

FCM



ESCUELA DE ENFERMERÍA
CICLO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
SEDE: FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TESIS FINAL

TEMA: ENFERMERÍA TRANSCULTURAL, RESPETO POR LAS COSTUMBRES Y CREENCIAS DE LOS PACIENTES

AUTORES:

Brunato C. Sebastian

Pereira M. Soledad

Sepúlveda Jesica L.

Mendoza, junio 2014

Ésta investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuyo, la misma no podrá ser publicada en toda, en parte o resumirse sin el consentimiento escrito de la Dirección de la Escuela y/o autores del trabajo.

Prof. Dra. Ana Magdalena J. J. J.

12 de agosto de 2014

Investigación: Aprobada

Integrantes del Tribunal Examinador:

Lic. Reyes María Rosa

Lic. Andrade Ana Magdalena

Mendoza, 07 de agosto de 2014

Agradecimientos

Los autores de esta investigación queremos hacerle llegar nuestro profundo agradecimiento a todas las personas que colaboraron directa e indirectamente con nosotros para que se pudiera realizar y finalizar con éxito nuestro trabajo.

Agradecer en primer lugar a nuestras familias por haber entendido y acompañado este proceso con paciencia.

Agradecemos a nuestros profesores por el apoyo incondicional y por brindarnos día a día sus conocimientos, y en especial a nuestra tutora, docente y guía la Lic. María Rosa Reyes.

También es importante destacar y agradecer a cada uno de los integrantes de este grupo por el esfuerzo y dedicación aportado en este trabajo.

Agradecer al servicio de Estadística del hospital Diego Paroissien por su apoyo y colaboración, al equipo de enfermería del servicio de tocoginecología del hospital Paroissien por su buena predisposición, a las autoridades del propio hospital por habernos permitido desarrollar nuestras actividades libremente y finalmente a quienes fueron las partícipes fundamentales en esta historia que son todas y cada una de las pacientes que voluntariamente se brindaron para poder realizar este estudio...todo esto es por y para ustedes!!!!...MUCHAS GRACIAS!!!!...

Prólogo

Se considera que la existencia de un enfoque del cuidado cultural en el sistema de atención de enfermería, indudablemente fortalece el papel del enfermero en el cuidado y asistencia del paciente. Por consiguiente, los valores, creencias y prácticas culturales no pueden ser fenómenos ajenos en la labor de enfermería. Además el conocimiento cultural es un patrón indispensable en los sistemas de asistencia de enfermería favoreciendo todos los aspectos de la salud del hombre.

La dimensión cultural del cuidado de enfermería ha sido un tema muy estudiado en el mundo, pero en nuestro país no existe tal profundidad de análisis. Es necesario para todos los profesionales de la salud, comprender y estudiar los fenómenos religiosos y culturales de los individuos, familias y comunidades, como forma de poder entender el comportamiento hacia los problemas de salud, teniendo en consideración, al brindar cuidados a individuos, los siguientes dominios inseparables: el patrón cultural, los patrones de salud y los patrones del cuidado.

INDICE GENERAL	pág.38-80
Portada	pág.I
Advertencia	pág.II
Aprobación	pág.III
Agradecimiento	pág.IV
Prólogo	pág.V
Índice general	pág.VI
Índice de tablas y gráficos	pág.VII
Introducción	pág.1
Descripción del problema	pág.2-6
Formulación del problema	pág.7
Justificación	pág.7-8
Objetivos	pág.9
Marco teórico	
Capítulo 1: Teoría de la diversidad y la universalidad	pág.10-19
Capítulo 2:	
Costumbres, valores y creencias de diferentes comunidades	pág.20-41
Capítulo 3: Cuidados con adecuación cultural	pág.42-54
Diseño metodológico	
Tipo de investigación	pág.55
Área de estudio	pág.55
Universo, población y muestra	pág.55
Variables	pág.56-57

Operacionalización de variables	pág.58-60
Métodos e instrumentos de recolección de datos	pág.61
Interpretación de resultados	pág.85-86
Conclusión	pág.87
Propuesta de acción y recomendaciones	pág.88-89
Bibliografía	pág.90
Anexos	pág.91-99
Tabla Anexo N°1: Preferencia en Argentina de las personas en estudio	pág.62
Tabla Anexo N°2: Escolaridad de las personas en estudio	pág.64
Tabla Anexo N°3: Idioma utilizado por las personas en estudio	pág.65
Tabla Anexo N°4: Cantidad de hijos de las personas en estudio	pág.66
Tabla Anexo N°5: Cantidad de hijos de las personas en estudio	pág.67
Tabla Anexo N°6: Días de internación de las personas en estudio	pág.68
Tabla Anexo N°7: Ocupación de las personas en estudio	pág.69
Tabla Anexo N°8: Grado de importancia al trabajo de las personas en estudio	pág.69
Tabla Anexo N°9: Grado de importancia a la familia de las personas en estudio	pág.70
Tabla Anexo N°10: Grado de importancia a lo material de las personas en estudio	pág.71
Tabla Anexo N°11: Utilización de métodos anticonceptivos de las personas en estudio	pág.72
Tabla Anexo N°12: Conocimiento de métodos anticonceptivos de las personas en estudio	pág.73
Tabla Anexo N°13: Acto de parir de las personas en estudio	pág.74
Tabla Anexo N°14: Lugar elegido para parir por las personas en estudio	pág.75
Tabla Anexo N°15: Práctica realizada con la placenta por las personas en estudio	pág.76
Tabla Anexo N°16: Preferencia en la forma de parir de las personas en estudio	pág.77

