

CUIDADO CULTURALMENTE COMPETENTE: PUNTOS DE VISTA DE ENFERMERÍA DE SALUD PÚBLICA E INDÍGENA*

Recibido:

Aceptado:

Liliana Orozco Castillo**, Lucero López-Díaz***

Resumen

Introducción: Existe la necesidad de obtener el sentir del receptor de cuidado de enfermería culturalmente competente, sin expresar la necesidad de obtener el sentir de la Enfermera. Se interpretaron los puntos de vista de la enfermera de salud pública y del indígena emberá chamí en Riosucio, Caldas (Colombia), frente al cuidado realizado y recibido en un acto culturalmente competente. **Metodología:** Etnografía interpretativa con observación participante y entrevistas a profundidad participaron tres enfermeras y once indígenas. Se analizaron los datos con la propuesta de Leininger. **Resultados:** El patrón cultural consta de tres categorías que demuestran satisfacción entre los puntos de vista de la enfermera y del indígena frente al cuidado ofrecido y recibido. Se destaca un diálogo de saberes y profesionales con capacidades para ofrecer cuidado culturalmente competente. **Conclusión:** Conocer la perspectiva tanto del proveedor como receptor del cuidado permite mejorar los efectos del cuidado culturalmente competente en salud pública.

Palabras clave: competencia cultural, enfermera, grupos poblacionales, salud pública.

* Resultado derivado de la tesis doctoral denominada *Competencia cultural de enfermería en salud pública cuando cuida a la población indígena y la percepción de ambos frente al cuidado realizado y recibido*. Financiada por la División de Investigación de la Universidad Nacional en el marco del proyecto Competencia Cultural de Profesionales de Enfermería Cuidando a Grupos Vulnerables, código 20730. No existe conflicto de interés alguno.

** EnF, MsC y Ph.D. en Enfermería. Docente auxiliar, Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo: liliana.orozco@ucaldas.edu.co. orcid.org/0000-0002-8686-6168.

*** EnF, MsC y Ph.D. en Enfermería. Docente titular, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, Facultad de Enfermería. Grupo de Investigación Cuidado Cultural de la Salud. Correo: allopezdi@unal.edu.co

CULTURALLY COMPETENT CARE: PUBLIC HEALTH AND INDIGENOUS NURSERY POINT OF VIEW

Liliana Orozco Castillo**, Lucero López-Díaz***

Abstract

Introduction: There is a need to obtain the feel of the nursery receptor culturally competent, without the requirement of getting the nursery feel. The public health nursing and the indigenous Embera's points of view were interpreted about the care gotten in a culturally competent act. **Methodology:** Interpretative ethnography with participant observations and interviews. In this study participated three nurses and eleven indigenous. Data were analyzed according to Leininger's proposal. **Conclusions:** To know the perspectives from the receptor and the care provider, allow to improve the public health culturally competent care affects.

Keywords: Cultural competence, nurse, populational groups, public health.

Introducción

La competencia cultural en enfermería se entiende como un proceso que debe ser adoptado por los sistemas, las instituciones, las políticas y profesionales, quienes cuentan con determinada conciencia, conocimientos, actitudes y habilidades para ofrecer sus servicios de forma sensible y adaptada a los valores y costumbres de los receptores de cuidado (1-3). Por supuesto, Enfermería ha realizado aportes en este sentido a partir del mejoramiento en los procesos de comunicación y negociación con los receptores de cuidado (personas, familias o comunidades), lo cual ha evidenciado mejores resultados en salud (4, 5).

En específico, la competencia cultural de las enfermeras de salud pública (ESP) trae beneficios adicionales, dado que mejora el proceso de interacción con personas de diversas culturas y procedencias, al estar en mayor contacto con los receptores del cuidado en el domicilio (5, 6), servir de puente entre las prácticas culturales y los sistemas de salud, considerarse primera fuente en la prevención de la enfermedad (7) y, por último, desarrollar políticas públicas que busquen defender a las minorías étnicas y raciales (8, 9). Del mismo modo, Fleckman et al. (10) ofrecen una serie de elementos para desarrollar, adaptar y fortalecer la educación de competencia cultural en instituciones educativas de salud pública, justificados en que actualmente existen pocos avances para materializar la competencia cultural en dicha área.

Actualmente se mantiene la producción y validación de instrumentos que eva-

lúan la competencia cultural en profesionales de enfermería (11, 12, 13, 14), pese a que resultados de revisiones sistemáticas sobre dichos instrumentos encuentran como limitación principal la deficiencia en recopilar los puntos de vista del receptor de cuidado (15, 16), ya que son quienes pueden validar si el cuidado ofrecido es acorde con su cultura. Además, si solo se mide la capacidad de los profesionales de enfermería, sin evaluar los resultados en los receptores del cuidado, la atención culturalmente competente podría carecer de la suficiente evidencia para su implementación (15, 17), dado que son los receptores de cuidado los que pueden contribuir a determinar los pasos a seguir para ofrecer un cuidado culturalmente competente (9). En este sentido, la escasa literatura que se encuentra disponible sobre la perspectiva del receptor del cuidado culturalmente competente muestra que los profesionales de enfermería buscan una adecuada comunicación (18, 19), que tienen buenas actitudes y comportamientos, que favorecen las prácticas organizativas y la participación familiar (19, 20), teniendo en cuenta la cultura del receptor de cuidado.

