, lo social y aún más importante la parte espiritual del paciente.

Esto lo afirma (Gentil García, 2006) en su trabajo, Antropología, Enfermería y Personas de otras Culturas. Enfermería, profesión especializada en los cuidados a personas, se enfrenta en estos momentos al hecho de tener que prestar cuidados a personas de otras culturas. A veces son percibidas sólo con aspectos negativos y muchas veces sin ser conscientes de dicha percepción. Por este motivo García buscaba por medio de su trabajo lo siguiente: motivar la reflexión y el pensamiento crítico sobre el problema de funcionar sobre estereotipos frente a los otros.(pág.37).

Se ha mencionado la cultura, el cuidado y la importancia que tiene el conocimiento de ellos para poder cuidar, pero reconociendo que cada uno se relaciona entre sí, por eso es importante mirar los antecedentes de interculturalidad.

(González Juárez & Noreña Peña, 2011) En su artículo: Comunicación Intercultural como medio para favorecer el cuidado culturalmente aceptable menciona que:

“Es importancia mantener una comunicación intercultural como medio para favorecer las prácticas de cuidado culturalmente competentes lo que inicialmente conlleva un cambio en las formas de comunicación y en la organización de los servicios de salud”. (pág.57)

Estos mismos autores González et al. (2011): Dan una definición de interculturalidad dentro del manuscrito ya mencionado y dicen que: “La comunicación intercultural se refiere a los contactos entre personas de diferentes culturas, las cuales se reúnen, interactúan e intentan resolver los problemas que se presentan en el marco las relaciones interpersonales. El logro de una comunicación intercultural, facilitara al personal sanitario garantizar la calidad de los servicios de salud otorgados, en el marco de un cuidado culturalmente aceptable. (pag.56).

González et al. (2011) También afirman que: Es claro que el uso de un lenguaje y connotación común en una situación de cuidado, inicialmente permitirá planear conjuntamente los cuidados culturalmente aceptables y lograr el entendimiento y aceptación de los tratamientos establecidos. Además, al conocer las características étnicas y culturales de cada grupo, se determina tanto el tipo y significado del lenguaje verbal como el no verbal, pues hablando la misma lengua se comprende diferente. El choque cultural, no solo implica una incompreensión del comportamiento ajeno, sino que también una serie de emociones negativas: desconfianza, incomodidad, ansiedad, preocupación y violencia. Para superar esto hay que comunicarse interculturalmente y emocionalmente. Lo cual implica un conocimiento del contexto, lengua, comunicación verbal y no verbal, creencias, valores y sentimientos de la persona. (pág. 57, 58).

La interculturalidad es un elemento muy importante a la hora de cuidar, el personal de enfermería debe tener la capacidad para comunicarse con sus pacientes de acuerdo a su lenguaje, pero debido a la falta de personal y a la demanda de pacientes, en ocasiones no se toma tiempo para tener una conversación adecuada con ellos. Es por eso que se debe procurar ampliar el conocimiento de las diferentes culturas para poder tener una interrelación más apropiada con las personas que se encuentren bajo el cuidado del personal de enfermería.

Para hacer una adecuada planeación de cuidado de enfermería se usa una herramienta que le permite hacer una valoración inicial del paciente, planear un cuidado, ejecutarlo de manera directa e indirecta y evaluar si se hizo adecuadamente, este proceso es llamado: Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que se describirá a continuación de acuerdo a los autores (Gispert, Gárriz, Villalba, Alberte, Grasa, Robira, Mainer, & Gay., 2010). Que consiste en:

El PAE es: un proceso continuo pero integrado por diferentes etapas o fases, ordenadas lógicamente, que tienen como objetivo fundamental la personalización y la adecuada planificación y ejecución cuidados orientados al bienestar de la persona. Cabe destacar sin embargo que tales etapas aunque pueden definirse y analizarse de forma independiente, en realidad están íntimamente relacionadas y son interrumpidas, puesto que el proceso de Enfermería implica una actualización constante reflexiva y a todos los niveles para poder determinar y cubrir todos los requerimientos de la persona no solo de una dimensión física o biológica, sino también desde las perspectivas psicológica, sociológicas, culturales y espirituales.

Sucintamente, el Proceso de Enfermería abarca, por una parte, la recogida, el análisis y la interpretación de los datos precisos para determinar las necesidades de la persona, por otra, la planificación de los cuidados oportunos, su ejecución y su evaluación global. (pág. 3-10).

Fases del Proceso de Atención De Enfermería:

- Fase de Valoración.

Es la etapa donde se realiza la recolección de la información, basada en la observación y en la entrevista de la persona, así como en toda fuente disponible, se pretende elaborar un inventario de todo aquello referente a la persona enfermera que aporte un conocimiento indispensable sobre sus características personales, sus dificultades o padecimientos, sus hábitos de vida y el estado de satisfacción de sus necesidades fundamentales.

- Fase de diagnóstico.

Esta etapa consiste en el análisis e interpretación de los datos recogidos en la etapa previa. El análisis precisó contextualizado de estos datos, permite a la Enfermera identificar las

manifestaciones de dependencia, así como los problemas que son de su competencia. Esta etapa permite con la mayor claridad posible y de manera concisa el problema específico que presenta la persona y las fuentes de dificultad que lo provoca. Se trata pues de elaborar el Diagnóstico de Enfermería, punto prioritario para establecer la situación y las necesidades de la persona así como para plantear los cuidados de enfermería más oportunos.

- Fase de planificación de cuidados.

En esta fase, se planifican las estrategias encaminadas a prevenir, minimizar y corregir los problemas identificados previamente. Esta se orienta a la acción, ya que se trata de establecer un tema a la actuación y determinar sus diferentes pasos, los medios requeridos para su consecución, las intervenciones concretas que se deben instaurar y las precauciones que corresponden a adoptar en el curso de todo el proceso de Enfermería.

- Fase de ejecución.

Esta corresponde a la puesta en práctica del plan de atención elaborado previamente y cuya meta es la de conducir a la persona al menos idealmente, hacia la óptima satisfacción de sus necesidades. En tales actuaciones dependiendo de cada situación pueden intervenir según las necesidades, posibilidades y disponibilidades, el equipo de Enfermería, la persona enferma y su familia.

- Fase de evaluación.

Esta es la última fase del Proceso de Enfermería, la evaluación corresponde a una evaluación continua la cual se determina con la persona enferma, hasta qué punto se han alcanzado los objetivos propuestos previamente y los resultados de la aplicación de cuidados, a la par que se incorporan nuevos datos surgidos del estado de la persona.

Marco conceptual

A continuación se pretende hacer un acercamiento más amplio sobre algunas definiciones importantes que están directamente relacionadas con esta investigación. Desde una perspectiva disciplinar y teórica de la enfermería tomando el modelo conceptual de Madeleine Leninger: el cuidado transcultural y el metaparadigma de enfermería con sus conceptos de: persona, cuidado, enfermería y enfermedad, definidas en estos modelos nos dicen que Leninger fue la primera teórica en hablar de los cuidados transculturales y relacionarlos con la salud del paciente.

Leninger citada en (Marriner Tomey & Raile Alligood, 2007). Define su teoría como:

Un área formal de estudio y práctica de la enfermería enfocada en el cuidado holístico comparativo de la salud, de los modelos de enfermedad, de los individuos o grupos, con respecto a las diferencias y similitudes en los valores culturales, creencias y prácticas con el fin de proporcionar un cuidado de enfermería que sea congruente, sensible, culturalmente competente a las personas de culturas diversas. (pág.1).

Los aspectos fundamentales de la teoría son cultura, cuidado, cuidados culturales, visión del mundo y sistemas de salud o bienestar tradicionales; sus bases se encuentran en la enfermería transcultural que se centra en el estudio comparativo y el análisis de las culturas cuando se aplica a la enfermería y su práctica las creencias y valores de salud o enfermedad, más claramente en la segunda cita en el mismo ejemplar lo define como:

Marriner Tomey & Raile Alligood (2007) Un área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado y basado en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte. (pag.1)

El objetivo de la enfermería transcultural es brindar cuidados que sean coherentes con los valores, creencias y prácticas culturales ya que las culturas tienen diversidad porque perciben, conocen y practica los cuidados de diferentes maneras y son universales en la medida que los cuidados tienen características comunes.

Definiciones.

Diversidad cultural.

También es cierto que no existe una sola cultura si no varias, así es expresado por el (CIESAS, 2008): Todas las personas, grupos y comunidades tienen una manera específica de ver al mundo y comprenderlo, de relacionarse con su entorno, de concebir los problemas y retos que enfrentan y de responder a ellos, así como de asignar valor a sus recursos y reglas para su disposición por sus integrantes, por lo que cada grupo social y comunidad tienen características específicas que los hacen ser diversos.

El autor (Tarrés Chamorro, 2001). Expresa lo siguiente:

Los profesionales de la enfermería tienen cada día una mayor variedad de personas a las que cuidar. No se trata ya tanto del paciente tradicional, de su propio vecino muchas veces, sino que son personas que llegan de muy diversos lugares y con distintas características y, en ocasiones, procedentes de culturas diferentes a la nuestra. De ahí la necesidad de conocer los condicionantes del paciente contextualizándolo en su propia cultura, comprenderlos desde su perspectiva, de entender qué es la salud y la enfermedad para estos individuos de cara a optimizar la relación persona a persona con ellos.(pág-1)

Cultura.

Es importante ver que la cultura ha estado entre nosotros desde hace ya mucho tiempo y es parte de nuestra vida, (Aballay & Avendaño Manelli, 2010) dicen que:

“la cultura puede considerarse actualmente como el conjunto de los rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracteriza a una sociedad o grupo”.

El término Cultura ha sido definido en más de 200 formas; sin embargo, fue conceptualizado por primera vez, según registra la historia por Sir Edward Tylor, (Brunner & Suddarth, 1998) quien sostuvo que la cultura se refiere a la inclusión de conocimientos, creencias, arte, moralidad, leyes, costumbres y cualquier otra destreza y hábitos que adquieren los seres humanos en cuanto a miembros de la sociedad.

De igual manera la Dra. Madeleine Leininger citada en (Castillo Mayedo, 2008) define cultura como:

“El conocimiento que se adquiere y trasmite acerca de una cultura con sus valores, creencias, reglas de comportamiento y prácticas en el estilo de vida, que orienta estructuralmente a un grupo determinado en sus pensamientos y actividades” (pág. 3), es decir los seres humanos no nacen con una cultura ya establecida sino que la adopta de la sociedad y de los padres, también se puede agregar que además de lo que adquieren crean su propia cultura.

(Paramo, 2007) Define la cultura “básicamente como ideas y símbolos, y otras, como comportamientos. (pág. 4), a través de cada uno de estos autores nos ponemos dar cuenta que la cultura de las personas es muy amplia puesto que abarca desde pensamientos, el sentir, el hablar, hasta la forma de vestir.

Interculturalidad.

A pesar de que todos los seres humanos son diferentes, siempre se relacionan de alguna manera, lo que los hace seres humanos interculturales, (CIESAS, 2008) comenta:

La interculturalidad es una relación que establecen dos o más culturas a través de personas, grupos o comunidades; productos culturales, como libros, pinturas, esculturas y obras de arquitectura, grabaciones de audio y video, obras de teatro o conciertos, revistas o sitios en Internet, entre otros productos. (pag.54).

Identidad cultural.

Todas las culturas tiene una forma de expresar lo que son, (CIESAS, 2008) afirma que:

Una cultura expresa su identidad, su carácter distintivo, en el patrimonio material e inmaterial, que ha producido, que recrea y que genera. (pag.44)

Enfermería.

En el (CIE, 2010) acordaron que:

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

De igual manera (Echeverri & Vélez Pérez, 2005) afirma que:

Todas las profesiones tienen muchas cosas en común, sirven para 'algo', pero no todas sirven a 'alguien', entendiendo siempre que ese alguien se refiere al ser como individuo, con sus componentes biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales.(pág)

Persona.

Nightingale (1860) en su Teoría del Entorno, define persona como ser humano afectado por el entorno y bajo la intervención de una enfermera, es decir alguien que tiene una necesidad que necesita ser atendida.

También Peplau (1952) en su Modelo de relaciones interpersonales la define como un individuo, no incluye a las familias, grupos ni comunidades. La describe como un organismo en desarrollo que se esfuerza por reducir la ansiedad provocada por las necesidades. Según Peplau la persona vive en equilibrio inestable.

Además Henderson (1955) afirma: Individuo que necesita de la asistencia para alcanzar una salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad influyente por el cuerpo y por la mente. Tiene unas necesidades básicas que cubrir para su supervivencia. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana.

Orientación sexual.

(Castillo Ortiz, 2005) Menciona que:

La orientación sexual se refiere a la capacidad que tenemos para relacionarnos tanto afectiva como eróticamente con personas de nuestro mismo sexo, de nuestro sexo complementario (mal llamado sexo opuesto) o con ambas; y dependiendo de la persona con

la cual nos relacionemos eróticamente, ya sea un hombre, una mujer o ambos podemos hablar de tres tipos de orientación sexual:

La orientación heterosexual: es la capacidad de relacionarnos tanto afectiva o eróticamente con personas de nuestro mismo sexo.

La orientación heterosexual: es la capacidad de relacionarnos afectiva y eróticamente con personas de nuestro sexo complementario.

La orientación bisexual: donde indistintamente o por momentos específicos podemos relacionarnos, tanto afectiva como eróticamente con personas de nuestro mismo sexo o con personas del sexo complementario. Esto puede ocurrir alternadamente o al mismo tiempo. (pág.659)

Salud.