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

Tabla y Gráfico N°1: Edad de personas en estudio	pág.62
Tabla y Gráfico N°2: Tiempo de residencia en Argentina de las personas en estudio	pág.63
Tabla y Gráfico N°3: Escolaridad de las personas en estudio	pág.64
Tabla y Gráfico N°4: Idioma utilizado por las personas en estudio	pág.65
Tabla y Gráfico N°5: Cantidad de hijos de las personas en estudio	pág.66
Tabla y Gráfico N°6: Días de internación de las personas en estudio	pág.67
Tabla y Gráfico N°7: Ocupación de las personas en estudio	pág.68
Tabla y Gráfico N°8: Grado de importancia al trabajo de las personas en estudio	pág.69
Tabla y Gráfico N°9: Grado de importancia a la familia de las personas en estudio	pág.70
Tabla y Gráfico N°10: Grado de importancia a lo material de las personas en estudio	pág.71
Tabla y Gráfico N°11: Utilización de métodos anticonceptivos de las personas en estudio	pág.72
Tabla y Gráfico N°12: Conocimiento de métodos anticonceptivos de las personas en estudio	pág.73
Tabla y Gráfico N°13: Acto de parir de las personas en estudio	pág.74
Tabla y Gráfico N°14: Lugar elegido para parir por las personas en estudio	pág.75
Tabla y Gráfico N°15: Práctica realizada con la placenta por las personas en estudio	pág.76
Tabla y Gráfico N°16: Preferencia en la forma de parir de las personas en estudio	pág.77

Tabla y Gráfico N°17: Calidad de educación recibida por las personas en estudio	pág.78
Tabla y Gráfico N°18: Calidad en la relación enfermero-paciente	pág.79
Tabla y Gráfico N°19: Asistencia brindada a las personas en estudio	pág.80
Tabla y Gráfico N°20: Formas de comunicación utilizada por las personas en estudio	pág.81
Tablas Bivariadas	pág. 82-84

INTRODUCCIÓN

Nos abocamos a realizar este trabajo de investigación porque vivimos en una sociedad con una gran diversidad cultural y creemos que la cultura juega un rol importante en la salud de las personas ya que es modeladora de sus formas de vida.

Por lo tanto los profesionales de la salud debemos estar formados para asistir a las personas desde un enfoque holístico ya que día a día nos enfrentamos con situaciones que ponen a prueba nuestra capacidad de conjugar los conocimientos con los aspectos culturales del paciente.

Esta investigación está basada en el modelo de la enfermería transcultural de Madeleine Leininger, el cual está desarrollado en el primer capítulo.

Debido a la gran demanda de atención de personas de nacionalidad boliviana en el hospital regional Diego Paroissien es que nos enfocamos en esa cultura, para conocer sus valores y costumbres y así brindar una mejor atención desde la equidad y el respeto.

El estudio tiene un enfoque sociocultural y se hace incapié en los valores, creencias y tradiciones de la comunidad boliviana en cuanto al embarazo, parto y puerperio; se plantean los derechos de los pacientes al internarse en un servicio de maternidad en una institución sanitaria en nuestro país, y se determinan las características de los cuidados enfermeros realizados a los pacientes en estudio.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

De acuerdo a las observaciones y experiencias prácticas realizadas en el lugar de trabajo, los autores se ven incentivados a investigar sobre el proceso de salud-enfermedad en otras culturas, ya que en el servicio de maternidad del hospital Diego Paroissien de Maipú se atiende a un gran número de personas de nacionalidad boliviana, provenientes de las zonas rurales del departamento y de otros departamentos cercanos como Luján de Cuyo y Guaymallén, siendo éste el nosocomio más cercano a la zona.

Se ha observado que estas personas son atendidas de forma muy fría y estructurada sin tener en cuenta las creencias, valores y prácticas que estos pacientes tienen en cuanto a la maternidad (trabajo de parto, parto y puerperio) y al proceso salud-enfermedad. Se suma a esto que muchos de ellos están recientemente llegando a nuestra provincia, enfrentándose a situaciones desconocidas y en un estado de desamparo, alejados de sus familias y de sus costumbres, ya que principalmente en el tiempo de octubre hasta abril comienza la temporada de cosecha y aumenta lo que suele llamarse "trabajadores golondrinas"

Esta problemática motiva al equipo de trabajo para investigar sobre el tema y a preguntarse qué se puede hacer como enfermeros para modificar esta situación y brindar cuidados con mayor calidad humana, teniendo en cuenta que ya se han realizado algunos trabajos en nuestro país donde se habla de cuidados con adecuación cultural. Además este no es un tema ajeno a la enfermería ya que existe la teoría de Madeleine Leininger, pionera en el Modelo de Enfermería Transcultural, llamada "Teoría de la diversidad y de la universalidad", la cual se define como:

...Área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados

enfermeros específicos para la cultura y/o una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura...