Se conocen intervenciones culturalmente competente a indígenas (21) en las que se trata de disminuir las brechas en salud, pues este grupo poblacional debe afrontar pobreza, aislamiento y poca atención sanitaria (22) debido a la distancia cultural que existe entre su cosmovisión, creencias y prácticas de cuidado, y las formas hegemónicas de atención en salud (23gender and class). En Colombia, los indígenas representan cerca del 3,3% de la población, constituidos

en 84 etnias reconocidas, siendo la comunidad emberá una de las más representativas. Los indígenas emberá son un grupo diverso, aunque los emberá chamí, en particular, son de los más característicos. Esta etnia habita, entre otras regiones, en el departamento de Caldas, en donde suman aproximadamente 63 327 personas localizadas en 10 municipios (4,3 % del total de la población del departamento).

La comunidad emberá chamí de Caldas se encuentra establecida en 15 cabildos agrupados en dos organizaciones regionales (en la Asociación de Cabildos Indígenas de Caldas [Acical] y en el Consejo Regional Indígena de Caldas [Cridec]), las cuales están encargadas de tomar decisiones comunitarias. En la actualidad, cuentan con parteras, médicos tradicionales, sobanderos y curanderos afiliados a la Asociación de Médicos Tradicionales del Occidente de Caldas (Asometroc), grupo de individuos que ha logrado preservar no solo las costumbres ancestrales de la comunidad —tales como los tratamientos con plantas, las mingas, la danza y las artesanías—, sino también recuperar paulatinamente su lengua emberá. Dentro de estas políticas de preservación de su cultura, y en aras de brindar una atención en salud coherente con su cosmovisión, se constituyó una Institución Prestadora de Salud (IPS) con lineamientos interculturales para atender a la población emberá chamí de la región de Caldas.

Teniendo esto en mente, el estudio marco de la investigación de la cual derivaron los presentes resultados se encaminó a identificar elementos de competencia

cultural de las enfermeras de salud pública (ESP) que laboran en una IPS intercultural. En vista de que los hallazgos fueron extensos, este artículo se centrará específicamente en interpretar los puntos de vista de la enfermera de salud pública y del indígena emberá chamí frente al cuidado realizado y recibido en un acto culturalmente competente, lo anterior como una forma de contribuir a contrastar la percepción de la enfermera y del sujeto de cuidado ya descrito.

Metodología

El estudio se desarrolló desde la etnografía interpretativa (24) manteniendo el holismo, la contextualidad, la reflexividad sumado a lo emic y etic en una institución de primer nivel de atención en el departamento de Caldas, Colombia, que cuenta con lineamientos interculturales exclusivos para la atención en salud los indígenas emberá chamí de la región. Las políticas institucionales son constituidas con las comunidades, las autoridades tradicionales y espirituales manteniendo las creencias ancestrales de los indígenas. El tipo de muestreo fue intencional (25) y contó con siete colaboradores generales (líderes de la comunidad) y varios colaboradores clave: enfermeras de salud pública (ESP) (dos mujeres y un hombre entre 32 y 39 años, todos mestizos. Las mujeres contaban con arraigos familiares en el municipio, pues sus padres vivieron desde hace más de 60 años allí) e indígenas de la comunidad emberá chamí (dos hombres y doce mujeres entre 18 y 70 años de los resguardos de San Lorenzo, Cañamomo y Nuestra Señora de la Candelaria).

El desarrollo de la investigación contó con acompañamiento de expertos y la experiencia de la investigadora en con trabajo previo en las comunidades indígenas desano, guanano y tukano del departamento del Vaupés, lo que permitió la auditabilidad, reflexividad y credibilidad en el proceso investigativo.

El proceso investigativo inició en enero del 2015 y terminó en julio del 2017. En su momento, Liliana Orozco Castillo obtuvo el aval de los líderes indígenas y de la Secretaría de Salud del municipio de Riosucio, entidad que ofreció tanto información inicial acerca de las creencias y modos de vida del grupo indígena como el contacto directo con los profesionales de la IPS. Posteriormente, la investigadora Liliana Orozco Castillo realizó observación participante en la cabecera municipal, en tres resguardos durante el trabajo extramural (en donde se compartían escenarios con médicos tradicionales o parteras indígenas) y en la IPS intercultural durante consultas de ESP en planificación familiar, control de crecimiento/desarrollo e hipertensión arterial. Al ser la investigadora también enfermera, inicialmente observaba como agente externo y prontamente pasó a asumir el rol de colegas y compañeras de trabajo cumpliendo con el objetivo de observación participante como lo plantea Guber (26).