Leninger (1920) dice que: “Es el estado de bienestar o recuperación que se define, valora y practica culturalmente por parte de individuos o grupos que les permite funcionar en sus vidas cotidianas”. (pag.461).

De igual manera (Acevedo, Martínez, & Estario, 2007) refieren que la Organización Mundial de la Salud en 1946 definió la salud como el completo bienestar físico, mental y social y no solo como ausencia de enfermedades o afecciones. (pág. 17).

Estilos de vida.

Mendoza 1990 citado en (Mendoza Berjano, Sagrera Perez, & Batista Foguet, 1986 - 1990) Nos dice, conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo (pag.17).

Los siguientes autores (Mendoza Berjano, Sagrera Perez, & Batista Foguet, 1986 - 1990)

Afirman que el estilo de vida de una persona está determinado por cuatro grandes factores, estos son:

Las características individuales, genéticas o adquiridas (personalidad, intereses, educación recibida, etc.)

- Entorno microsocioal en que se desenvuelve el individuo: vivienda, familia, amigos, vecinos, ambiente laboral o estudiantil)
- Entorno microsocioal que a su vez moldean decisivamente los anteriores: el sistema social, la cultura imperante en la sociedad, la influencia de los grupos económicos y otros grupos de presión, los medios de comunicación y las instituciones oficiales.
- El medio físico geográfico, que influye en las condiciones de vida imperantes en la sociedad y a su vez sufre modificaciones por la acción humana. (pág.18).

Dignidad humana.

Lo define Kant mencionado por (De Koninck, 2006) dice: “aquello que está por encima de cualquier precio y que no admite equivalente alguno, pues no tiene precio ni tiene un valor relativo sino absoluto” (pag.11).

Cuidado.

Izquierdo (2003) dice “Los cuidados son una necesidad multidimensional de todas las personas en todos los momentos del ciclo vital, aunque en distintos grados, dimensiones y formas. Constituyen la necesidad más básica y cotidiana que permiten la sostenibilidad de

la vida” (pág. 10). Referente a esto, se puede decir que el cuidado es muy importante para todos los seres humanos y es por eso que el personal de enfermería debe esmerarse para que ese cuidado sea efectivo y oportuno.

Por otra parte, Lagarde (2003) comenta “El cuidado es el conjunto de actividades y el uso de recursos para lograr que la vida de cada persona, esté basada en la vigencia de los derechos humanos. Prioritariamente, el derecho a la vida en primera persona” (pag.1). Cuando el autor hace referencia al conjunto de actividades no menciona que tipo de actividades son, pero estas se pueden definir como, cuidado física, mental y principalmente la parte espiritual de los pacientes, para lograr que el paciente este bien en estas dimensiones el personal de enfermería debe tomar tiempo para escucharle y así obtendrá buenos resultados.

Cuidados culturales.

Leninger (1920) la define como:

Actos de prestación de cuidados de ayuda, apoyo, facilitación o capacitación sintetizados y culturalmente constituidos hacia uno mismo o hacia los demás, centrados en necesidades evidentes para la salud o el bienestar del cliente o para afrontar discapacidades, la muerte u otras condiciones.(pag.406).

Nuevamente Leninger (2007) nos dice: “un estado de bienestar que esta culturalmente definido, valorado y practicado, refleja la capacidad de los individuos de llevar a cabo las actividades diarias de un modo culturalmente expresado” (pag.1).

Cuidado de calidad:

(Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero, 2008) Define Calidad como:

“La aptitud de un producto, servicio o proceso, para satisfacer las necesidades de los usuarios. Entendiendo por calidad total, el proceso que implica hacer las cosas bien y mejorarlas constantemente” “Además es una propiedad inherente de cualquier cosa que permite que esta sea comparada con otra de su misma especie”

Tiene unas características que son:

“Eficaz: referida al logro de los objetivos en la prestación del servicio de salud a través de aplicación correcta de las normas y técnicas administrativas.”

“Integral: que el usuario reciba las atenciones de salud que su caso requiere y que se exprese un interés por la condición de salud del acompañante.”

Marco Contextual

La investigación será realizada en la Unidad Intermedia de San Javier que pertenece Metro Salud, con el personal de enfermería que allí labora, para observar sus actividades desde su propio rol y comportamientos con el paciente. Este centro presta sus servicios a la población subsidiada de La Comuna 13 de Medellín. Se escogió este lugar para trabajar porque se facilita el contacto con el personal puesto que se han realizado prácticas académicas en este lugar, además porque es una empresa que ofrece servicios de alta calidad y se quiere conocer las falencias que se pueden estar presentando frente al cuidado integral del paciente, lo cual tiene mucho que ver con la cultura.

Breve Reseña Histórica

Metrosalud Empresa Social del Estado que nació oficialmente el 23 de junio de 1994. Actualmente Metrosalud cuenta con 10 unidades hospitalarias y 40 centros de salud que garantizan la cobertura y atención en salud de a más de un millón de usuarios escritos al régimen subsidiado en Medellín.

Para garantizar al usuario una buena atención oportuna, cuenta con 200 servidores y para cumplir tanto los objetivos, la misión y las visiones estratégicas, la empresa dispone de un personal altamente calificado y con vocación de servicio, compuesto por personal de salud especializados en diversas áreas, además del personal administrativo y operativo, lo cual permite la presencia de 50 sitios en la ciudad.

Metrosalud presta servicios de primer nivel en consulta médica ambulatoria, urgencias general y especializada, hospitalización, salud oral, apoyo terapéutico, atención de partos, laboratorio clínico, transporte de ambulancia básico (TAB), ayudas diagnósticas, servicios de farmacia en 45 sedes y actividades de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.

Además ofrece servicios de segundo nivel, con cirugía general, oftalmología y cirugía en ortopedia en la Unidad Hospitalaria Belén; Obstetricia y Ginecología, en el nuevo hospital de Manrique; Pediatría y Neonatología de cuidado Intermedio en la unidad asistencial de San Javier y odontología especializada para menores de edad en el Centro de Salud El Poblado. También brinda los servicios de Psicología, trabajo social, nutrición y dietética en cada una de sus unidades hospitalarias. Hace poco la empresa puso el servicio de Medicina interna para el régimen subsidiado, esta especialidad se ofrece en las unidades hospitalarias Santa Cruz y Castilla. (Metrosalud, 2012)

Unidad Intermedia de San Javier.

Está ubicada en la comuna 13 de Medellín cuya población es muy diversa; encontramos una gran cantidad de personas proveniente de diferentes zonas del país, que por diversos motivos han llegado a la ciudad, y se han instalado en este sector, en los últimos 25 años, ampliando sustancialmente el pluri culturismo. El aumento de la población que proviene de la Costa Pacífica y Atlántica, ha sido muy significativo, ya que ha traído consigo, costumbres socio – religiosas y potencialidades en expresión artística. Es por esto, que en los últimos años, el movimiento de comunidades negras o Afrocolombianas con asiento en esta Comuna, viene ganando espacios en escenarios públicos, donde sus expresiones culturales y artísticas se han evidenciado con más fuerza, además, en esta zona de la ciudad habitan, algunas familias indígenas, que representan menor cantidad poblacional, pero que realizan, un aporte importante a la pluralidad cultural.

Los datos de la población total de la Comuna 13 San Javier son muy diversos, las diferentes instancias gubernamentales no han unificado sus datos, lo que genera una inconsistencia al momento de tomarlos como referencia para cualquier acción, veamos: El DANE en su censo en el año 2005, estableció que la Comuna tenía una población de 138.790 habitantes, mientras que para el SISBÉN, en el año 2008, se establece un total de la población de 136.258 habitantes. Los resultados del SISBÉN del año 2010, presentan una población de 150.325 habitantes y los datos de la Encuesta de Calidad de Vida para Medellín en el año 2008, son de 165.751 habitantes. Tomando como referente la encuesta del SISBÉN para este año 2010, tenemos que el 25.48% de los habitantes de la Comuna, es decir, 38.308, son menores de 15 años, la cuarta parte de su población total, son niños que merecen una atención especial, pero que al igual que el resto de los habitantes de esta Comuna, les toca padecer a diario las consecuencias de la exclusión de todos los niveles en que habitan el territorio, la falta de equipamiento, las amenazas por deslizamiento del terreno, la violencia intrafamiliar y social y el reclutamiento forzado por parte de los grupos

armados al margen de la ley, proyecta a estos infantes, a reproducir la historia que se ha venido repitiendo durante décadas en estos sectores.

A su vez, la Comuna tiene 44.716 habitantes jóvenes, entre las edades de 19 a 29 años, lo que nos permite aseverar que este sector, requiere de una institución de Educación superior, casi igual, que la Universidad de Antioquia, para atender a esta población, además, proveerles espacios para su desarrollo integral.

En esta comuna hay mucho desempleo, falta compromiso, no se está realizando mano de obra en el sector que favorezca el empleo, falta proyectos educativos y facilidad de estudio, falta motivación para el emprendimiento, todo esto se da porque:

- Falta personal calificado.
- Faltan oportunidades laborales.
- Estigmatización y marginalidad.
- Incremento de las dinámicas informales.
- Inequidad en las políticas económicas.

Todo esto trae unas consecuencias como bajos ingresos económicos, bajos niveles en la calidad de vida, informalidad en la búsqueda de opciones económicas.

Marco Institucional

La Corporación Universitaria Adventista es una institución sin ánimo de lucro basada en la educación cristiana, tiene su propia filosófica y misional, que se traduce en una propuesta educativa que la distingue de las demás instituciones de educación superior. Como toda institución la corporación universitaria adventista también tiene una historia de cómo apareció y surgió convirtiéndose en universidad. A continuación se presenta una breve reseña histórica.

En el año de 1937 inició labores en Medellín el “Colegio Industrial Colovenio”, con el fin de atender las necesidades educativas de la Iglesia Adventista del Séptimo Día. La tarea educativa comprendía todos los niveles de educación y buscaba preparar profesionalmente a pastores, administradores, maestros y músicos. Al comenzar el año de 1950 se adoptó el nombre “Instituto Colombo–Venezolano” y continuó trabajando en los niveles de educación primaria, secundaria y terciaria. El decreto 80 de 1980 (enero 22) emanado de la presidencia de la República define el sistema de Educación Superior y tal definición obligó al “Instituto Colombo–Venezolano” a revisar sus estatutos. El 18 de julio de 1981 se creó la Corporación Universitaria Adventista con el objetivo de impartir la educación post-secundaria en la modalidad universitaria. La UNAC recibió la personería Jurídica No. 8529 el 6 de junio de 1983, expedida por el Ministerio de Educación Nacional.

En el proceso de su desarrollo académico ha organizado cinco facultades desde las cuales se ofrecen los programas de pregrado: Facultad de Educación, Facultad de Teología, Facultad de Salud, Facultad de Ciencias Administrativas y Contables, Facultad de Ingenierías; y una División de Investigaciones y posgrados que es la encargada de liderar los programas de posgrado que ofrece la Institución.

La UNAC ha trabajado con miras a formar profesionales muy competitivos y de altas calidades morales y espirituales, por ello dentro de su quehacer cotidiano participa en diferentes procesos que velan por la calidad institucional. Se destaca la Acreditación otorgada por la Agencia Acreditadora Adventista (AAA), que ha certificado la calidad de la educación impartida en la UNAC. De igual manera se está participando en los procesos de calidad de la Educación Superior que promueve el Ministerio de Educación Nacional; el Registro Calificado para cada uno de sus programas, se constituye en la etapa previa antes de ingresar a los procesos de Acreditación de Alta Calidad tanto para los programas como para la institución en sí.

Perfil de la CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA.

Filosofía educativa: Compromiso con la educación que se ve reflejada en el perfil del docente, los programas de estudio las actividades espirituales, la vida social y los aspectos administrativos y financieros.

Programa espiritual: Fomenta la comunión con Dios y la práctica de valores cristianos que propenden por la sana convivencia y el servicio a los demás.

Formación integral: Donde la formación integral es un medio para conducir a la persona a una relación salvadora en Cristo, la preparación del carácter y la preparación para ejercer un liderazgo de servicio a Dios y al prójimo.

Investigación: Herramientas para la generación de conocimiento y la oportunidad para la innovación y la generación de alternativas para la solución de problemas.

Proyecto social: Orientado principalmente a la generación de oportunidades de formación a estudiantes de bajos recursos.

Integración teórica- practica: Busca la articulación universidad-empresa por medio de la conformación de industrias educativas que sirvan como escenarios reales para el aprendizaje y la confrontación de saberes.

Interdisciplinariedad: Ciencias, currículos flexibles, metodologías enfocadas hacia el aprendizaje activo del estudiante y contenidos contextualizados en forma real.

Interdisciplinariedad e internacional: Sustentado en la ventaja de pertenecer a un sistema social de 106 instituciones adventistas de educación superior, lo que brinda múltiples posibilidades de trabajo cooperativo.

Características del perfil.

1. Una sólida formación cristiana. El egresado es una persona íntegra, con altos ideales fundamentados en valores, con capacidad para servir a la sociedad utilizando los conocimientos adquiridos y aplicando los principios recibidos en su Alma Máter.

2. Competencia profesional y laboral. El egresado es un profesional de excelencia. Con competencias cognitivas y laborales que le permiten desempeñarse profesionalmente en las áreas del conocimiento para las cuales fue formado. Con capacidad para crear nuevas propuestas de mejoramiento y alternativas de solución a los problemas que se presenten.

3. Un compromiso con el servicio. El egresado es un líder servidor. Reconoce en cada ser humano una criatura formada a imagen de Dios y alguien por quien Cristo murió. Por lo tanto, desarrolla una labor social enfocada en el servicio a los demás.