A pesar de que Leininger creía que debido a la globalización éste sería un tema principal para la enfermería en el futuro, los autores deducen que se ha dejado un poco de lado, ya que poco se habla del tema, y no se conoce hasta el momento ninguna institución de salud en la provincia de Mendoza que tenga personal capacitado para atender a las pacientes bolivianas de acuerdo a sus costumbres. Sólo se ha leído un trabajo realizado en Salta donde se realizó una capacitación sobre "La dimensión intercultural del proceso Salud-Enfermedad-Atención" a cargo del Dr. R. Campos Navarro, médico con experiencia en salud popular.

Antes de comenzar la investigación es importante saber ¿qué significa la interculturalidad? Según el Dr. R. Campos Navarro, interculturalidad el encuentro entre dos culturas; donde se trata de entablar relaciones constructivas, equitativas, de igualdad y de respeto en cuanto a valores, a principios, a saberes y prácticas. Estas son relaciones de interculturalidad positiva.

Cuando la interculturalidad se lleva al ámbito de la salud, hay trabajadores de la salud que han sido formados y preparados bajo un paradigma y una cultura médica, en este caso occidental, que aplican sus conocimientos a poblaciones que tienen otras culturas diferentes. Es allí donde se establecen relaciones que pueden ser de destrucción, dado que se considera que la medicina académica es la moderna, actual y buena, mientras que la tradicional es primitiva y tiene que cambiar hacia la actual. Entonces, se habla de una relación intercultural negativa donde una forma de cultura médica está tratando de imponerse sobre la otra.

Es necesario reconocer que existen barreras lingüísticas y de comunicación que en muchos casos juegan un papel negativo, pero no definitivo, en la relación de estas pacientes con las instituciones de salud; ya sea por diferencias en el idioma, o también que estas personas muchas veces tienen un grado de escolaridad bajo o son analfabetos y no se les explica correctamente, o se usan términos que no entienden, o a veces "falta tiempo" para detenerse a explicar o se habla

rápidamente y dando por entendido lo que es común de todos los días para el personal de salud pero los pacientes no lo saben. Además existen barreras geográficas y económicas, producto de las largas distancias que deben recorrer para llegar a la institución de salud, la deficiencia de transporte y/o la falta de recursos para su uso, y en muchos casos, las obligaciones del trabajo.

De parte de las pacientes se manifiesta una resistencia al uso de los servicios de salud para cierto tipo de procedimientos y se obtiene una desconfianza hacia la medicina. El lenguaje utilizado por el personal de salud dificulta la relación e imposibilita la empatía y confianza con el paciente; la ausencia del manejo de un vocabulario local básico por parte del personal, además de la escasa información que se da al paciente y la necesidad de algunas intervenciones como la extracción de sangre, la vacunación, los exámenes, etc., terminan distanciando a los pacientes del proceso terapéutico. En muchas ocasiones la atención gineco-obstétrica presenta barreras específicas como el pudor y la preferencia de estas mujeres de atender sus partos en la casa ayudadas por otras mujeres, ya que para ellas el parto se lleva a cabo en el ambiente cálido del hogar y sólo en caso de lesiones se ven obligados a aceptar la atención del hospital.

Es de suma importancia hablar con personas de esta comunidad para conocer qué piensan ellas a cerca del embarazo, parto y puerperio y qué importancia le dan al personal de salud como así también que sean informadas acerca de cuáles son sus derechos a la hora de internarse en una maternidad pública en la Argentina, como por ejemplo el derecho a ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales; y el derecho a estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto. (Derechos contemplados en la ley nº25.929).

La comprensión y respeto de la realidad social cultural de las madres y familias de comunidades indígenas y migrantes, es un derecho consagrado en la legislación nacional y el derecho internacional (Ley Nacional 24.071).

Los derechos de estas pacientes deben ser los mismos que los de cualquier mujer que asista a los hospitales, pero generalmente las mujeres de nuestra sociedad no conocen los derechos que tienen cuando van a dar a luz, por lo tanto las mujeres llegadas de otro país tampoco los conocen, situación en la que la enfermería cumple una función muy importante ya que debería ser la encargada de difundirlos y hacer que se respeten.

De esta manera se puede valorar más profundamente a cada una de las pacientes de esta nacionalidad que llegan al servicio y brindarles los cuidados adecuados que necesitan de acuerdo a la situación en la que se encuentran. Según la opinión de los autores, si las pacientes se sienten bien atendidas y contenidas se podrá lograr que continúen un seguimiento de salud, porque muchas veces los malos tratos o los incumplimientos hacen que la persona se aleje del servicio.

Los autores se ven motivados a investigar sobre este tema ya que no hay trabajos anteriores relacionados con la interculturalidad en el hospital y es interesante que sea enfermería quien tenga la iniciativa ya que por un lado es importante que se realicen trabajos de investigación, y por otro lado, es el enfermero quien pasa más tiempo con el paciente, y si se brinda una adecuada atención se puede saber qué sienten, cómo se sienten, qué necesitan y se sentirán más contenidos.

Esta investigación se basa principalmente en el aspecto social cultural e ideológico de las personas; y la visión mundial con respecto a la interculturalidad es la siguiente:

A pesar de que la idea de interculturalidad nació hace relativamente poco, no fueron pocos los investigadores de la comunicación, la antropología, la sociología y el marketing que han trabajado sobre el concepto.