En complemento con la observación participante, se realizaron entrevistas etnográficas con las ESP en lugares acordados previamente, inicialmente en cafeterías y después en sus hogares, en las cuales se obtuvieron aproximadamente 480 minutos de grabación. Con los indí-

genas, dichas entrevistas se realizaron al finalizar la consulta o en sus hogares y en ellas se obtuvieron cerca de 390 minutos de grabación. Las preguntas se modificaron de acuerdo con el proceso de cada entrevista y el análisis en espiral incitó la formulación de nuevas preguntas.

El análisis se realizó según la propuesta de Leininger y en él se obtuvieron datos crudos, clasificación de categorías, identificación de patrones recurrentes y hallazgos de investigación (27).

En detalle, se realizaron transcripciones textuales, se tomaron fotografías y se llevaron diarios de campo. Posteriormente, todo lo anterior se analizó siguiendo un esquema en espiral con ayuda de los *softwares* Atlas ti y Excel. Dicho análisis estuvo mediado por un proceso en el cual una investigadora —Liliana Orozco Castillo— generaba, analizaba, reagrupaba y renombraba las categorías, mientras que la otra —Lucero López Díaz—, en conjunto con los integrantes del grupo de investigación, realizaba un trabajo de reflexión constante en el cual pudo organizar, mezclar, agregar o disgregar las citas 446 veces en 17 momentos diferentes.

Posteriormente, se realizó una forma de análisis inductiva mediante la organización documental de subcategorías y categorías. La reflexividad permitía la reorganización de los datos de manera diferente hasta concretar los patrones recurrentes y el tema mayor. Al finalizar los análisis, los colaboradores clave, dos ESP y dos indígenas hicieron sugerencias de precisión del lenguaje como parte del rigor del estudio.

En términos éticos, todos los colaboradores clave firmaron consentimiento informado. Adicionalmente, se utilizaron seudónimos e iniciales de los nombres de los colaboradores al referirse a ellos (como se observará en algunos fragmentos citados en los resultados), esto dentro del propósito de mantener el manejo de los datos de forma confidencial. El sistema de reciprocidad se materializó al complementar un cuidado humanizado y culturalmente competente a los emberá y un acompañamiento y colaboración a las enfermeras en los controles realizados. La investigación de la cual surgió este artículo obtuvo

aval ético de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia; no obstante, y como se mencionó previamente, solo se presentará un patrón cultural dentro de los resultados hallados, dado que la otra parte será objeto de un artículo diferente.

Resultados

Los resultados revelan la percepción positiva del cuidado recibido por el receptor y brindado por el profesional de enfermería. Se condensan en un patrón, tres categorías y siete subcategorías.

Tabla 1. Patrones, categorías y subcategorías

PATRÓN	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
Patrón: Emberas y Enfermeras están satisfechos tanto el uno con el otro como son la IPS intercultural	1. Como enfermera estoy contenta en el trabajo intercultural creando lazos de afecto con el Embera	1.1 Como enfermera estoy contenta con el municipio, en la IPS intercultural y con el médico tradicional
		1.2 Como enfermera creo lazos de afecto con el Embera en diversos escenarios
		1.3 Reconozco la importancia de la lengua Embera y me uno a recuperarla
	2. Como Embera estoy contento con las enfermeras y la IPS intercultural, aunque en ocasiones me molesta esperar	2.1 Como Embera estoy contento con la enfermera y con la IPS intercultural, la orta no nos gustaba
		2.2 Como Embera en ocasiones me molesta esperar la atención
	3. Como Embera, intento seguir las recomendaciones de la enfermera, aunque las recomendaciones sobre la comida son difíciles de seguir	3.1 Como Embera intento seguir las recomendaciones de la enfermera y regreso al control
		3.2 Como Embera es difícil seguir las recomendaciones de la enfermera sobre la comida

Fuente: elaboración propia.

Patrón: emberás y enfermeras satisfechos tanto el uno con el otro, como con la IPS intercultural

Este patrón describe el punto de vista del cuidado vivido por las ESP y de la comunidad indígena emberá chamí de Riosucio (Caldas), resultado de la unión entre los conocimientos de la medicina occidental y de la medicina tradicional propia de las creencias indígenas, lo que posibilita que los pacientes sean atendidos desde los dos saberes. Como se mencionó anteriormente, dicho patrón se divide en tres categorías, relacionadas con 1) los lazos afectivos entre enfermera e indígena, 2) la satisfacción del indígena frente a la atención y 3) el seguimiento de las recomendaciones en salud brindadas por las enfermeras a los indígenas.