4. Cuidado personal y de la salud. El egresado reconoce la importancia de mantener su salud física y mental, por ende practica un estilo de vida que incluye la sana alimentación, hábitos de higiene, el ejercicio físico, la recreación y el descanso.

Misión.

La corporación Universitaria Adventista reconoce a Dios como Creador, Redentor y Sustentador del hombre y del universo; y en armonía con los principios filosóficos y educativos inspirados por el Espíritu Santo, evidenciado en la naturaleza, ejemplificados por Jesucristo, expuestos en las Sagradas Escrituras y tal como los profetas la iglesia Adventista del Séptimo día, nuestra institución declara como su misión propiciar y fomentar una significativa relación del hombre con Dios por medio del trabajo en las diferentes disciplinas del conocimiento. En consecuencia la corporación se define como una institución universitaria sin ánimo de lucro que desarrolla su labor educativa en el servicio a Dios, la comunidad y la sociedad en general.

El trabajo del conocimiento se fundamenta en tres pilares: la formación integral, la cultura investigativa y la excelencia en el servicio, en el que el hombre es el agente principal del proceso educativo que persigue al desarrollo armónico de los aspectos físicos, mentales, sociales y espirituales. La misión se desarrolla en procura de los altos niveles de la calidad educativa, a través de un personal calificado con un profundo sentido de compromiso, apoyado en el uso óptimo de los recursos físicos, financieros y tecnológicos.

Visión.

La Corporación Universitaria Adventista será una universidad completamente accesible a la Iglesia Adventista del Séptimo Día en particular, y a la comunidad en general, con el propósito de preparar ciudadanos para este mundo y para la eternidad.

Marco Legal

Se ha encontrado que la cultura abarca: la religión, la profesión, la forma de pensar, de sentir, de actuar, de ser, entre otros, que ya se han mencionado en ocasiones anteriores, como todas estas cosas hacen parte de nuestra vida o son nuestra vida podemos decir que la cultura es un derecho de todos.

(Política de Diversidad Cultural, 2010) Dice:

La diversidad cultural es una característica esencial de la humanidad y un factor clave de su desarrollo. Colombia es un país reconocido por su compleja y rica diversidad cultural que se expresa en una gran pluralidad de identidades y de expresiones culturales de los pueblos y comunidades que forman la nación. Como lo plantea la Unesco, la diversidad cultural es una característica esencial de la humanidad, patrimonio común que debe valorarse y preservarse en provecho de todos, pues crea un mundo rico y variado, que

acrecienta la gama de posibilidades y nutre las capacidades y los valores humanos, y constituye, por lo tanto, uno de los principales motores del desarrollo sostenible de las comunidades, los pueblos y las naciones.

(Ley 397 de 1997), Artículo 1°. Declara:

1. Cultura es el conjunto de rasgos distintivos, espirituales, materiales, intelectuales y emocionales que caracterizan a los grupos humanos y que comprende, más allá de las artes y las letras, modos de vida, derechos humanos, sistemas de valores, tradiciones y creencias.
2. La cultura, en sus diversas manifestaciones, es fundamento de la nacionalidad y actividad propia de la sociedad colombiana en su conjunto, como proceso generado individual y colectivamente por los colombianos. Dichas manifestaciones constituyen parte integral de la identidad y la cultura colombianas.

(Declaración Universal de Derechos Humanos), Artículo 2 dice:

Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónoma o sometida a cualquier otra limitación de soberanía.

Confirmado por el Artículo 7 de esta manera:

Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.

El Artículo 18 consigna que:

Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o de creencia, así como la libertad de manifestar su religión o su creencia, individual y colectivamente, tanto en público como en privado, por la enseñanza, la práctica, el culto y la observancia.

(Ley 911 de 2004), dice en el artículo 1 lo siguiente:

El respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distingos de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de la enfermería.

(Ley 266 de 1996) Reglamenta la profesión de Enfermería en Colombia nos dice en el artículo 2 lo siguiente:

Son principios generales de la práctica profesional, los siguientes:

1. Integralidad. Orienta el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual.
2. Individualidad. Asegura un cuidado de enfermería que tiene en cuenta las características socioculturales, históricas y los valores de la persona, familia y comunidad que atiende. Permite comprender el entorno y las necesidades individuales para brindar un cuidado de enfermería humanizado, con el respeto debido a la diversidad cultural y la dignidad de la persona sin ningún tipo de discriminación.
3. Dialogicidad. Fundamenta la interrelación enfermera-paciente, familia, comunidad, elemento esencial del proceso del cuidado de enfermería que asegura una comunicación efectiva, respetuosa, basada en relaciones interpersonales simétricas, conducentes al

diálogo participativo en el cual la persona, la familia y la comunidad expresan con libertad y confianza sus necesidades y expectativas de cuidado.

4. Calidad. Orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico-científicos, sociales, humanos y éticos.

La calidad se refleja en la satisfacción de la persona usuaria del servicio de enfermería y de salud, así como en la satisfacción del personal de enfermería que presta dicho servicio.

5. Continuidad. Orienta las dinámicas de organización del trabajo de enfermería para asegurar que se den los cuidados a la persona, familia y comunidad sin interrupción temporal, durante todas las etapas y los procesos de la vida, en los períodos de salud y de enfermedad.

Se complementa con el principio de oportunidad que asegura que los cuidados de enfermería se den cuando las personas, la familia y las comunidades lo solicitan, o cuando lo necesitan, para mantener la salud, prevenir las enfermedades o complicaciones.

Sistema de Hipótesis

(Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010) dice: Las hipótesis nos indican lo que estamos buscando o tratando de probar y pueden definirse como explicaciones tentativas del fenómeno investigado formuladas a manera de proposiciones.(pág.140). Para esta investigación se realizaron hipótesis de investigación direccionadas pues lo que se busca es una relación entre las variables y se plantean dos, las cuales son.

Debido al exceso de actividades y al corto tiempo con el que cuenta el personal de enfermería, no se tiene en cuenta las diferencias culturales de los pacientes.

La falta de conocimiento sobre diversidad cultural en el personal de enfermería, crea un déficit en el cuidado integral que se brinda a cada uno de los pacientes los cuales poseen diferentes costumbres.

Sistema de Variables

En esta investigación emplearemos variables de tipo descriptivo.

Variable.

Lenguaje: podría decirse que el lenguaje hace posible la comunicación, además existen diversos tipos de lenguajes; ejemplo: el lenguaje culto y el inculto, también el de los indígenas y se pueden incluir los diferentes idiomas y el habla.

Creencias: (Diccionario Manual de la Lengua Española, 2007) Idea o pensamiento que se cree verdadero o seguro y conjunto de principios ideológicos o religiosos de un grupo.

Costumbres: (Diccionario Manual de la Lengua Española, 2007) “Conjunto de inclinaciones y de usos que forman el carácter distintivo de una persona”.

Etnia: (Diccionario Manual de la Lengua Española, 2007) “Comunidad natural que presentan ciertas afinidades raciales, lingüísticas, religiosas o culturales”.

Capítulo Tres - Marco Metodológico

En este capítulo se hará referencia a todo lo relacionado con la parte metodológica de la investigación, identificando el tipo de investigación, la población que se observara en el proyecto, la recolección de la información, donde se definirá el método que se utilizara para conseguir los resultados, seguido a esto se especificaran las variables.

Enfoque de la investigación

La investigación se desarrolla desde el enfoque cuantitativo pues se quiere conocer si las(os) Enfermeras (os) profesionales de la Unidad Intermedia de San Javier de la Ciudad de Medellín, tienen en cuenta la cultura del paciente al momento de brindar el cuidado.

La investigación cuantitativa busca la medición de los sucesos, dicen lo siguiente: “El enfoque cuantitativo usa la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010, pág. 4)

Tipo de investigación

Es una investigación Cuantitativa, no experimental, (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010) nos dice: “Estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en las que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos” (pag.149). El tipo de Investigación es Diseño Transaccional Exploratorio pues se pretende conocer un suceso.

En el mismo manuscrito Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio (2010) Lo definen como: “comenzar a conocer una variable o un conjunto de variables, una comunidad, un

contexto, un evento, una situación. Se trata de un exploración inicial en un momento específico”.
(pág.152)

Unidad de análisis

Esta investigación se realizara a las Enfermeras(os) de la Unidad Intermedia de San Javier pues son ellas(os) quienes planean el cuidado de los pacientes de acuerdo al Plan de Atención de Enfermería descrito en el Marco Teórico.

Población.

La población de esta investigación está conformada por 8 enfermeras que laboran en los servicios de Urgencias, Hospitalización, Programas, Vigilancia Epidemiológica, de la Unidad Intermedia de San Javier, las cuales se encuentran aproximadamente entre los 25-58 años de edad, con un tiempo de experiencia laboral entre 5 y 20 años.

Muestra.

Para realizar la investigación se toma el total de la población debido a que es una población pequeña.

Recolección de la Información

La información que se obtendrá para esta investigación será por medio de una encuesta la cual fue estructurada previa operacionalización de las variables, será una encuesta de escala de Likert, porque se busca analizar diferentes variables que darán respuesta a los objetivos planteados en la investigación. La herramienta fue evaluada por dos expertos metodológicos y un temático, los cuales realizaron las correcciones pertinentes.

Dicha encuesta se realizara a las(os) 8 Enfermeras (os) de manera individual. Para dar respuesta a las preguntas ellas (os) se tomaran 10 minutos aproximadamente. Antes de la realización de la encuesta se les dará a conocer un consentimiento informado por medio del cual se les informa que es algo confidencial y que son libres de responder o no. (Anexo 1).

Tabla 1. Operacionalización de variables

Objetivo General	Objetivo Específicos	Variables	Sub-variables	Pregunta personal de Enfermería
Identificar si el profesional de enfermería de la Unidad Intermedia de San Javier toma en consideración la cultura de sus pacientes al momento de realizar la valoración, planeación, ejecución y evaluación del cuidado.	Determinar en qué medida el profesional de enfermería de la Unidad Intermedia de San Javier realiza una valoración de acuerdo con la cultura del paciente.	Cultura	<u>Comportamiento sexual</u>	Al momento de realizar la valoración del pacientes para planear las acciones de cuidado tiene usted en cuenta los aspectos sexuales: promiscuidad, orientación sexual, número de hijos, compañeros sexuales?
			<u>Religión</u>	Si en algún momento de la ejecución del cuidado, por motivo religiosos el paciente no deja que le realices un procedimiento, usted respeta esa decisión aunque esta pueda poner en riesgo la vida del paciente?
			<u>Estilo de vida</u>	Para la planeación del cuidado del paciente tiene usted en cuenta su estilo de vida: si fuma, si con frecuencia toma alcohol, si hace ejercicio o si tiene una alimentación adecuada?
	Identificar si el profesional de enfermería planea y ejecuta un cuidado teniendo en cuenta los aspectos culturales de los pacientes.	Cuidado de calidad	<u>Oportuno</u>	Satisface usted la necesidad de los pacientes de forma individual teniendo en cuenta su cultura, su forma de sentir y pensar?
			<u>Eficaz</u>	La atención que usted brinda a los pacientes es acorde a los principios enseñados en la academia y las normas establecidas por la institución?

			<u>Integral</u>	Para usted planear y ejecutar el cuidado del paciente tiene en cuenta: lo físico, mental, espiritual, el entorno, la familia, amigos, para que de alguna manera influyan de manera positiva en el cuidado y no causen complicaciones al paciente?
			<u>Seguro</u>	Cuando realiza el cuidado tiene usted una base de conocimiento acerca de las necesidades de cada uno de sus pacientes para así generar satisfacción en ello?
		Conocimiento sobre salud y enfermedad.	<u>Experiencias pasadas</u>	
			<u>Acude a los servicios de salud cuando se siente enfermo.</u>	
			<u>Sigue los tratamientos indicados</u>	Se preocupa usted por saber si sus pacientes toman de forma correcta sus medicamentos o lo almacenan de la forma adecuada? Dedica usted tiempo para explicar a los pacientes los cuidados que deben tener con los medicamentos y la forma correcta de su administración?
		Conocimiento de dolor y muerte.	<u>Miedo al sufrimiento</u>	Cuando usted percibe que sus pacientes tienen algo que les aflige toma tiempo para saber qué es y busca ayudarles de alguna manera sin importar lo ocupada que este?

Capítulo IV – Resultados y Análisis de los Resultados

Plan de análisis

El presente análisis se realizó mediante el software estadístico PSPP, versión libre. Dicho programa es un una aplicación de software libre para el análisis de datos. Se presenta en modo gráfico y proporciona funcionalidades básicas como: frecuencias, tablas cruzadas, comparación de media; regresión lineal, fiabilidad, reordenamiento de datos, pruebas no paramétricas, factor de análisis entre otras características.