Los estudios interculturales son aplicados en el ámbito de la educación, la mercadotecnia y en el diseño de políticas públicas en países y regiones multiculturales, aunque su potencial de aplicación puede tocar casi todos los ámbitos de la actual actividad humana de desarrollo. Según Almaguer, Vargas y García (2009), la interculturalidad es un proceso para la gestión de ciudadanía

para el siglo XXI y tiene antecedentes en los modelos de comunicación de masas en los Estados Unidos en la década los 50's y las teorías de comunicación intercultural, desarrolladas por investigadores como Miquel Rodrigo Alsina, en la Universidad Autónoma de Barcelona, en España. Otros elementos presentes en los modelos y los procesos de gestión intercultural, son los desarrollados por los pueblos indígenas sudamericanos en sus luchas reivindicativas, como las propuestas y estrategias de los pueblos Mapuches en Chile y las poblaciones indígenas en Bolivia, Perú, Colombia y Ecuador, así como los modelos autonómicos de la RAAN y la RAAS en la Costa Atlántica de Nicaragua, que han sido planteados por estudiosas como Myrna Cunninham y Alta Hooker. Según el sociólogo y antropólogo Tomás R. Austin Millán "La interculturalidad se refiere a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura. Si a uno o varios de los grupos en interacción mutua se les va a llamar etnias, sociedades, culturas o comunidades es más bien materia de preferencias de escuelas de ciencias sociales y en ningún caso se trata de diferencias epistemológicas".

FORMULACION DEL PROBLEMA:

¿Cuál es el grado de adecuación cultural en la realización de cuidados enfermeros proporcionados a la comunidad boliviana en el servicio de maternidad del hospital Diego Paroissien durante los meses de agosto, septiembre y octubre del año 2013?

JUSTIFICACIÓN

Es importante realizar esta investigación ya que vivimos en una sociedad multicultural en la cual hay mucha gente de nacionalidad boliviana en nuestra provincia debido a los trabajos que ellos realizan generalmente en chacras y fincas, que concurre a los hospitales públicos y en muchos casos no son tratados respetuosamente, ya sea por cuestión "de piel", "de política", de "territorio", etc., en muchas ocasiones se observan desigualdades en el trato con estos pacientes lo que se toma casi como una discriminación. Y si nos remontamos a la esencia de la enfermería, el objetivo es el CUIDADO, sin importar raza, nacionalidad, idioma, cultura, etc. Se debe respetar la cultura de otras personas y comprender que no somos todos iguales y no es correcto imponer nuestras costumbres creyendo que "es lo que está bien", sino que todas deben estar al mismo nivel, es decir, deben respetarse y comprenderse del mismo modo.

El Paradigma de la salud intercultural trata de ver lo valioso que tiene la otra cultura sin dejar de considerar los aspectos positivos de la medicina académica. Lo que se tendría que lograr es un equilibrio entre ambas cosas, un complemento. La medicina académica resuelve algunos problemas de salud, no todos.

Además en el hospital D. Paroissien no hay trabajos realizados sobre este tema ni actividades de inclusión para estas pacientes por lo cual al realizar este trabajo se puede integrar a otros profesionales interesados del equipo de salud y en conjunto trabajar para una mejor calidad de atención, de igualdad y de equilibrio con todas las pacientes desde distintas disciplinas.

Con este trabajo se desea lograr que el personal actúe con equidad en la atención a todos los pacientes, teniendo conocimientos, ya que a veces se actúa desde la ignorancia a lo desconocido o desde la inexperiencia o de acuerdo a nuestra formación académica y se deja de lado lo humano.

La capacitación del personal de salud con orientación intercultural supone mejorar en la competencia técnica y humana del personal, incide en el respeto, en el trato de los usuarios, en el reconocimiento de las tradiciones culturales, en el combate a la exclusión, en la atención y la equidad en salud a los distintos grupos étnicos.

Con este trabajo se verán beneficiadas todas las mujeres de nacionalidad boliviana que asistan al hospital ya que se sentirán más contenidas y seguras al recurrir a esta institución; también se beneficiará el personal de enfermería al incorporar nuevos conocimientos y prácticas que mejorarán la calidad de atención en los servicios prestados.

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar las características de la atención en enfermería con adecuación cultural en los cuidados proporcionados a las pacientes en estudio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer las costumbres, valores y creencias de la comunidad boliviana en cuanto a la maternidad (embarazo, parto, puerperio).
- Conocer los derechos que tienen las pacientes al internarse en un servicio de maternidad en una institución sanitaria en nuestro país.
- Medir el grado de adecuación cultural en los cuidados brindados por el personal de enfermería a las mujeres en estudio.
- Obtener la opinión de las pacientes en estudio respecto a los cuidados recibidos.

teoría de la diversidad y
de la universalidad

TEORÍA DE LA DIVERSIDAD Y DE LA UNIVERSALIDAD

... la primera enfermera que completó un doctorado en enfermería y se licenció a varias maestrías y programas de doctorado en enfermería. Ha estudiado 14 culturas en profundidad y ha tenido experiencia con un gran número de otras culturas.