Categoría 1. Como enfermera estoy contenta en el trabajo intercultural, creando lazos de afecto con el emberá

Esta categoría se compone de tres subcategorías, las cuales evidencian el punto de vista de las ESP tanto en el trabajo como en las vivencias dentro de un municipio en el que priman los indígenas. En general, el punto de vista dado por las enfermeras se resume en una satisfacción vinculada a tres elementos: el municipio en donde vivían, el ambiente laboral y la relación con los médicos tradicionales, todo dentro de las características culturales de los indígenas, quienes fueron caracterizados como espontáneos, transparentes, sencillos y

amables, lo que permitió a las ESP crear lazos de afecto.

Subcategoría 1.1. Como enfermera estoy contenta en el municipio, en la IPS intercultural y con el médico tradicional

Las ESP decidieron vivir en el municipio de los emberá, ya que el lugar percibe seguridad, tranquilidad y disminución de gastos. Además, se sintieron aceptadas, valoradas, apoyadas y queridas por la mayoría de las personas de la comunidad.

La gente te ha dado el apoyo, es gente que confía en ti, te quieren. ¡Lo hacen sentir a uno tan bien! (Testimonio de enfermera SV, 28-152:52)

Adicionalmente, para las ESP, la forma de organización institucional de la IPS les trajo consigo beneficios económicos, espirituales y personales al permitir experimentar dinámicas propias de la cultura del indígena.

¡Uy!, los rituales que hacen en la IPS me encantan, me fascinan, me ponen feliz, me siento como un discorín [sic]. Es un descanso, es un momento de reflexión propia. (Testimonio de enfermera MG, 28-153:31)

Las ESP también se sintieron cómodas con la cotidianidad laboral, pues los controles se realizaron de manera tranquila y el indígena, especialmente el de la zona rural, se mostró amable, atento y receptivo. No obstante, en varias ocasiones, las jornadas laborales resultaban extensas y los viajes a la zona rural producían cansancio físico.

Subcategoría 1.2. Como enfermera, creo lazos de afecto con el emberá en diversos escenarios

Desde una perspectiva personal, las ESP conocieron y se integraron con el indígena del común en otros escenarios diferentes a los controles. La coexistencia con los indígenas también les permitió a las ESP aprender sobre la historia, características y el momento general en el que se encontraban los indígenas. Así, cada enfermera construyó su propio concepto de la población indígena.

Me siento en la cancha a ver un partido de fútbol, todos me saludan, no sé qué... Me tienen muy en cuenta, entonces yo llego como si estuviera en mi casa”. (Testimonio de enfermera SV, 13-72:79)

En el mismo sentido, como consecuencia del rol profesional, las enfermeras, además de la interacción con el indígena en los controles, tuvieron contacto con los indígenas profesionales, en especial con los que trabajaron en el área de la salud. Estos fueron reconocidos por las enfermeras como líderes y trabajaron con ellos de forma mancomunada.

Cuando yo llegué me dijeron: “usted va para San Lorenzo a trabajar con el gobernador Miky”, entonces rico Susana, “que seas tú, contigo ya sé cómo se habla” (Testimonio de enfermera SV, 24-70:54).

Subcategoría 1.3. Reconozco la importancia de la lengua emberá y me uno a recuperarla

Las ESP se involucraron en el proceso de recuperación de la lengua emberá. Los caponias (nombre que da el indígena a

personas diferentes a su etnia) y los líderes indígenas situaron la lengua emberá como un elemento fundamental para el fortalecimiento de la identidad indígena, por lo cual demostraron el firme deseo de recuperarla. Ante esta situación, las ESP participaron activamente en la IPS intercultural en donde se impartía la clase de lengua emberá a los empleados, a pesar de no ser necesario ni en la cotidianidad ni para realizar su cuidado, pues todos los indígenas del municipio hablaban español.

En ninguno de los resguardos tenemos gente hablante, pero estamos aprendiendo. Por ejemplo, a todos los empleados de la IPS nos están enseñando”. (Testimonio de médico tradicional AM, 24-51:22)

Categoría 2. Como emberá estoy contento con las enfermeras y la IPS intercultural, aunque en ocasiones me molesta esperar

Esta categoría se compone de dos subcategorías y expresa el punto de vista de satisfacción de los indígenas frente al cuidado recibido por las ESP en los controles. Con frecuencia, los indígenas explicaban su sentir de agrado al comparar la atención con experiencias pasadas negativas en otra institución de salud. Sin embargo, cuando el tiempo de espera para ser atendidos era mayor al estipulado, los indígenas seguían mostrándose molestos, como cuando eran atendidos en otras IPS.

Subcategoría 2.1. Como emberá estoy contento con la enfermera y con la IPS intercultural, la otra no nos gustaba

Los indígenas se sentían satisfechos con la atención recibida por las ESP. Esta

sensación derivaba de la explicación con claridad de la situación de salud, de la formalidad, de la cordialidad y de la atención respetuosa, completa y dedicada con un lenguaje cortés.