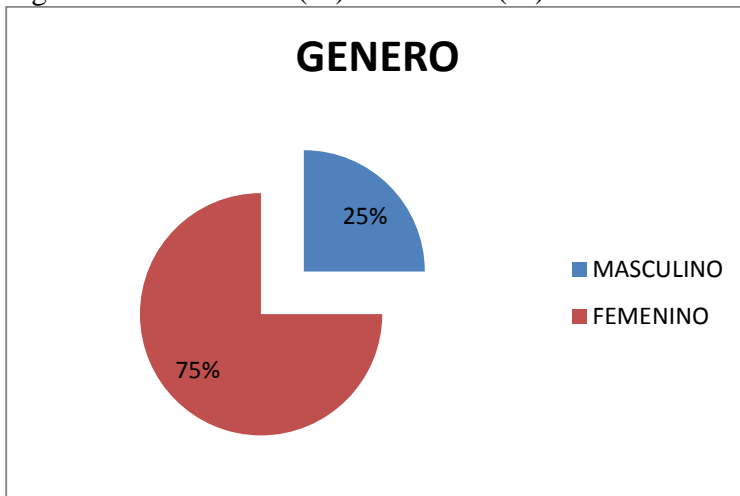
Se realizaron dos clases de análisis: univariado y bivariado, los cuales consisten en:

- Univariado: Este análisis se realizó a las variables consideradas como datos demográficos, para contextualizar de manera individual las características de la población objeto de estudio.
- Bivariado: Se tomaron dos variables independientes para establecer relaciones y realizar las respectivas comparaciones.

Análisis de los resultados

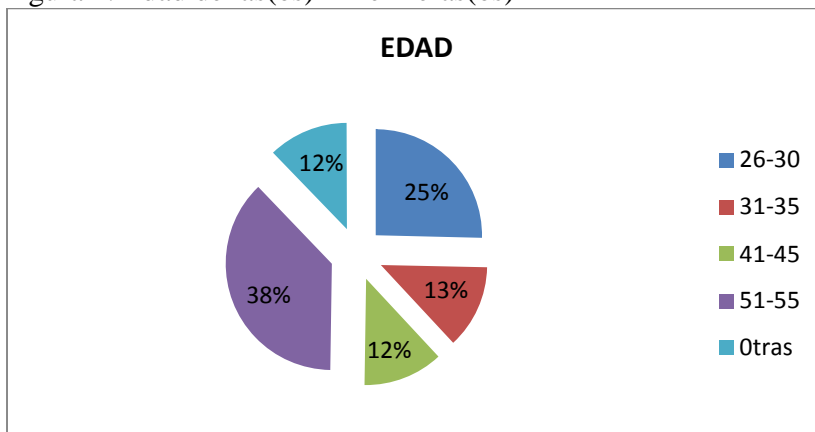
Al realizar el análisis univariado de los datos demográficos se encontraron los siguientes resultados:

Figura 1. Genero de las(os) Enfermeras(os)



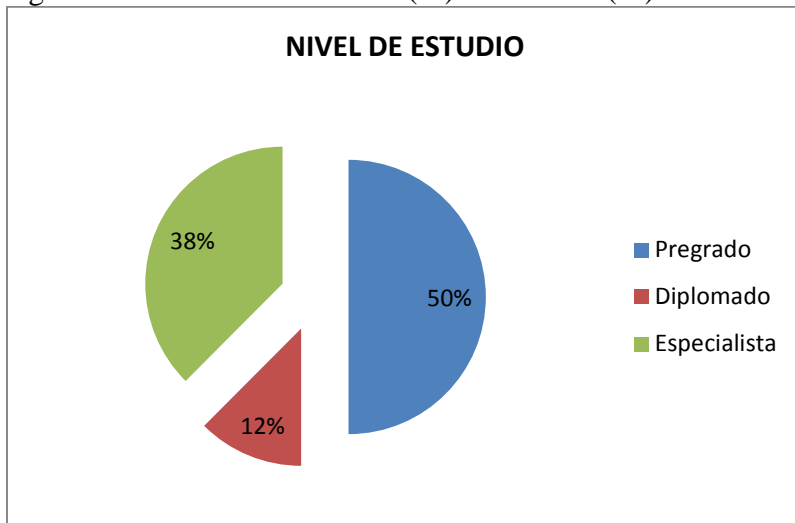
Del total de la población encuestada el 25% corresponde al género masculino y el 75% al género femenino.

Figura 2. Edad de las(os) Enfermeras(os)



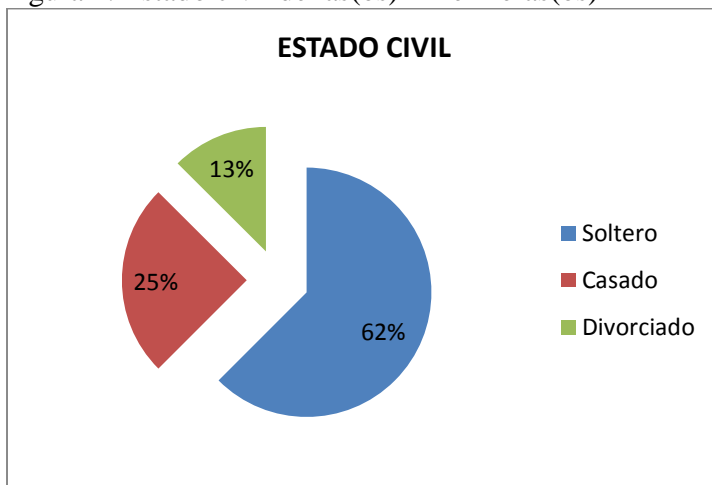
Del total de la población encuestada el 38% pertenece a las edades entre 51-55 años teniendo mayor predominancia sobre el total de la población, seguido por las edades de 26-30 años con un 25% y las personas en las edades 31-35, 41-45 y otras tienen un porcentaje por igual del 12%.

Figura 3. Nivel de estudio de las(os) Enfermeras(os)



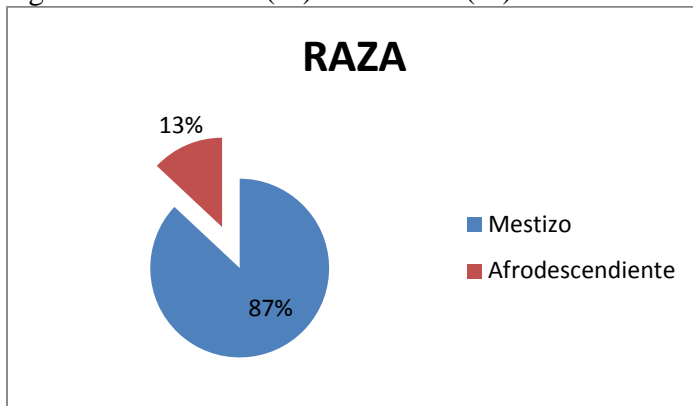
Del total de la población encuestada el 50% tiene estudio de pregrado, un 38% tienen especialización y un 12% diplomado.

Figura 4. Estado civil de las(os) Enfermeras(os)



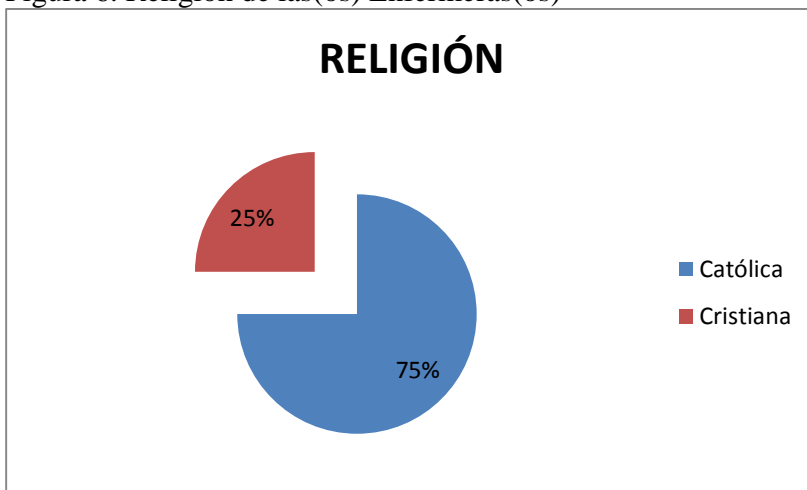
Del total de la población encuestada el 62% son solteros, el 25% es casado y el 13% son divorciados, de lo cual se puede decir que la mayoría de la población encuestada es soltera.

Figura 5. Raza de las(os) Enfermeras(os)



Del total de la población encuestada el 87% son Mestizos, y un 13% afrodescendiente.

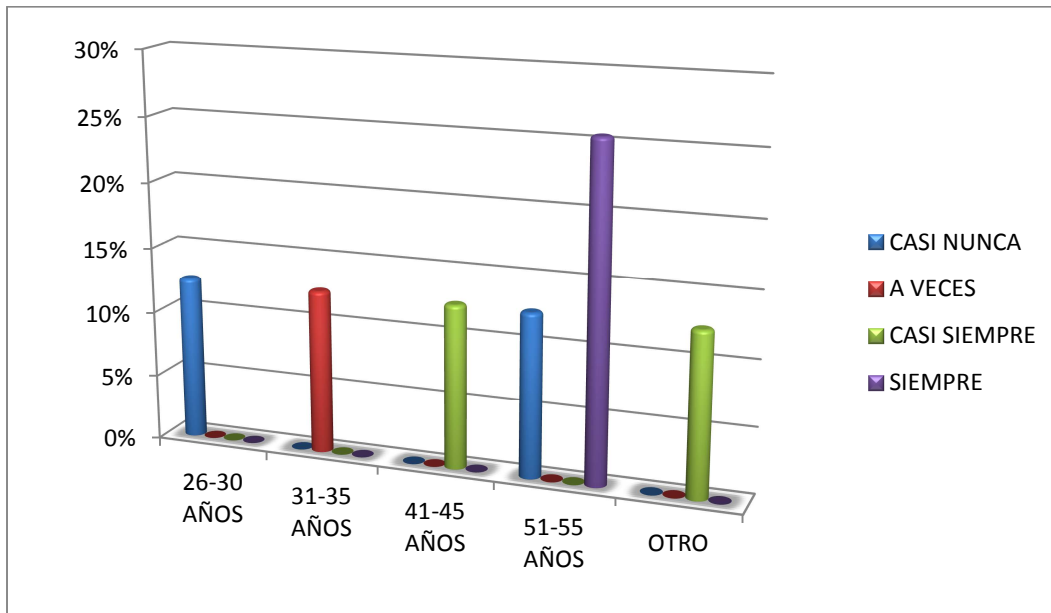
Figura 6. Religión de las(os) Enfermeras(os)



Del total de la población encuestada el 75% de la población profesan la religión católica y el 25% la religión cristiana, predominando la religión católica.

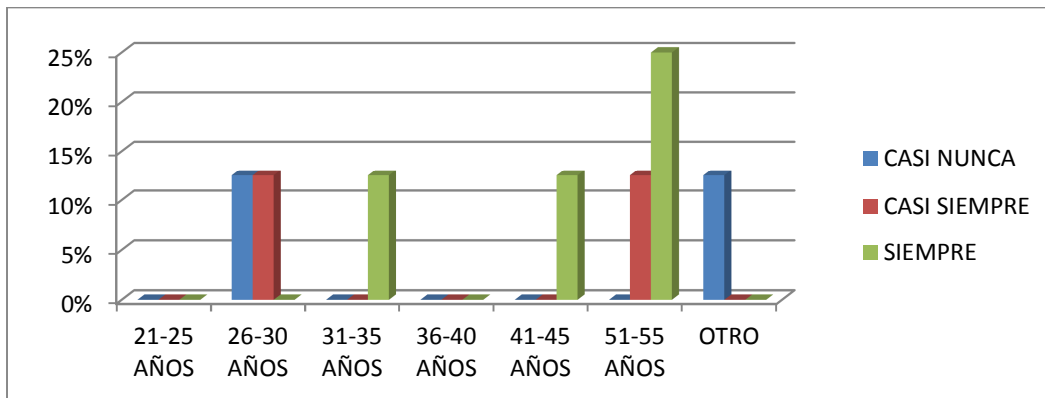
A continuación se presentara el análisis bivariado, que consistió en relacionar las variables demográficas con las variables específicas, correspondientes a la contextualización del tema de estudio:

Figura 7. Edad de la enfermera (o) R/C la valoración de la promiscuidad del paciente para planear el cuidado.



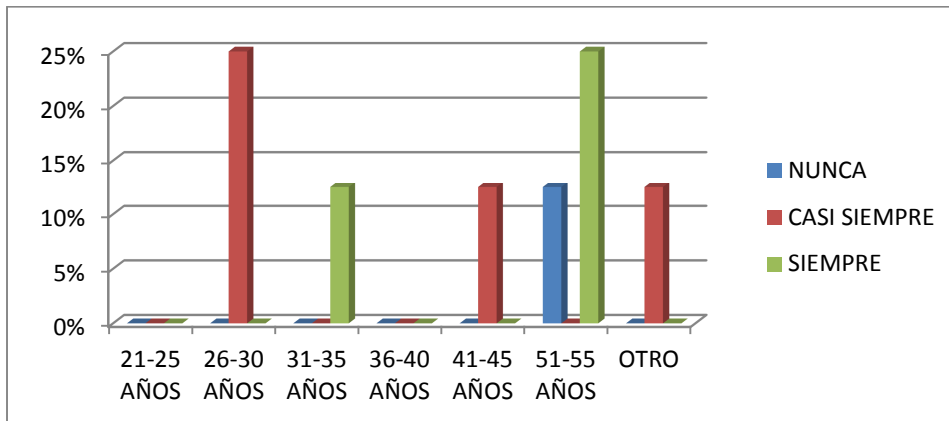
La investigación realizada permite describir que del personal encuestado el 38% se encuentra entre las edades 51-55 años, teniendo mayor predominancia sobre el total de la población. De este 38% se puede observar que el 25% siempre tienen presente en la valoración del paciente la promiscuidad para planear el cuidado.

Figura 8. Edad de la enfermera (o) R/C la valoración de la orientación sexual del paciente para planear el cuidado.