... enfermería transcultural, que tiene el cuidado como punto clave, sus temas de interés son la formación comparativa y la administración, las teorías de enfermería, la política, los dilemas éticos en enfermería y en la atención de enfermería, los métodos cualitativos de investigación, el futuro de la enfermería y la educación de enfermería. Su teoría de los cuidados culturales se utiliza en todo el mundo para lo que se pretende se obtenga datos culturales bien fundados de enfermeras.

Teoría de la diversidad y de la universalidad

... afirma que así como la enfermería es significativa para los pacientes y enfermeros del mundo, el saber de la enfermería transcultural y sus principios serán imprescindibles para orientar las decisiones y las acciones de enfermería y así obtener resultados buenos y eficaces. Describe a la enfermera transcultural como una enfermera diplomada, que es capaz de aplicar los principios, principios y prácticas de la enfermería creados por los enfermeros transculturales especialistas. Estas reciben una preparación especial en la universidad que recibe una preparación profunda y una tutoría en la teoría y en la práctica de la enfermería transcultural. Estas enfermeras han estudiado culturas previamente seleccionadas en profundidad (religión, valores, estilos de vida) y poseen muchos conocimientos, además de

TEORIA DE LA DIVERSIDAD Y DE LA UNIVERSALIDAD

Puesto que Leininger fue la primera enfermera que completo un doctorado en antropología y dio comienzo a varias maestrías y programas de doctorado en formación enfermera. Ha estudiado 14 culturas en profundidad y ha tenido experiencia con un gran número de otras culturas.

Además de la enfermería transcultural, que tiene el cuidado como punto clave, sus otras áreas de interés son la formación comparativa y la administración, las teorías en enfermería, la política, los dilemas éticos en enfermería y en la atención sanitaria, los métodos cualitativos de investigación, el futuro de la enfermería y la dirección de enfermería. Su teoría de los cuidados culturales se utiliza en todo el mundo ya que lo que se pretende es obtener datos culturales bien fundados de diversas culturas.

La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos y hace saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados congruentes y responsables. Además afirma que las culturas y los cuidados son los medios más amplios y holísticos para conceptualizar y entender a las personas, esto es imprescindible para la formación y la práctica enfermeros.

Leininger defiende que así como la enfermería es significativa para los pacientes y para todos los enfermeros del mundo, el saber de la enfermería transcultural y sus competencias serán imprescindibles para orientar las decisiones y las acciones de los enfermeros y así obtener resultados buenos y eficaces. Describe a la enfermera transcultural como una enfermera diplomada, que es capaz de aplicar conceptos generales, principios y prácticas de la enfermería creados por los enfermeros transculturales especialistas. Estas reciben una preparación especial con formación universitaria que recibe una preparación profunda y una tutoría en los conocimientos y en la práctica de la enfermería transcultural. Estos especialistas han estudiados culturas previamente seleccionados en profundidad (valores _ creencias_ estilos de vida) y posee muchos conocimientos, además de

gozar de una base teórica sobre los cuidados, la salud y los factores del entorno que tienen que ver con la perspectiva de la enfermería transcultural.

"Leininger afirmó que el objetivo de la teoría de los cuidados consiste en proporcionar cuidados que sean coherentes con la cultura. Consideran que los enfermeros deben trabajar de tal modo que explique el uso de los cuidados y los significados, y así los cuidados culturales, valores, creencias y modos de vida que pueda facilitar bases fiables y exactos para planificar e implementar eficazmente los cuidados específicos de la cultura y para identificar cualquier característica, universal o común, relacionados con los cuidados. Sostiene que los enfermeros no pueden separar las concepciones del mundo, la estructura social ni las creencias culturales (tradicionales o profesionales) de la salud, el bienestar, la enfermedad o los cuidados cuando trabajan con culturas diferentes entre sí ya que estos factores están estrechamente relacionados como (política, cultura, economía o parentesco) son fuerzas relevantes que influyen en los modelos de bienestar o bien de enfermedad. También hace hincapié en la importancia de descubrir cuidados genéricos (tradicionales, locales o indígenas) en la cultura y compararlos con los cuidados profesionales" (p.507)¹.

Se dice que los diagnóstico de enfermeros y médicos sin conocimientos culturales que convierte en serios problemas para la cultura, puesto que llevan a resultados desfavorables o a veces graves.

Lo que desean los clientes cuando acuden a los servicios de enfermería es la calidad de los cuidados que se consiguen únicamente cuando se tiene conocimiento de los cuidados culturales y estos se llevan a cabo.

PRINCIPALES SUPUESTOS

Las definiciones que se muestran proceden del libro definitivo que Leininger ha escrito acerca de su teoría.