Atienden súper bien y como la forma de ser de todos, lo reciben a uno con un gesto amable. Salí muy bien, aquí la atención es sobrada. Me siento súper bien. (Testimonio de indígena CR, 13-13:18)

Los emberá, al expresar su gusto por la atención recibida de mano de las enfermeras, con frecuencia relacionaron su punto de vista frente a varios asuntos externos de índole institucional. Aspectos como el acceso a las citas, la atención oportuna, los tiempos cortos de espera, la amabilidad y la resolución de sus situaciones fueron, para ellos asuntos de gran importancia. En particular, el tema de la atención por parte de las ESP fue comparado constantemente con experiencias pasadas en otra institución y con otro tipo de profesionales de salud, en donde el sentir era negativo o de mala atención.

A mí me gusta mucho porque allá [en la IPS intercultural] no es tan duro como allí [otra institución de salud], allí pa' uno pedir una cita es un problema. (Testimonio de indígena D, 13-70:5)

Subcategoría 2.2. Como emberá, en ocasiones me molesta esperar la atención

Una característica de los emberá, en relación con la atención recibida por las ESP, era la exaltación frente a algunos momentos de espera prolongados pre-

vios a la atención, a pesar de que dichas situaciones fueran escasas.

Los padres entran con una actitud brava, alterados, manifiestan que se demoraron mucho en llamarlos y la niña ya está cansada. (Observación participante, 13-68:1)

El tiempo de espera para recibir atención en los servicios de salud formó parte de los recuerdos constantes y desagradables vividos con anterioridad en otra institución de salud. No obstante, las ESP se adaptaron y modificaron con facilidad la planeación y los horarios establecidos para cada control, ante los cambios inesperados que en ocasiones establecían los indígenas.

Siendo las 10:30 am, al llegar la investigadora, se encuentra con que el próximo control es para un indígena que lo tenía programado a las 8:00 am y la enfermera decide atenderlo. (Observación participante, 28-131:1)

Categoría 3. Como emberá, intento seguir las recomendaciones de la enfermera, aunque las de la comida son difíciles de seguir

La última categoría está compuesta por dos subcategorías y demuestra el interés de los indígenas por incorporar en sus vidas los cuidados ofrecidos por las ESP. Además, da cuenta de los resultados en salud proporcionados a los emberá.

Subcategoría 3.1. Como emberá, intento seguir las recomendaciones de la enfermera y regreso al control

Al momento del estudio, los emberá entendieron, acataron, recordaron y

aspiraron a cumplir los cuidados ofrecidos por las enfermeras. No obstante, en ocasiones se observó que pudieron perder algunos detalles. Las indicaciones percibidas con más interés por parte de los indígenas fueron aquellas relacionadas con los controles de crecimiento y desarrollo. Para el manejo de la hipertensión arterial, se observó que en los indígenas hubo una mezcla entre la utilización de medicamentos naturales y medicamentos occidentales, pero con mayor afinidad hacia los primeros.

Yo de miedo de la presión alta. Yo con el miedo de tomar las pastas, yo tomaba muchas bebidas. A mí me decían que savia china, pa' la presión, que cidra... esa cidra bichecita [sic]. (Testimonio de indígena LP, 28-157:18)

Como elemento inconsciente entre ambos actores, se destaca la posibilidad de que el indígena se vea reflejado con las bondades de la acción que se pretende realizar. Esta situación pareciera que despertara un sentimiento de confort y confianza, por lo cual se ratificó el deseo de seguir las indicaciones de manera más tranquila y definitiva.

La enfermera me subió los ánimos y me dijo que no le dejara colocar los audífonos, bueno ella me dijo, yo tengo el mismo problema y aquí estoy y eche pa' lante con ese niño. (Testimonio de indígena CR, 13-13:16)

La forma de cuidado culturalmente competente de las enfermeras estimuló en los indígenas mayor adherencia a los controles, produciendo un cambio en la intención de asistir al control. De este modo, los indígenas ya no asistían

pensando en que era un derecho, sino más bien que lo asumían como un compromiso de mantener controlada su enfermedad o de protegerse frente a algún factor de riesgo.

La gente ahora es más consciente de que hay que hacerse los controles, hacerse los exámenes, por lo menos se están tomando la droga. (Testimonio de enfermera EMG, 28-31:7)

Subcategoría 3.2. Como emberá, es difícil seguir las recomendaciones de la enfermera sobre la comida

Los indígenas aceptaron, pero no se adaptaron por completo a las recomendaciones realizadas por las ESP en el tema de alimentación balanceada. Los emberá chamí siempre fueron conscientes de las bondades de la información; sin embargo, no expresaron en ningún momento un deseo de poder adaptarse a dichas recomendaciones.