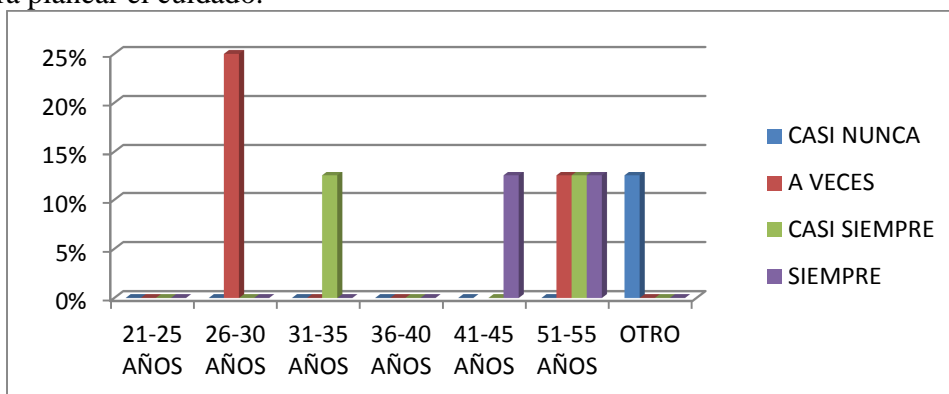
La investigación realizada permite describir que del total de la población correspondiente a las edades 51-55 años de edad, el 25% siempre tienen presente la orientación sexual al momento de realizar la planeación del cuidado, y en las edades 31-35 años y 41-45 años el 12% siempre tienen presente la orientación sexual al momento de realizar la planeación del cuidado.

Figura 9. Edad de la enfermera (o) R/C la valoración del número de hijos del paciente para planear el cuidado.



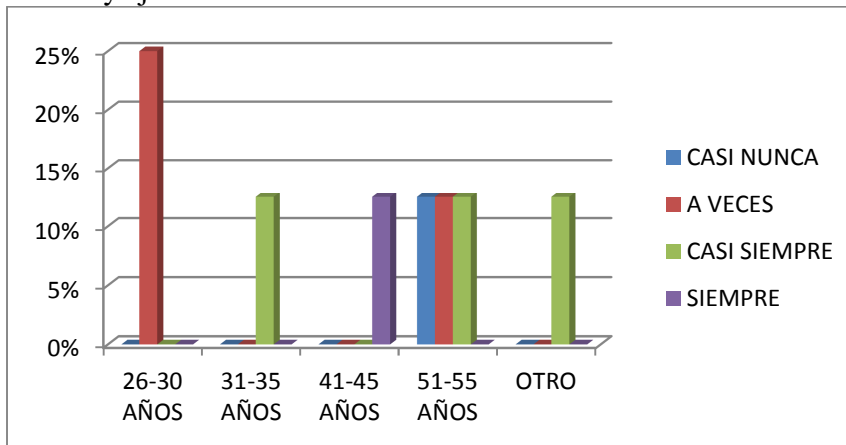
La investigación realizada permite describir que del total de la población correspondiente a las edades 51-55 años de edad, el 25 % de estas tienen en cuenta el número de hijos al momento de planear el cuidado.

Figura 10. Edad de la enfermera (o) R/C la valoración de compañeros sexuales del paciente para planear el cuidado.



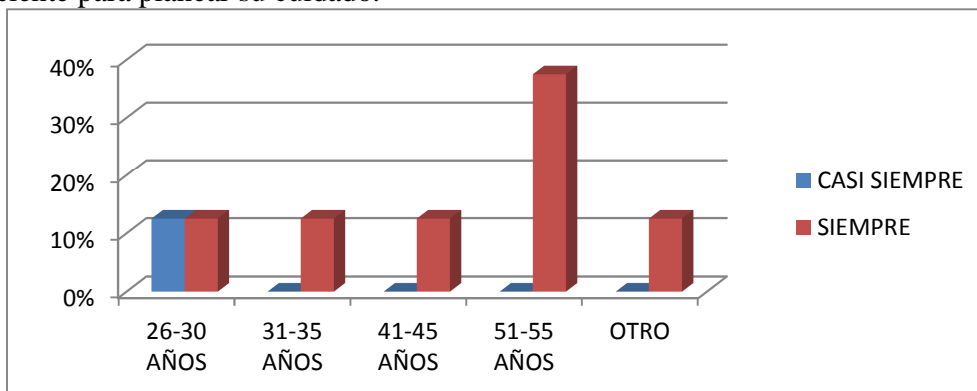
La investigación realizada permite describir que del total de la población correspondiente a las edades 41-45 años y 51-55 años, el 12% de estas siempre tienen en cuenta la valoración de compañeros sexuales del paciente para planear el cuidado.

Figura 11. Edad de la enfermera (o) R/C la valoración de la religión del paciente para planear el cuidado y ejecutarlo.



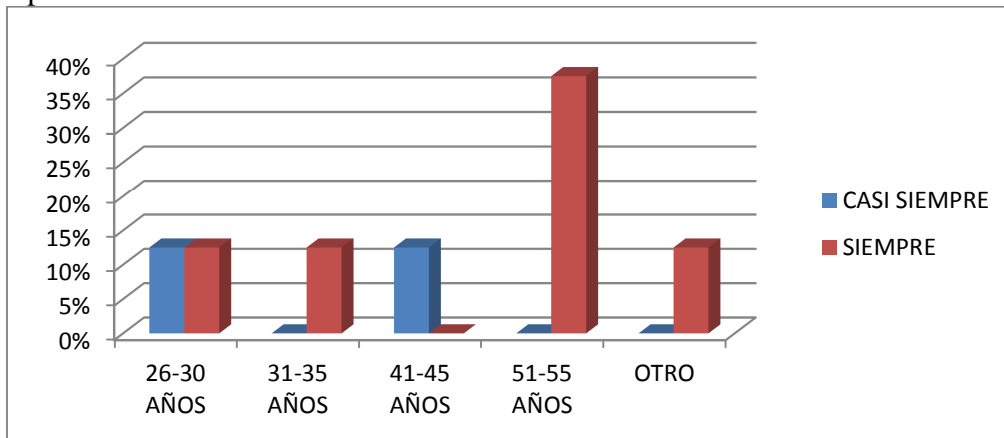
La investigación realizada permite describir que las edades 41-45 años corresponden al 12% de la población total encuestada, los cuales siempre tienen en cuenta la valoración de la religión del paciente para planear el cuidado y ejecutarlo.

Figura 12. Edad de la enfermera (o) R/C la valoración del consumo de tabaquismo del paciente para planear su cuidado.



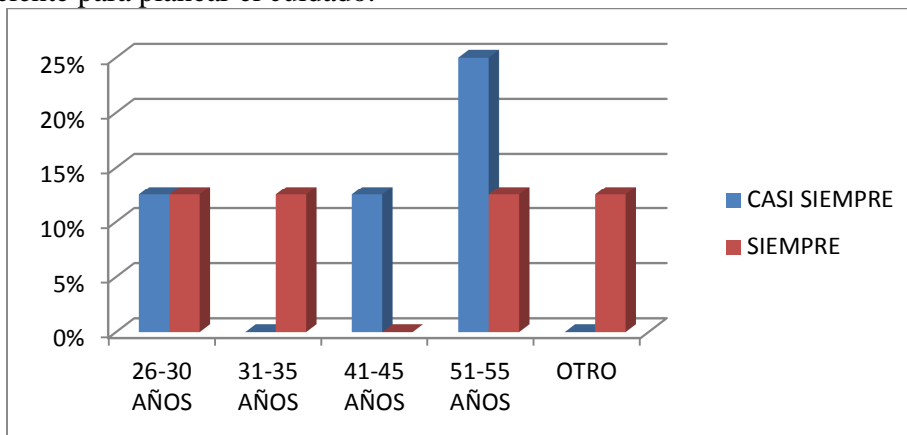
En relación a la variable: valoración del consumo de tabaquismo del paciente para planear su cuidado, el 35% de las (os) enfermeras (os) encuestadas (os) comprendidos entre las edades 51-55 años, siempre la realizan.

Figura 13. Edad de la enfermera (o) R/C la valoración del consumo de alcohol del paciente para planear su cuidado.



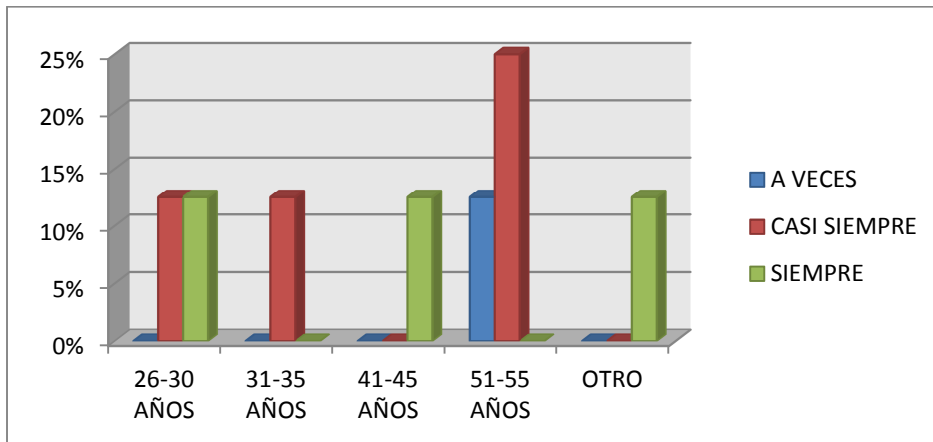
En relación a la variable: valoración del consumo de alcohol del paciente para planear su cuidado, el 35% de las (os) enfermeras (os) encuestadas (os) comprendidos entre las edades 51-55 años, siempre la realizan.

Figura 14. Edad de la enfermera (o) R/C la evaluación de la realización de ejercicio del paciente para planear el cuidado.



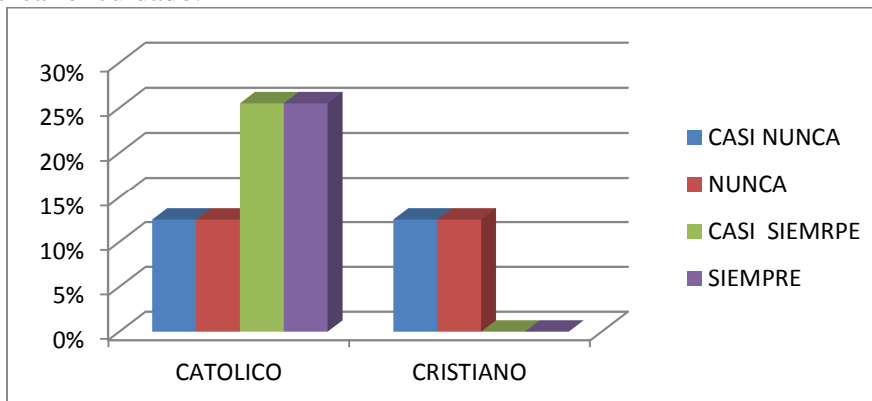
La investigación realizada permite describir que el 88% de la población encuestada siempre tiene en cuenta la evaluación de la realización de ejercicio del paciente para planear el cuidado.

Figura 15. Edad de la enfermera (o) R/C la evaluación de la alimentación del paciente para planear el cuidado.



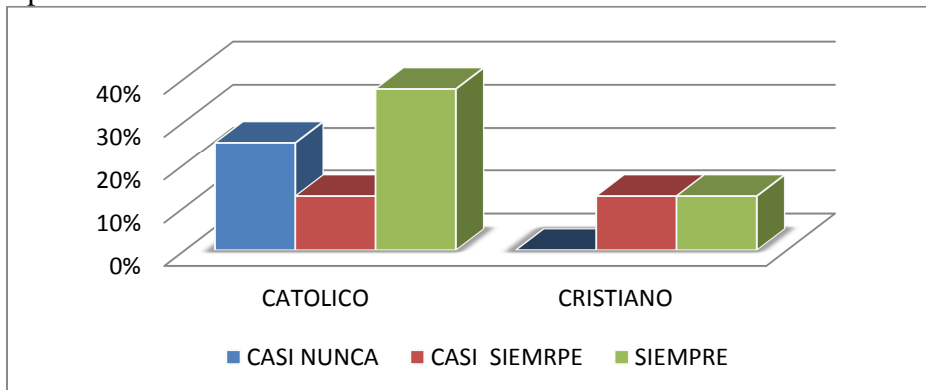
Respecto a la evaluación de la alimentación del paciente para planear el cuidado, el 39% del total de la población, señalo que siempre realizan dicha evaluación.

Figura 16. Religión de la enfermera (o) R/C la valoración de la promiscuidad del paciente para planear el cuidado.



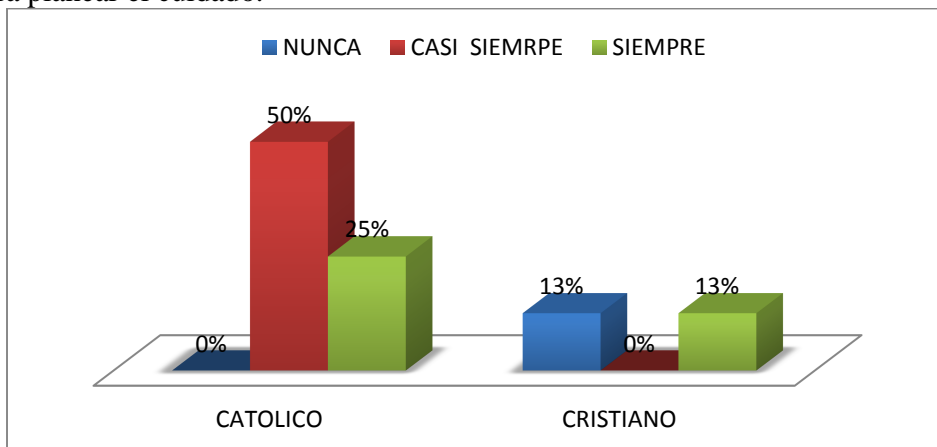
La investigación realizada permite describir que del 75% del total de la población correspondiente a la religión católica, el 25% de estas siempre valoran la promiscuidad del paciente para la planeación del cuidado.