¹ A. Marriner Tomey, Modelos y Teorías en Enfermería. 5ª Ed. Madrid, España, 2003

- 1_ Los cuidados son la esencia de la enfermería y constituyen un objetivo distinto, dominante, primordial y unificado.
- 2_ Los cuidados son vitales para el bienestar, la salud de la salud, el crecimiento, la supervivencia y para afrontar los impedimentos físicos o mentales y la muerte.
- 3_ Los cuidados culturales forman el medio holístico más amplio, para saber explicar y llevar a la práctica.
- 4_ La enfermería es una disciplina y una profesión de los cuidados transcultural es humanístico y científico, cuyo principal objetivo es servir a los seres humanos de todo el mundo.
- 5_ Los cuidados son imprescindibles para curar y recuperar la salud, puesto que no puede haber cura sin previo cuidado.
- 6_ Los cuidados culturales se componen de conceptos, significados, expresiones, modelos y procesos.
- 7_ Cuando la cultura humana tiene conocimientos y prácticas de los cuidados genéricos (profanos, tradicionales o indígenas) que varían de forma transcultural.
- 8_ Los valores, creencias y prácticas de los cuidados culturales tienden a estar amalgamados y están influidos por los contextos de punto de vista del mundo, lengua, religión (o espiritualidad) o parentesco (sociedad) político (o ley) educación, economía, tecnología, etnoholístico y entorno de una cultura en particular.
- 9_ Los cuidados enfermero basado en la cultura que son beneficioso, saludable y satisfactorio contribuyen al bienestar de las personas, familia, grupo y comunidades dentro del entorno.
- 10_ Los cuidados enfermeros son coherentes con las culturas o beneficio solo cuando la enfermera tiene conocimiento y hace uso adecuado y coherentemente de los valores, expresiones y modelos de cuidados culturales de las personas, familia, comunidad o cultura con los pacientes.

11_ Las diferencias y similitudes de los cuidados culturales entre un profesional de la salud y un paciente (genérico) que recibe la atención sanitaria existente en todas las culturas del mundo.

12_ Los pacientes que experimentan la carencia de cuidados enfermeros coherentes con las creencias, valores y su propio modo de prestar cuidado mostrarán signos de conflictos culturales, inconformismo, estrés y dilemas éticos y morales.

13_ El paradigma cualitativo proporciona nuevas vías de conocimiento y diferentes vías para descubrir las dimensiones epistemológicas y antropológicas de los cuidados transculturales humanos.

Se dice que está comenzando una nueva fase de enfermería, puesto que valoramos y utilizamos el conocimiento de la enfermería transcultural que se centra en la prestación de cuidados a los seres humanos, la salud y los focos de los compartimentos ante la enfermedad. A causa de la emigración de muchos grupos culturales, las enfermeras se han dado cuenta de ofrecer enfermería sensata y competente. Casi todos los países del mundo son multiculturales, por lo que el personal sanitario debe comprender y atender a personas de culturas diversas o similares. Los inmigrantes y las personas de culturas diferentes esperan de las enfermeras que respeten y sepan reaccionar ante sus valores, creencias, modos de vida y necesidades, por eso las enfermeras ya no pueden practicar una enfermería unicultural.

Leininger considera que todas las enfermeras profesionales del mundo deberán formarse en enfermería transcultural debe ser parte integral de la formación y la práctica para dar respuestas a las exigencias del siglo XXI. Hay muchos teóricos, investigadores y especialistas de la enfermería transcultural que necesitan continuar con el desarrollo de nuevos cuerpos de conocimientos transcultural y transformar la formación y la práctica enfermera. Hacia el año 2010 todas las enfermeras deben tener un conocimiento al menos de tres culturas diferentes. Toda disciplina que guarde relación con la salud, la medicina, la familia y el trabajo

social, acabaran incorporando, en el futuro muy cercano el conocimiento y la práctica transcultural en sus planos de estudio.

Las teorías y estudios actuales y futuros sobre la enfermería transcultural serán esencial para cubrir las necesidades de las personas con culturas diversa, la importancia de los cuidados culturales aumentaran en todo el mundo. Los conocimientos universales y particulares de los cuidados resultan imprescindibles para establecer el cuerpo de conocimiento de la enfermería transcultural y para hacer de la enfermería una profesión y una disciplina.

Estas teorías han suscitado el interés en todo el mundo y su uso se ha generalizado, ya que se trata de una teoría holística, relevante y futurista, que utiliza un conocimiento de los cuidados específicos, aunque también abstracto. El modelo del sol naciente resulta de inestimable valor como imagen influyente que es y como orientación en el estudio y la valoración de las personas que presentan necesidades culturales, sean similares o diversas.

LA ENFERMERIA TRANSCULTURAL: PASADO, PRESENTE Y FUTURO

Un procedimiento que utilizaban en china llamado acupuntura que es una inserción de agujas muy finas en puntos específicos del cuerpo para proteger y restablecer la salud. Esta es una de las practicas de la medicina tradicional china y que se ha estado usando durante 2000 años, Se cree que la acupuntura actúa corrigiendo el balance de energía el modo tradicional de restablecer el balance del yin (femenino energía negativa, la fuerza de la oscuridad, el frio, el vacio) y el yang(masculino energía positiva que produce luz, calor, que llena),Esto se basa en el valor terapéutico del frio y la acupuntura se utiliza para tratar una enfermedad en la que hay un exceso de yang. Los problemas de salud que el paciente experimenta según la familia eran de naturaleza yang. Intentaban restablecer su salud.

Esto representa las situaciones que son investigadas, interpretadas y vistas a través de la enfermería transcultural. Este conocimiento ha crecido y se ha desarrollado en el tiempo, como podrán ver con este esquema sobre: pasado, presente y futuro.