Yo les digo: "cuiden la comida". No les estoy diciendo aguanten hambre, solo le baje un poquito, y el próximo control llega pesando más, y los laboratorios de grasas-triglicéridos son mucho peor. (Testimonio de enfermera MG, 28-31:05)

La subcategoría expone de manera explícita los largos procesos, cambios lentos e incluso inconsistencias que las ESP deben aceptar como resultado de su cuidado, pues se observó cómo las personas, aun sabiendo de los beneficios y teniendo las posibilidades, no fueron capaces de modificar algún estilo de vida, como la alimentación.

Se le pregunta si está haciendo las recomendaciones que le dio la enfermera en la consulta pasada sobre la alimentación. La indígena dice que ninguna, que es difícil por costumbre. (Observación participante, 28-61:7)

Discusión de resultados

La ESP, cuando atiende a la población emberá chamí, reporta en general una satisfacción profesional y personal, determinada por la coherencia entre las políticas municipales y las de corte intercultural, ya que gracias a ello pueden aprender, trabajar y dialogar de forma constante entre el saber alopático y el saber indígena. Lo anterior se suma a que las instalaciones de la IPS permitieron contar con condiciones laborales dignas y a que el municipio ofrecía las posibilidades para el desarrollo de proyectos familiares.

En contraste a lo hallado en este estudio, hay reporte de choques de los profesionales, dificultades de interacción con pacientes de diferentes culturas a la del profesional e insatisfacción laboral cuando no hay apoyo institucional (28,29,30,31). Por lo tanto, la ventaja en esta investigación radicó en que la competencia cultural de las ESP se nutrió y extendió a encuentros de la cotidianidad derivados de convivir y participar en actividades sociales, culturales y espirituales propias de los emberá chamí, lo cual fortaleció los lazos con los receptores del cuidado. Así, las enfermeras de salud pública demuestran interacción con el ambiente en el desarrollo de la competencia cultural (32). Dicha capacidad de interacción de las enfermeras con los indígenas y con los

colegas permitió abrir los encuentros culturales más allá de las consultas, lo cual consolidó los elementos de competencia cultural ya reportados (2, 6). Resultado similar a lo reportado por Hemberg y Vilander, donde se consolidó la integridad y las necesidades espirituales como elementos vitales para el respeto cultural, percibidos tanto por las enfermeras como por los pacientes (33).

Por su parte, el punto de vista de los emberá es de satisfacción con el cuidado recibido, coincidiendo con resultados reportados (34), ya que destaca el trato digno, comprensible y flexible de las ESP, elementos propios del proceso comunicativo que también se han encontrado en otros estudios de competencia cultural con personas sanas y enfermas (33, 35, 36, 37) *post-encounter interviews with the patient, and observation of the encounters. Participants included community nurses, Chinese cancer patients being cared for at home, and their carers if present. Results: Four themes were conceptualized: (1, 38, 39).*

Además, aspectos institucionales como la integración de los saberes tradicionales y occidentales, acceso rápido a los servicios, apoyo económico para el mantenimiento de tratamientos y disminución de los tiempos de espera influyeron a la hora de que los receptores de cuidado se sintieran satisfechos. Lo anterior coincide, por ejemplo, con un estudio realizado en un grupo de mujeres de origen latino, en el cual se concluyó que la reducción de los tiempos de espera producía satisfacción en las usuarias (36). Del mismo modo, estas relaciones de puntos de vista entre las ESP y los

indígenas emberá permitieron vislumbrar mejores resultados en salud y adherencia institucional en términos de mejora o retardo de la sintomatología de una enfermedad, la disminución de los factores de riesgo y la asistencia al control. Sin embargo, un área de investigación futura podría orientarse hacia profundizar en estos aspectos que permitan generar evidencia entre competencia cultural y resultados (40).

Estudios en competencia cultural, especialmente en el área clínica (37, 38, 41, 42) reportan la importancia de que la enfermera proporcione alimentos culturales del paciente al momento del cuidado. Desde otra perspectiva, el presente estudio muestra las dificultades que tienen los emberá de seguir las recomendaciones alimenticias que ofrece la enfermera, en busca de una nutrición balanceada y saludable, demostrando cómo la atención en salud dominante se opone a algunas prácticas culturales de los emberá.

La empatía, el conocimiento y la adaptación proporcionada por las enfermeras demuestra la culminación positiva de un acto de cuidado y brinda elementos que disminuyen barreras de atención y que deben ponerse en práctica especialmente en el cuidado culturalmente competente con la población indígena.

Los resultados impulsan cambios en legislación nacional basada en el paradigma de riesgo, al demostrar que las necesidades de cuidado de los indígenas son frecuentemente más amplias a los

objetivos de los controles basados en la detección temprana y protección específica de enfermedades a los que acuden.

Se determinó la importancia de mantener las políticas institucionales de atención multicultural entre los conocimientos alopáticos y la atención tradicional indígena, al ser una herramienta para la evolución de la competencia cultural de las enfermeras.