Figura 17. Religión de la enfermera (o) R/C la valoración de la orientación sexual del paciente para planear el cuidado.



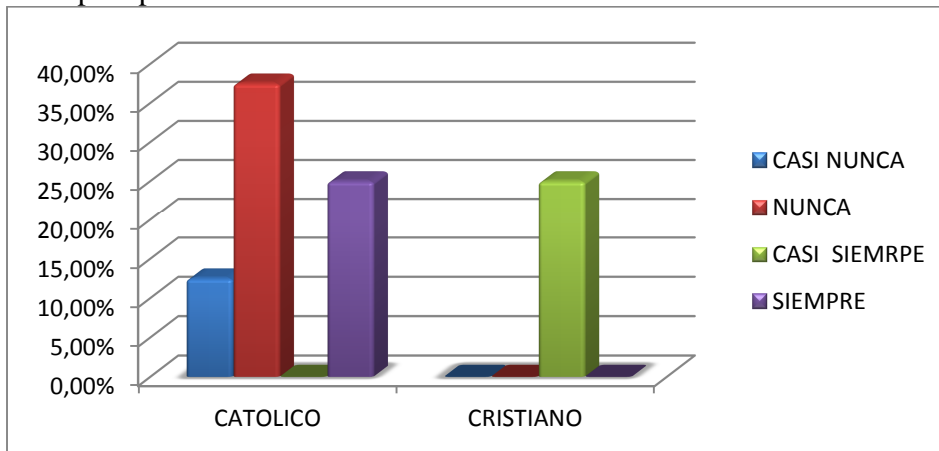
La investigación realizada permite describir que el 35% de la población católica y el 12.5% de los cristianos siempre tiene en cuenta la orientación sexual de los pacientes para planear sus cuidados.

Figura 18. Religión de la enfermera (o) R/C la valoración del número de hijos del paciente para planear el cuidado.



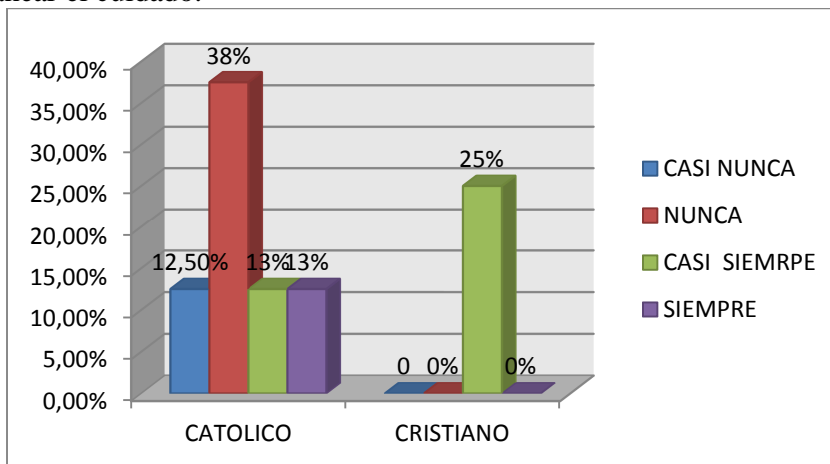
La investigación realizada permite describir que el 25% de la población católica siempre realizan la valoración del número de hijos del paciente para planear el cuidado, al igual que el 13% de los cristianos, y el porcentaje restante de la población cristiana equivalente al 13% nunca lo realizan.

Figura 19. Religión de la enfermera (o) R/C la valoración de los compañeros sexuales del paciente para planear el cuidado.



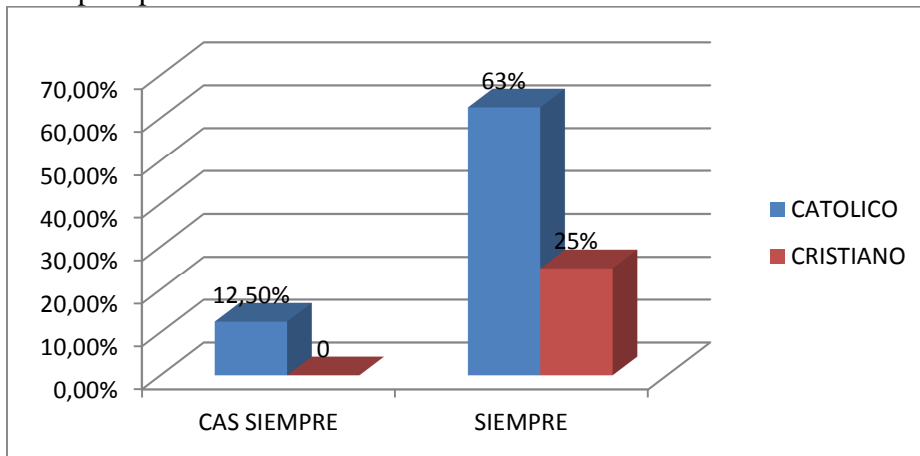
La investigación realizada permite describir que el 25% de la población católica siempre realiza la valoración de los compañeros sexuales de los pacientes para planear el cuidado.

Figura 20. Religión de la enfermera (o) R/C la valoración de la religión del paciente para planear el cuidado.



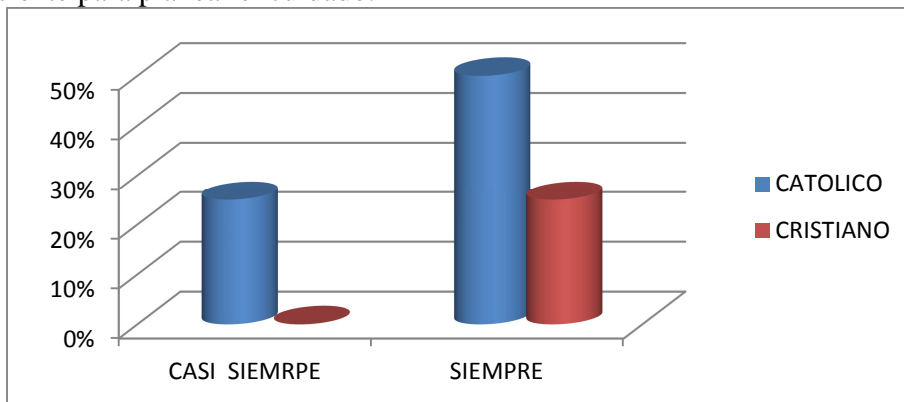
La investigación realizada permite describir que el 35% de la población católica nunca valoran la religión del paciente, mientras que un 10% siempre lo tienen en cuenta a la hora de la planeación del cuidado.

Figura 21. Religión de la enfermera (o) R/C la valoración del consumo de tabaquismo del paciente para planear el cuidado.



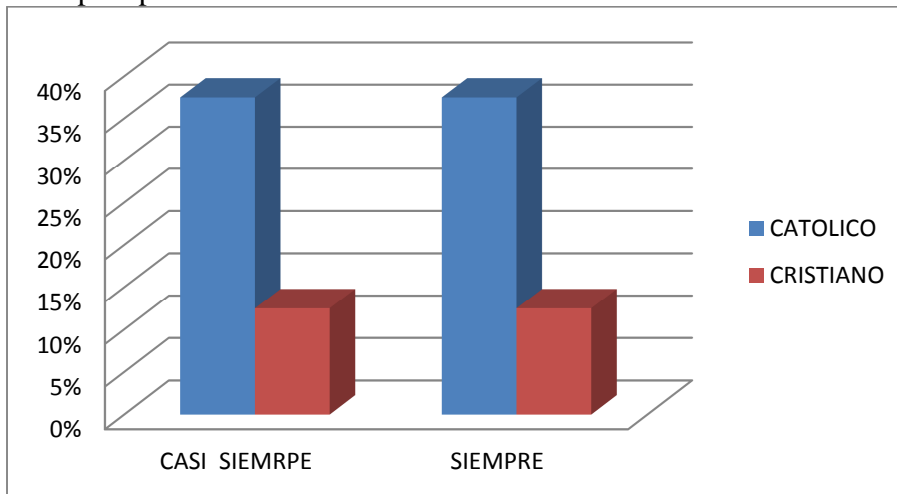
La investigación realizada permite describir que el 60% de la población católica siempre tiene en cuenta la valoración del consumo de tabaquismo del paciente para planear el cuidado, y un 20% de los cristianos siempre lo hacen.

Figura 22. Religión de la enfermera (o) R/C la valoración del consumo de alcohol del paciente para planear el cuidado.



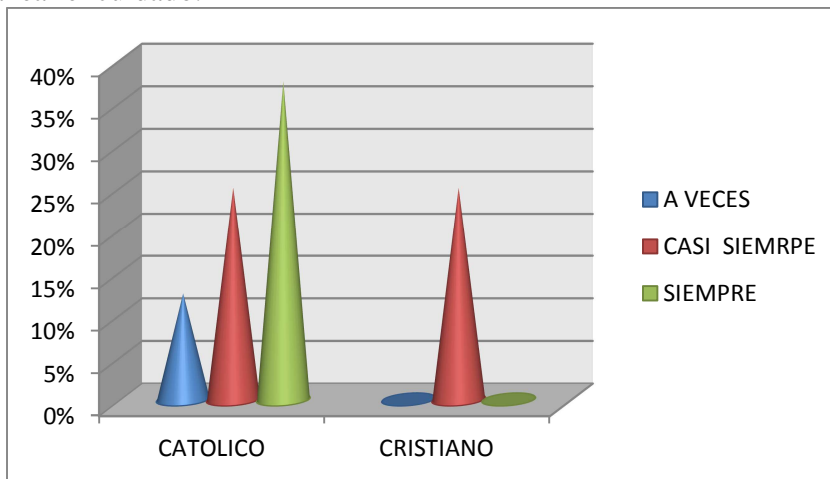
La investigación realizada permite describir que respecto a la valoración del consumo de alcohol del paciente para planear el cuidado, el 45% de los católicos y el 20% de los cristianos siempre lo tienen en cuenta.

Figura 23. Religión de la enfermera (o) R/C la evaluación de la realización de ejercicio del paciente para planear el cuidado.



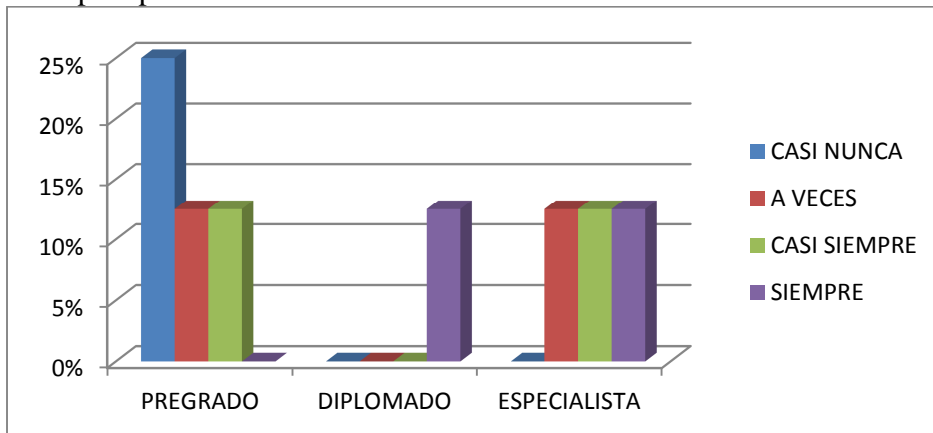
La investigación realizada permite describir que el 35% de la población católica y el 10% de los cristianos, siempre evalúan la realización del ejercicio de los pacientes para planear mejor su cuidado.

Figura 24. Religión de la enfermera (o) R/C la evaluación de la alimentación del paciente para planear el cuidado.



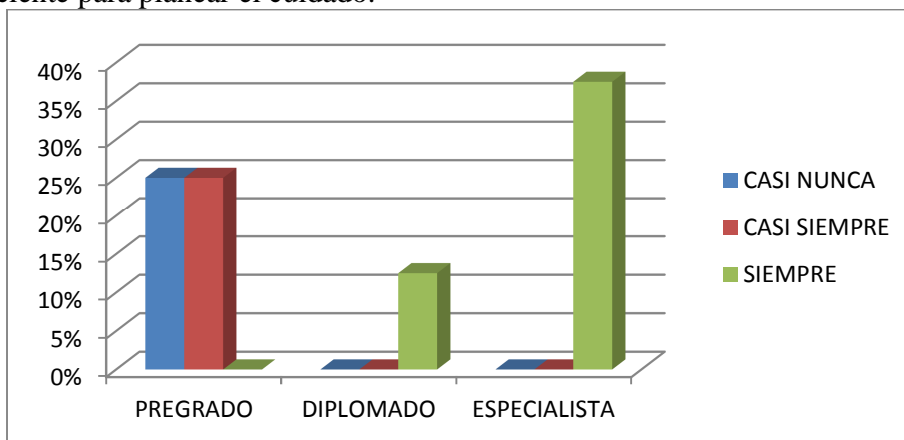
La investigación realizada permite describir que el 35% de los católicos siempre realizan una valoración del tipo de alimentación de los pacientes para planear un cuidado acorde a ello.