PASADO: Un poco de historia, como empezamos y las contribuciones historias de la Dra. Madeleine Leininger, la fundadora de la transcultural. Conocían poco sobre la percepción de si mismo que tenían los pacientes, o sus creencias sobre salud o enfermedad. En el pasado conocíamos poco sobre cómo esta actitud afectaba al paciente y a su familia. Hoy ven su ignorancia sobre la creencia y practica de salud pueden afectar seriamente el diagnostico y el tratamiento, es importante aumentar el conocimiento actual es crucial.

PRESENTE: La teoría y la disciplina de la enfermería transcultural. Leininger describió cuidados que la enfermera necesitan saber y utilizar al ser una disciplina centrada en el cuidado humano de personas de diferentes culturas. He seleccionado unos ejemplos.

Respeto

Ser consientes de lo que nos rodea

Atención a los detalles anticiparse a los actos

Ayudar, asistir, facilitar

Escucha activa

Dar presencia (estar allí físicamente)

Entender las creencias culturales, valor y manera de vivir.

También estableció que el cuidado esencial de las enfermeras, tiene un gran poder significativo para explicar la salud y el bienestar de la gente en su cultura.

Nos encontramos que hoy tenemos una abundancia de literatura enfermera que facilita el estudio de los aspectos culturales de la salud y la enfermedad y que

también las fuerzas dinámicas sociales estén contribuyendo a que se necesiten estos estudios.

El cuidado cultural es un concepto que he desarrollado, y que describe el cuidado profesional enfermero que es culturalmente sensible, apropiado y competente.

Las siguientes expresiones resumen un parte del conocimiento básico o adicional necesario para completar el conocimiento profesional existente con nociones de cuidado culturales.

1_Filosofía alopática: la comprensión de las complejidades del moderno cuidado de la salud.

2_Vestuario: apreciación y comprensión del vestuario tradicional.

3_Comunidad: conocimiento de la comunidad tradicional del paciente, sus recursos y sus redes de apoyo.

4_Demografía: conocimiento de la situación demográfica del lugar donde se trabaja.

5_Ética: las complejas situaciones éticas que se crean cuando existe una diferencia en las expectativas de cuidado.

6_Comida: preferencias entre grupos etno_culturales y religiosos, que deben comer una determinada persona.

7_Sanar: el significado de recuperación o sanar en un determinado contexto sociocultural.

8_Salud: las diferencias incluyen la necesidad de entender que para mucha gente salud es bienestar de cuerpo y mente y que para otros es el equilibrio entre cuerpo, mente y espíritu.

9_Tradiciones en salud: las creencias y prácticas tradicionales que un determinado paciente debe tener con respecto a sus modos de mantener, proteger y restaurar su salud.

10_Filosofía homeopática: holística, creencias espirituales, físicas y mentales sobre la salud dentro del sistema de la medicina basada en la creencia que una enfermedad puede ser curada por dosis mínimas de una sustancia tal que, si fuese administrada a una persona sana en grandes dosis podría producirle los mismos síntomas que padece la persona que están siendo tratada.

11_Recursos tradicionales: un ejemplo son las plantas medicinales, el uso médico que la gente ha hecho desde tiempos inmemorables para recuperar la salud.

12_Vision global: la visión de la vida que es compartido por todos los miembros de una determinada comunidad etno-cultural.

El reto inmediato es preparar a las enfermeras en Enfermería Transcultural y cuidado cultural, el reto para el futuro es integral este conocimiento en todas las situaciones de cuidado. La meta para todos nosotros es entender que las creencias tradicionales en salud son una parte importante de la vida de los pueblos. El principal mandato es entender las tradiciones y respetarlas, más que desecharlas. Más profundamente, los aspectos socios culturales de la vida son inherentes a los resultados en salud, y deben estar implícitos en la educación de las enfermeras.

FUTURO: la emergencia de la enfermería transcultural y el cuidado cultural

El principal enfoque de este artículo han sido las diferencias potenciales entre las percepciones de las enfermeras y de los pacientes sobre la salud y la enfermedad. Estas diferencias pueden contribuir al concepto erróneo de que los servicios de salud son utilizados inapropiadamente por las personas que no cuidan su salud, o que utilizan no contemplado en la cultura del sistema de salud dominante.

El cambio de ideas y estereotipos personales y profesionales no ocurrirá de la mañana a la noche, y el proceso casi nunca es directo y fácil. Es un proceso secuencial, en el cual uno debe

*Explorar su propia identidad y herencia cultural y confrontar sus estereotipos y reglas.

*Desarrollar un sistema de reconocimiento y comprensión de las complejidades de los modernos sistemas de salud, sus filosofías, sus reglas y sus estereotipos.

*Desarrollar un delicado sistema de reconocimiento del proceso de socialización que permita al cuidador integrarse en este complejo sistema.

*Desarrollar la habilidad de escuchar cosas que trasciendan el lenguaje, para así lograr la comprensión del paciente y su herencia cultural, así como los sistemas de apoyo a la familia y las estructuras de una determinada comunidad.