Dentro de lo más relevante del estudio, se destacó el hecho de que no basta solo con conocer el sentir del receptor de cuidado para entender por completo el fenómeno de la competencia cultural. En el presente artículo, se pudo evidenciar que el punto de vista del receptor del cuidado debe estar acompañado también del aquellos que lo proveen, ya que así se pueden comprender y ampliar los efectos del cuidado culturalmente competente en salud pública.

El estudio contribuye al desarrollo teórico, epistemológico y práctico de la enfermería transcultural y, especialmente, a la postura de la competencia cultural. La información presentada y analizada permitió mostrar la estrecha relación entre políticas institucionales, el cuidado culturalmente competente y la satisfacción tanto del proveedor de salud como del receptor de cuidado. De esta forma, las investigadoras invitan a incorporar elementos de competencia cultural en el desarrollo de políticas públicas y de currículos en el área de la salud, en particular en el campo de la salud pública.

Referencias bibliográficas

1. McFarland MR, Wehbe-Alamah HB. Leininger's Culture Care Diversity and Universality a Worldwide Nursing Theory. 3ra ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2015. 1-612 p.
2. Campinha-Bacote J, Transcultural C.A.R.E. Associates. The Process Of Cultural Competence In The Delivery Of Healthcare Services. Models of Cultural Competence - Transcultural C.A.R.E. Associates. 2015.
3. Purnell L. The Purnell Model for Cultural Competence. *J Transcult Nurs*. 2002;13(3):193-6.
4. Lie D a, Lee-Rey E, Gomez A, Bereknyei S, Braddock CH. Does cultural competency training of health professionals improve patient outcomes? A systematic review and proposed algorithm for future research. *J Gen Intern Med [Internet]*. 2011 [citado 7 noviembre 2013];26(3):317-25. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3043186&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
5. Robinson N, Lorenc A. Traditional and complementary approaches to child health. *Nurs Stand*. 2011;25(38):39-47.
6. Matteliano MA, Street D. Nurse practitioners' contributions to cultural competence in primary care settings. *J Am Acad Nurse Pr*. 2012;24(7):425-35.
7. Giles AR, Hognestad S, Brooks LA. The Need for Cultural Safety in Injury Prevention. *Public Health Nurs*. 2015;32(5):543-9.
8. McGinnis SL, Brush BL, Moore J. Cultural similarity, cultural competence, and nurse workforce diversity. *West J Nurs Res*. 2010;32(7):894-909.
9. Starr S, Wallace DC. Self-reported cultural competence of public health nurses in a Southeastern U.S. Public health department. *Public Heal Nurs*. 2009;26(1):48-57.
10. Fleckman JM, Dal Corso M, Ramirez S, Begalievá M, Johnson CC. Intercultural Competency in Public Health: A Call for Action to Incorporate Training into Public Health Education. *Front public Heal [Internet]*. 2015;3(sep):210. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4556984&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
11. Gözüml S, Tuzcu A, Kirca N. Validity and Reliability of the Turkish Version of the Nurse Cultural Competence Scale. *J Transcult Nurs*. 2016;27(5):487-95.
12. Chae D, Park Y. Development and Cross-Validation of the Short Form of the Cultural Competence Scale for Nurses. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci) [Internet]*. 2018;12(1):69-76. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.02.004>
13. Herrero-Hahn R, Rojas JG, Ospina-Díaz JM, Montoya-Juárez R, Restrepo-Medrano JC, Hueso-Montoro C. Cultural Adaptation and Validation of the Cultural Self-Efficacy Scale for Colombian Nursing Professionals. *J Transcult Nurs*. 2017;28(2):195-202.
14. Abdullah E, Idris A, Saparon A. Cross-cultural adaptation and validation of the Chinese CARE Scale of caring nurse-patient interaction competence. *J Clin Nurs*. 2018;27(17-18):3287-97.
15. Loftin C, Hartin V, Branson M, Reyes H. Measures of cultural competence in nurses: an integrative review. *ScientificWorldJournal [Internet]*. 2013 Jan;2013:289101. Disponible: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3683494&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
16. Shen Z. Cultural Competence Models and Cultural Competence Assessment

Instruments in Nursing: A Literature Review. *J Transcult Nurs*. 2015;26(3):308-21.

17. Swanson C. The Case for Studying Cultural Competence from the Perspective of the Hispanic Immigrant Patient: A State of the Science. *Online J Cult Competence Nurs Healthc*. 2012;2(1):1-9.

18. A. A. Cultural awareness of Inuit patients' experiences with emergency nursing care [Internet]. Vol. 14, *Accident and Emergency Nursing*. 2006. p. 97-103. Disponible en: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed10&NEWS=N&AN=43628922>

19. Ngo-Metzger Q, Telfair J, Sorkin DH, Weidmer B, Weech-Maldonado R, Hurtado M, et al. Cultural competency and quality of care: Obtaining the patient's perspective. *The Commonwealth Fund*. 2006.