Figura 25. Nivel de estudio de los Enfermera (o) R/C la valoración de la promiscuidad del paciente para planear el cuidado.



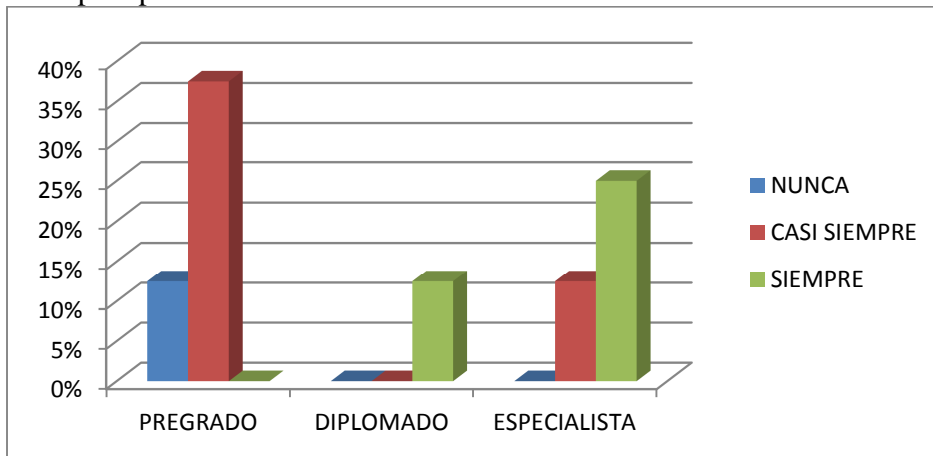
La investigación realizada permite describir que el total de la población con estudios de diplomado y el 12% de los especialistas, siempre valoran la promiscuidad del paciente para planear el cuidado.

Figura 26. Nivel de estudio de los Enfermera (o) R/C la valoración de la orientación sexual del paciente para planear el cuidado.



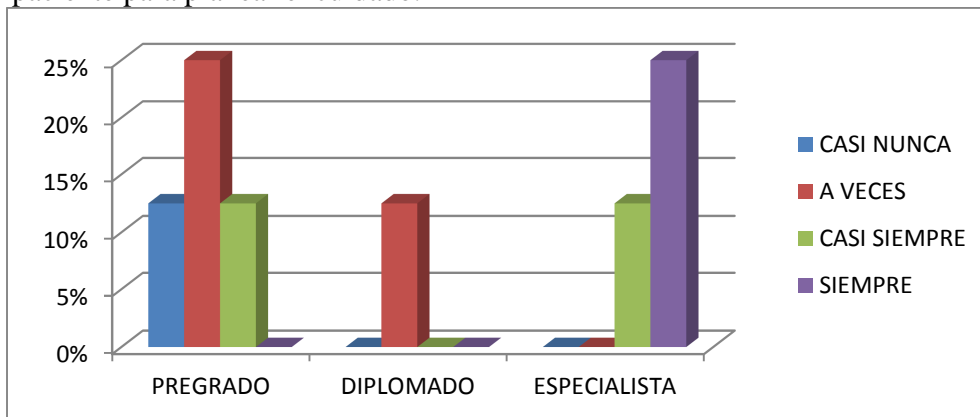
La investigación realizada permite describir que en cuanto a la valoración de la orientación sexual del paciente para planear el cuidado, el total de la población con diplomado y especialización siempre realizan dicha valoración.

Figura 27. Nivel de estudio de los Enfermera (o) R/C la valoración del número de hijos del paciente para planear el cuidado.



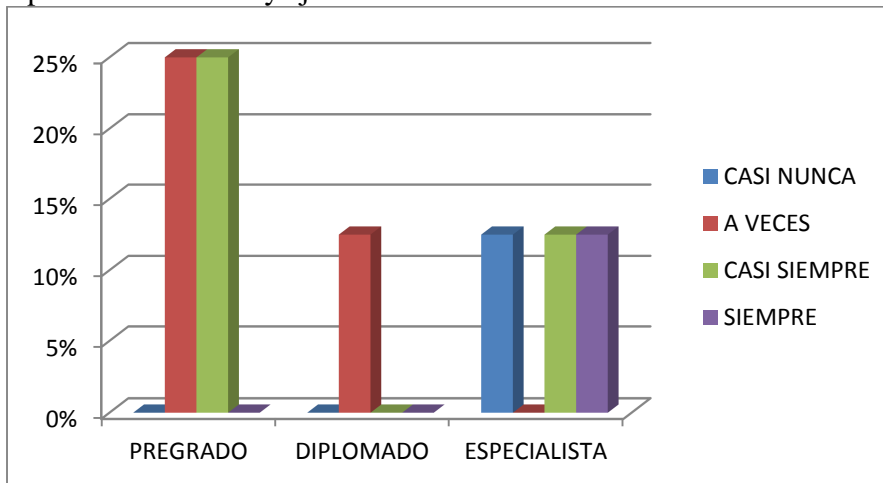
La investigación realizada permite describir que el 24.5% de la población especialista y el total de la población con diplomado siempre indaga respecto al número de hijos que tienen los pacientes para así planear un cuidado, tanto para el paciente como para su familia.

Figura 28. Nivel de estudio de los Enfermera (o) R/C la valoración los compañeros sexuales del paciente para planear el cuidado.



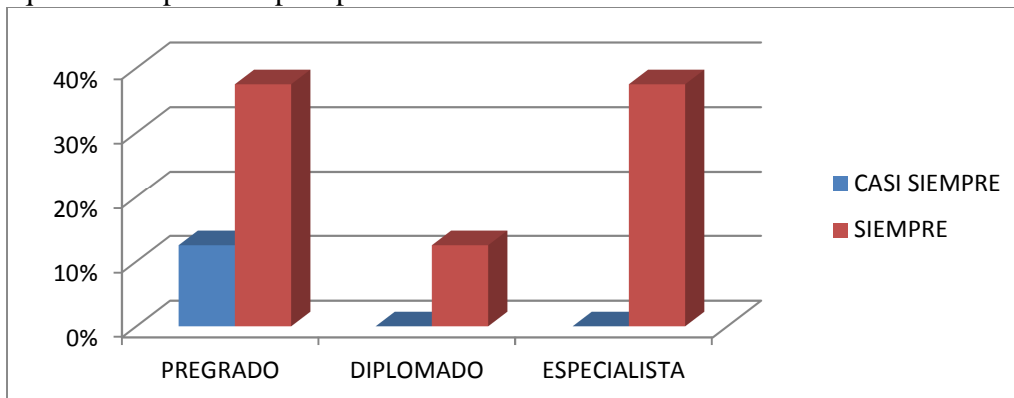
La investigación realizada permite describir que respecto a la valoración de los compañeros sexuales del paciente, el 24.5% de la población especialista siempre indagan sobre ello, para planear el cuidado.

Figura 29. Nivel de estudio de los Enfermera (o) R/C la valoración de la religión del paciente para planear el cuidado y ejecutarlo.



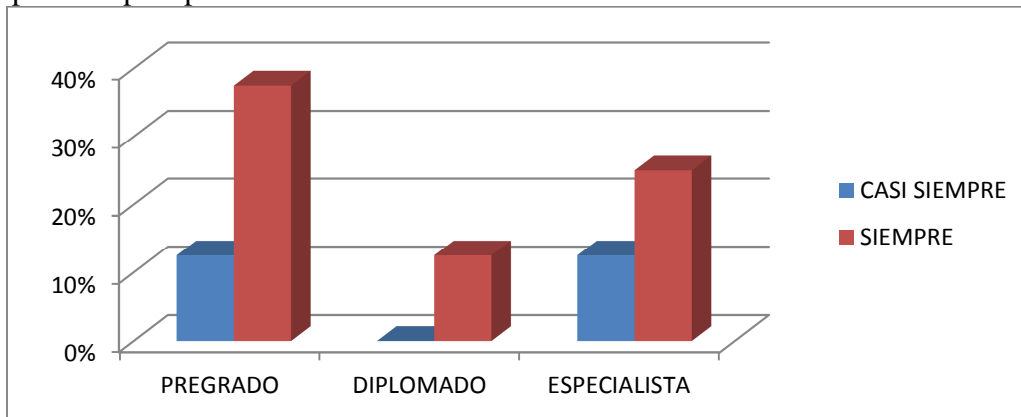
La investigación realizada permite describir que el 12.5% de la población con estudios de especialización siempre valoran la religión del paciente para planear el cuidado adecuado y así ejecutarlo acorde a ello.

Figura 30. Nivel de estudio de los Enfermera (o) R/C la valoración del consumo de tabaquismo del paciente para planear el cuidado.



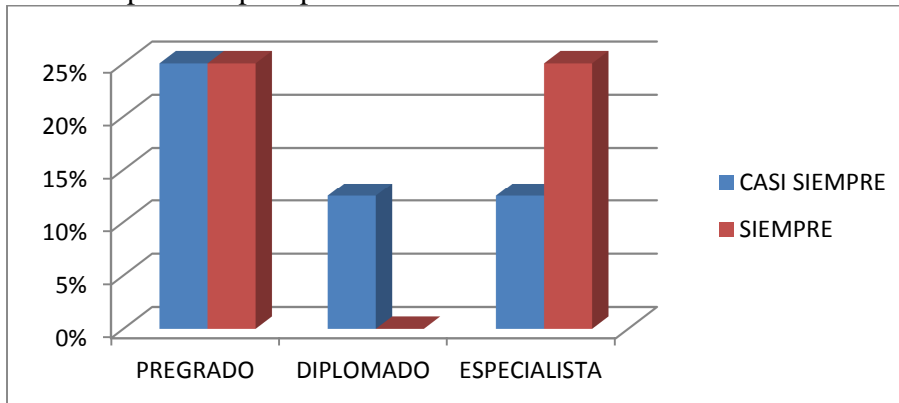
La investigación realizada permite describir que el total de la población con estudios de especialización, diplomado y un 37% de los de pregrado siempre tienen en cuenta el consumo de tabaco en el paciente al momento de planear y ejecutar el cuidado.

Figura 31. Nivel de estudio de los Enfermera (o) R/C la valoración del consumo de alcohol del paciente para planear el cuidado.



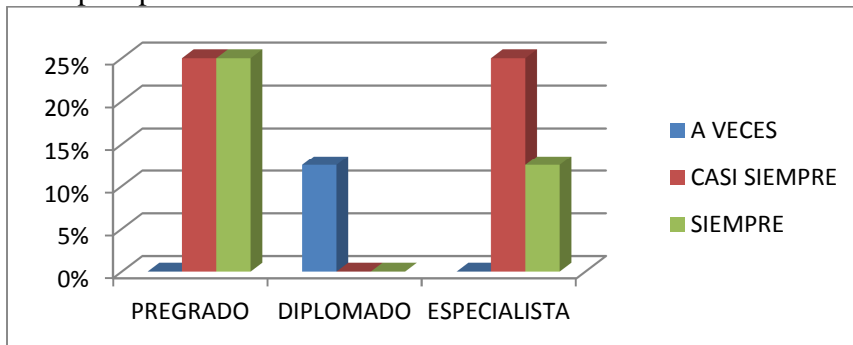
La investigación realizada permite describir que el 25% de la población con estudios de especialización, un 37% de los que tienen pregrado y el total de la población con diplomado, siempre tienen en cuenta el consumo de alcohol en el paciente al momento de planear y ejecutar el cuidado.

Figura 32. Nivel de estudio de los Enfermera (o) R/C la evaluación de la realización de ejercicio del paciente para planear el cuidado.



La investigación realizada permite describir que el 25% de la población especialista y con pregrado, siempre evalúan la realización de ejercicio de sus pacientes para planear las acciones de cuidado.

Figura 33. Nivel de estudio de los Enfermera (0) R/C la evaluación de la alimentación del paciente para planear el cuidado.



La investigación realizada permite describir que un 25% de la población con pregrado siempre tienen en cuenta el tipo de alimentación de los pacientes al momento de planear su cuidado, y un 13% de los especialistas también.

Capítulo V – Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

Al realizar el análisis estadístico de los datos demográficos se encontró que de la población encuestada tiene predominio el género femenino con un 75%, y que las edades más significativas están entre 51-55 con un 38%, seguido de las edades 26-30 con un 25%.

De la población en general un 25% son cristianos y el porcentaje restante son católicos, en cuanto al nivel de estudio se describe que: el 50% tienen pregrado, 38% especialización y un 12% diplomado, estos datos demográficos junto con los datos específicos permiten un análisis pertinente, el cual dará respuesta a los objetivos planteados.

Seguidamente de la descripción de los datos demográficos más relevantes se pasa a describir los datos específicos, de los cuales se identificó que: del total de los profesionales de enfermería encuestados que se encuentran entre las edades 51-55 años son los que realizan una mejor valoración al paciente teniendo en cuenta los aspectos culturales importantes en la investigación los cuales son, el sexo en el cual valoran: promiscuidad, orientación sexual y número de hijos, la religión y algunos aspectos del estilo de vida de los pacientes tales como: alimentación, ejercicio, consumo de alcohol y tabaco, esto es realmente significativo y nos permite identificar que menos del 50% de la población realiza una valoración al paciente de acuerdo a su cultura.

Es decir miran al paciente de forma Holística como lo dice Salas & Iglesias, (2006) ya antes mencionado los cuales añaden que no se puede perder de vista el cuidado de acuerdo a la cultura del paciente permiten envejecer con éxito, y que es igualmente importante la situación del tiempo presente como el conjunto de su historia.