20. Vogler J, Altman TK, Zoucha R. Native Hawaiian attitudes of culturally sensitive healthcare provider traits and behaviors. *J Cult Divers*. 2010;17(3):90-8.

21. Clifford A, Mccalman J, Bainbridge R, Tsey K. Interventions to improve cultural competency in health care for Indigenous peoples of Australia, New Zealand, Canada and the USA: A systematic review. *Int J Qual Heal Care*. 2015;27(2):89-98.

22. Organización Internacional del Trabajo. *Comprender el Convenio sobre pueblos indígenas y tribales, 1989 (núm. 169). Manual para los mandantes tripartitos de la OIT. Normas del trabajo. Organización Internacional del Trabajo*; 2013.

23. Pelcastre-Villafuerte B, Ruiz M, Meneses S, Amaya C, Márquez M, Taboada A, et al. Community-based health care for indigenous women in Mexico: a qualitative evaluation. *Int J Equity Health* [Internet]. 2014;13:2. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3893537&tool=pmcentrez&render-type=abstract>

24. Guber R. *La etnografía: método, campo y reflexividad*. 1a ed. Bogotá D.C: Grupo Editorial Norma; 2001.

25. Martínez Miguélez M. *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México, D.F.: Editorial Trillas; 2004. 1-351 p.

26. Guber R. *La etnografía método, campo y reflexividad* [Internet]. Norma, editor. Bogotá, Buenos Aires, Caracas; 2007. 140 p. Disponible en: http://www.arte.unicen.edu.ar/secretarias/academica/catedra/dinamica/unidad5/complementaria/etno_guber.pdf

27. McFarland M, Wehbe-Alamah H. *Leininger's Culture Care Diversity and Universality a Worldwide Nursing Theory*. 2015. 1-612 p.

28. Berlin A, Johansson S, Törnkvist L. Working conditions and cultural competence when interacting with children and parents of foreign origin: Primary Child Health Nurses' opinions. *Scand J Caring Sci*. 2006;20(2):160-8.

29. Whitman M V, Davis JA. Registered nurses' perceptions of cultural and linguistic hospital resources. *Nurs Outlook*. 2009;57(1):35-41.

30. Ian C, Nakamura-Florez E, Lee YM. Registered nurses' experiences with caring for non-English speaking patients. *Appl Nurs Res*. 2016;30:257-60.

31. Arias SEM, Lopez L. The experience of nurses in care for culturally diverse families: A qualitative meta-synthesis. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24.

32. Blanchet Garneau A, Pepin J, Gendron S. Nurse-environment interactions in the development of cultural competence. *Int J Nurs Educ Scholarsh*. 2017;14(1).

33. Hemberg JAV, Vilander S. Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture. *Scand J Caring Sci*. 2017;31(4):822-9.

34. Govere L, Govere EM. How effective is cultural competence training of health-care providers on improving patient satisfaction of minority group? A systematic review of literature. *Worldviews Evidence-Based Nurs.* 2016;13(6):402-10.
35. Starr S, Wallace DC. Client perceptions of cultural competence of community-based nurses. *J Community Heal Nurs.* 2011;28(2):57-69.
36. Castro A, Ruiz E. The effects of nurse practitioner cultural competence on Latina patient satisfaction. *J Am Acad Nurse Pr.* 2009;21(5):278-86.
37. McKenzie H, Kwok C, Tsang H, Moreau E. Community Nursing Care of Chinese-Australian Cancer Patients. *Cancer Nurs [Internet].* 2014;38(4):1. Disponible en: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00002820-900000000-99501>
38. Alfred M, Ubogaya K, Chen X, Wint D, Worrall PS. Effectiveness of culturally focused interventions in increasing the satisfaction of hospitalized Asian patients. *JBI Database Syst Rev Implement Reports [Internet].* 2016;14(8):219-56. Disponible en: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=01938924-201608000-00016>
39. Tavallali AG, Kabir ZN, Jirwe M. Ethnic Swedish Parents' experiences of minority ethnic nurses' cultural competence in Swedish paediatric care. *Scand J Caring Sci.* 2014;28(2):255-63.
40. Renzaho AM, Romios P, Crock C, Sönderlund AL. The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient-centered health care-a systematic review of the literature. *Int J Qual Heal Care.* 2013;25(3):261-9.
41. Jesús Plaza del Pino F. Nurses and Muslim Patients: Two Perspectives on Islamic Culture in the Hospital. *Procedia. Soc Behav Sci [Internet].* 2017;237(June 2016):1131-7. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1877042817301672>
42. Suresh T. Native hawaiian homestead residents' perceptions of cultural safety in community-based health research. *Journal of Chemical Information and Modeling;* 2014.