Además se agrega que del total de la población católica aproximadamente un 30% de ellos siempre tienen presente los aspectos anteriormente mencionados para brindar un mejor cuidado a

los pacientes, mientras que los cristianos enfocan su valoración en aspectos de alimentación, ejercicio, consumo de alcohol y tabaco.

Por otra parte se determinó que el nivel de estudio en los profesionales de Enfermería influye en la calidad de la atención que es brindada a los usuarios, esto es confirmado por el análisis de las gráficas el cual arrojo la siguiente información: los profesionales que tienen diplomado siempre tienen presente los aspectos culturales al momento de realizar la valoración, planeación, ejecución y evaluación del cuidado, al igual que los profesionales que tienen especializaciones, mientras que el 37% de los que tienen pregrado apuntan su atención a aspectos tales como: consumo de alcohol, tabaquismo, alimentación y ejercicio.

De acuerdo a este análisis se puede concluir que se dio respuesta a los objetivos planteados pues se identificó que 30% de los Profesionales de Enfermería que aproximadamente equivale a 2 de los encuestados de la Unidad Intermedia de San Javier realizan una valoración de acuerdo a la cultura de los pacientes para planear el cuidado, por lo tanto este resultado indica que el profesional de Enfermería de la Unidad Intermedia de San Javier no tiene presente en el momento de la valoración la cultura de los pacientes.

Recomendaciones

Como ya ha sido identificado este hallazgo se recomienda a futuras investigaciones crear un instrumento donde se identifiquen las razones por las cuales no se está teniendo en cuenta la cultura del paciente al momento de cuidar, además que se incluya la opinión de los pacientes acerca de si es respetada su cultura en el momento en que les brindan la atención de Enfermería.

Se recomienda al Profesional de Enfermería que en el momento de la valoración inicial al usuario para planear su cuidado se tenga en cuenta los aspectos propios de su cultura, ya que por medio de esta práctica, la atención que se brinda será de calidad y se obtendrán mejores resultados en el tiempo, pues los pacientes se sentirán mejor atendidos porque no solo se les cuida la parte física sino también lo espiritual, lo social y lo mental.

Se recomienda a la institución donde se realiza la investigación que en las actividades educativas que se realizan para el personal de enfermería se traten los temas culturales como algo no indispensable para el cuidado, pero si algo importante, pues se debe ver al ser humano holísticamente para satisfacer mejor sus necesidades.

Anexos

Anexo 1 – Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento corresponde a la investigación que tiene como objetivo: Identificar la competencia cultural que tiene el personal de Enfermería de la Unidad Intermedia de San Javier al momento de implementar el PAE (Plan de Atención De enfermería). Para el logro de este se hace necesaria la aplicación de un instrumento que apoye a la recolección de datos, dicha encuesta está dividida en datos demográficos y datos específicos.

Es de carácter anónimo y confidencial, se garantiza que para aquellos que participen, su nombre ni ningún dato aparecerá en medios magnéticos, escritos, CD, u otros, esto para cumplir con los artículos 15 y 16 de la resolución 8430 del 1993 y con el Código de Ética Profesional.

El empleo de estos datos será con fines académicos y de análisis para esta investigación.

En correspondencia de confirmación y en tono de aceptación, firman:

Encuestado

Encuestador

Anexo 2 – Instrumento

TEST

Objetivo. Identificar la competencia cultural que tiene el personal de enfermería de la Unidad Intermedia de San Javier al momento de implementar el PAE (Plan de Atención De enfermería).
 Este cuestionario está dividido en dos secciones: datos demográficos, que nos permite caracterizar a la población en estudio y datos específicos que se refieren al contenido temático de la investigación.

- ❖ No existen respuestas malas o buenas por lo que le agradeceré responder todas ellas de acuerdo a su percepción personal.
- ❖ Responda todas las preguntas y solo una opción, Emplee lapicero para contestar el cuestionario.
- ❖ Sus respuestas son anónimas y absolutamente confidenciales.

I. DATOS DEMOGRAFICOS

1. Género: Masculino Femenino Otro: _____
2. Edad: 21 - 25 26 - 30 31 – 35 36 – 40 41 – 45
3. Religión: Católico Cristiano Otro: _____
4. Raza: Mestizo Afro descendiente Indígena Otro: _____
5. Nivel de estudio:
- Primaria Secundaria Técnico Tecnólogo Pregrado
- Diplomado Especialista Maestría Doctorado Otro: _____
6. Estado Civil: Soltero: Casado Unión Libre Viudo Divorciado

II. DATOS ESPECIFICOS.

Contextualización temática: Por favor marque un solo número el que mejor refleje su percepción:

1	2	3	4	5
Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre

N	ÍTEMS	1	2	3	4	5
ASPECTOS SEXUALES						
1	¿Al momento de realizar la valoración del paciente para planear las acciones de cuidado tiene usted en cuenta la promiscuidad?					
2	¿Al momento de realizar la valoración del paciente para planear las acciones de cuidado tiene usted en cuenta la orientación sexual?					
3	¿Al momento de realizar la valoración del paciente para planear las acciones de cuidado tiene usted en cuenta el número de hijos?					
4	¿Al momento de realizar la valoración del paciente para planear las acciones de cuidado tiene usted en cuenta los compañeros sexuales?					
ASPECTO RELIGIOSO						
5	Durante la valoración y ejecución del cuidado, ¿usted indaga la religión o credo del paciente para así respetar su práctica y conductas relacionadas con intervenciones terapéuticas, así estén en contra del actuar y pensar del personal de salud?					
ASPECTOS DE SU ESTILO DE VIDA						
6	Para la evaluación y planeación del cuidado del paciente, ¿usted tiene en cuenta aspectos de su estilo de vida como el tabaquismo?					
7	Para la evaluación y planeación del cuidado del paciente, ¿usted tiene en cuenta aspectos de su estilo de vida como la frecuencia con la que toma alcohol?					
8	Para la evaluación y planeación del cuidado del paciente, ¿usted tiene en cuenta aspectos de su estilo de vida como el ejercicio?					
9	Para la evaluación y planeación del cuidado del paciente, ¿usted tiene en cuenta aspectos de su estilo de vida como la alimentación (frutas, verduras, cereales, baja en grasa)					
ASPECTO INDIVIDUAL						
10	¿Satisface usted la necesidad de los pacientes de forma individual teniendo en cuenta su cultura?					
PROFESION E INSTITUCION						
11	¿La atención que usted brinda a los pacientes se rige por los principios científicos y técnicos de la profesión?					
12	¿La atención que usted brinda a los pacientes se rige por los protocolos de la institución?					
DIMENSIONES DEL SER HUMANO						
13	Cuando se realiza la evaluación y se planea las intervenciones de cuidado, ¿Tiene en cuenta la dimensión física?					
14	Cuando se realiza la evaluación y se planea las intervenciones de cuidado, ¿Tiene en cuenta la dimensión espiritual?					
15	Cuando se realiza la evaluación y se planea las intervenciones de cuidado, ¿Tiene en cuenta la dimensión cultural?					
16	¿Tiene en cuenta al momento de planear el cuidado las experiencias vividas de los pacientes donde quizá se le vulneran sus costumbres?					
17	¿Reconoce que esto puede afectar la evolución de su salud?					
18	¿Es importante para usted conocer la percepción que los pacientes tienen sobre los centros de salud, para la planeación, ejecución y evaluación del cuidado?					

MEDIDAS DE SEGURIDAD					
19	Cuando se ejecutan las actividades de cuidado, ¿se cumplen las medidas de seguridad en cuanto a su identificación?				
20	Cuando se ejecutan las actividades de cuidado, ¿se cumplen las medidas de seguridad en cuanto a una adecuada comunicación?				
21	Cuando se ejecutan las actividades de cuidado, ¿se cumplen las medidas de seguridad en cuanto a la administración segura de los medicamentos?				
ACTITUD DEL PACIENTE					
22	¿Identifica usted la actitud del paciente frente a su enfermedad?				
23	¿Identifica usted la actitud del paciente frente a sus conductas protectoras para su salud, como el cumplimiento del tratamiento?				

Bibliografía

- Aballay, S., & Avendaño Manelli, C. (2010). *Gestion Cultural: entre conceptos lejanos y realidades cercanas*. Villa María: Eduvim.
- Acevedo, E. G., Martínez, G. A., & Estario, J. C. (2007). *Manual de Salud Pública*.
- Brunner, & Suddarth. (1998). Perspectiva Transculturales en Enfermería. En *Enfermería Medicoquirurgica* (págs. 133 - 140). Mexico: McGraw-Hill Interamericana.
- Castillo Mayedo, J. A. (2008). El cuidado cultural de enfermería. Necesidad y relevancia. *Revista Habanera de Ciencias Medicas, vol 7*.
- Castillo Ortiz, H. (2005). *Sexo entre jóvenes. Preguntas y respuestas*. Mexico: D.R. Selector,S.A. de C.V. .
- CIE. (2010). *Consejo Internacional de Enfermeras*. Obtenido de <http://www.icn.ch/es/about-icn/icn-definition-of-nursing/>
- CIESAS. (2008). *Campaña Nacional por la diversidad Cultura de México la diversidad cultural*. Obtenido de <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/DiversidadCultural01.pdf>
- De Koninck, T. (2006). *De la Dignidad Humana*. Madrid: Instituto de Derechos Humanos "Bartolomé de las Casas". Editorial Dykinson, S. L.
- Declaracion Universal de Derechos Humanos*. (s.f.). Obtenido de Naciones Unidas: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- Diccionario Manual de la Lengua Española*. (2007). Obtenido de The Free Dictionary: <http://es.thefreedictionary.com/creencia>
- Echeverri, E. A., & Vélez Pérez, D. P. (Noviembre de 2005). *La Enfermería, una profesión de servicio*. Obtenido de Revista de Enfermería: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8405-Enfermeria.htm>

- Gentil García, I. (2006). Antropología, Enfermería y personas de otras culturas. *Cultura de los cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades* , 37-40.
- González Juárez, L., & Noreña Peña, A. L. (2011). *Comunicación intercultural como medio para favorecer el cuidado culturalmente aceptable*. Obtenido de Portal de revistas científicas y arbitradas de la Universidad Nacional Autónoma de México:
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/25472>
- Grimson, A. (2008). *Diversidad y cultura. Reificación y situacionalidad*. Obtenido de Tabula Rasa:
<http://www.redalyc.org/pdf/396/39600803.pdf>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación - Quinta Edición*. México D.F: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. De C.V.
- Ibarra Mendoza, T. X., & Siles González, J. (8 de Marzo de 2006). *Competencia cultural. Una forma humanizada de ofrecer cuidados de enfermería*. Recuperado el 15 de Mayo de 2012, de Index de Enfermería: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000300010&script=sci_arttext
- Ley 266 de 1996. (s.f.). Obtenido de Ministerio de Educación:
http://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-105002_archivo_pdf.pdf
- Ley 397 de 1997. (s.f.). Obtenido de http://www.elabedul.net/Documentos/Leyes/1997/Ley_397.pdf
- Ley 911 de 2004. (s.f.). Obtenido de Ministerio de Educación:
http://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf
- Manrique, M., Reyes, I., Delgado, H., & Jimenez, B. (2005). *Madeleine Leninger. Cuidados Culturales: Teoría de la diversidad y la universalidad*. Obtenido de Enfermería 21:
http://www.enfermeria21.com/listametas/Leininger_monografia.doc

Marriner Tomey, A., & Raile Alligood, M. (2007). *Modelos y teorías en enfermería*. España: Elsevier Mosby.

Mendoza Berjano, R., Sagraera Perez, M. R., & Batista Foguet, J. M. (1986 - 1990). *Conductas de los escolares Españoles relacionadas con la salud*. España: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Metrosalud. (Marzo de 2012). *Reseña Historica*. Obtenido de

<http://www.metrosalud.gov.co/inter/joomla/index.php/institucional/informacion-corporativa/resena-historica>

Normas de Gestion de la Calidad del Cuidado Enfermero. (2008). Obtenido de Colegio de Enfermeras (os) del Perú: http://www.cep.org.pe/beta/download/NG_CDCE.pdf

Ortega López, R. M. (2006). Cultura del dolor, salud y enfermedad : percepción de enfermería, usuarios de salud y curanderos. *Cultura de los cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades* , 63-72.

Paramo, D. M. (2007). *Cultura y salud: Elementos para el estudio de la Diversidad y la Inequidad*.

Obtenido de

http://javeriana.academia.edu/Mar%C3%ADaClaudiaDuqueP%C3%A1ramo/Papers/131496/Cultura_y_salud_Elementos_para_el_estudio_de_la_diversidad_y_las_inequidades

Politica de Diversidad Cultural. (2010). Obtenido de Ministerio de Cultura:

http://www.mincultura.gov.co/ministerio/politicas-culturales/de-diversidad-cultural/Documents/07_politica_diversidad_cultural.pdf

Salas Iglesias, P. M. (2006). Teoría Y Método la ciencia de los cuidados, marco investigativo para alcanzar el éxito de la calidad de vida en el envejecimiento. *Cultura de los cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades* , 73-78.

Schwanitz, D. (2002). *La Cultura. Todo lo que hay que saber*. Madrid: Taurus.

Tarrés Chamorro, S. (Mayo de 2001). *El cuidado del "otro". Diversidad cultural y enfermería transcultural*. Obtenido de Gazeta de Antropología:

http://www.ugr.es/~pwlac/G17_15Sol_Tarres_Chamorro.pdf

Gispert, C. Gárriz, J. Villalba, M. Alberte, M. Grasa, V. Robira, A. Mainer, G., Gay J. (2010)

Manual de Enfermería. Nueva edición. Editorial: OCEANO.