Debemos ser sensibles a sus percepciones de la salud y la enfermedad y a sus prácticas. A pesar de todo la percepción de muchas enfermeras está basada en el modelo médico, y deben darse cuenta que hay otras maneras de ver la salud y la enfermedad. Debemos estar atentos a las distintas soluciones que un determinado paciente a la hora de cuidarle.

comunidades

Reg. N° F2793

Cultura sanitaria: Aspectos generales

Acuden a los servicios sanitarios sólo cuando se encuentran muy enfermos. El mundo sanitario les resulta inquietante y ajeno, porque no entienden el proceso médico y algunas normas (de entrada y salida, de convivencia, de dependencia de las decisiones médicas). No se dan actitudes preventivas, con lo que las infecciones asintomáticas podrían no detectarse.

Percepciones de la salud

Existen algunas creencias que influyen en la percepción de la enfermedad. El dolor es considerado un castigo divino, un castigo por pecados anteriores como molestias y dolor. Son específicamente significativas a este respecto a las creencias sobre el ejercicio físico; los pecadores no conciben la idea de riesgo grave puesto que los rechazan al dolor o las molestias. Se oponen a las indicaciones médicas sobre el consumo de la dieta y el consumo de alcohol y tabaco. El rechazo a este tipo de pautas es generalizado y se agudiza en los más ancianos. Es peculiar el que no sigan las indicaciones acerca de las prácticas del ejercicio físico.

Hay una escasa sensibilidad de la mayor parte de la población gitana hacia el ejercicio físico y sus beneficios para la salud.

Convivencia hospitalaria

Suelen presentar mucha desconfianza hacia la higiene de los hospitales. En la cultura gitana juega un papel muy importante el concepto, o la percepción, de contaminación. En este sentido, suele causarse muchos problemas el hecho de tener que compartir habitación y cuarto de baño con personas desconocidas.

Es habitual que se nieguen a consumir la comida del hospital porque el concepto de contaminación del que hablamos anteriormente tiene especial incidencia en el

ATENCIÓN SANITARIA A LA POBLACION GITANA

Cultura sanitaria: Aspectos generales

Suelen acudir a los servicios sanitarios sólo cuando se encuentran muy enfermos. El mundo sanitario les resulta inquietante y ajeno, porque no entienden el proceso médico y algunas normas (de entrada y salida, de convivencia, de dependencia de las decisiones médicas). No se dan actitudes preventivas, con lo que las afecciones asintomáticas podrían no detectarse.

Concepciones de la salud

Suelen hacer un uso muy habitual de la medicina familiar y de la automedicación. El concepto de enfermedad va unido casi exclusivamente a síntomas negativos como molestias y dolor. Son específicamente significativas a este respecto a las "enfermedades silenciosas", como la diabetes, el exceso de colesterol o las cardiopatías, que exigen un control médico, una regulación de alimentación y ejercicio físico; los pacientes no conciben la idea de riesgo grave puesto que los asocian al dolor o las molestias físicas. No suelen ser receptivos a las indicaciones médicas sobre el control de la dieta y el consumo de alcohol y tabaco. El rechazo a este tipo de pautas es generalizado y se agudiza en los más ancianos. Es habitual que no sigan las indicaciones acerca de las prácticas del ejercicio físico.

Hay una escasa sensibilidad de la mayor parte de la población gitana hacia el ejercicio físico y sus beneficios para la salud.

Convivencia hospitalaria

Suelen presentar mucha desconfianza hacia la higiene de los hospitales. En la cultura gitana juega un papel muy importante el concepto, o la percepción, de contaminación. En este sentido, suele causarles muchos problemas el hecho de tener que compartir habitación y cuarto de baño con personas desconocidas.

Es habitual que se nieguen a consumir la comida del hospital porque el concepto de contaminación del que hablamos anteriormente tiene especial incidencia en el

tema de la alimentación. Estas percepciones sobre la contaminación de los alimentos tienen importantes repercusiones en las estancias hospitalarias de los pacientes y lógicamente producen tensiones y problemas de comunicación. Muchas familias, ante la negativa de los enfermos a comer en los hospitales, optan por llevarles comida casera, con lo cual el tráfico de "comida clandestina" es habitual y motivo de tensiones.

Los pacientes ingresados suelen recibir muchas visitas, muy multitudinarias y de muy larga duración. Sin duda, se trata del tema más polémico en las relaciones de los pacientes gitanos con el resto de pacientes y con el personal sanitario. La familia directa del enfermo permanece en el hospital durante el día y la noche.

Los familiares y vecinos permanecen junto al enfermo en los espacios más próximos a él. Se trata de una auténtica obligación moral. Estas situaciones provocan tensiones y conflictos con el personal sanitario.

Embarazo, parto y salud infantil

Las parturientas gitanas suelen percibir de manera negativa la tendencia a hacerles compartir habitación de hospital con otras gitanas. Esta estrategia responde al arraigado prejuicio de considerar a los gitanos como un grupo homogéneo, cuando la realidad demuestra día a día lo contrario.

Suelen acudir a la sanidad privada para todo lo relacionado con el parto y el cuidado de los niños, las familias que tienen posibilidades económicas acuden al sistema privado en los procesos de embarazo, y de parto y también en la atención pediátrica; las familias consideran a los bebés una prioridad y la necesidad de asegurar su salud les conduce a demandar médicos privados, con los que sienten mayor confianza y seguridad. Las relaciones socio-afectivas y los vínculos personales con el pediatra son elementos claves en esta relación.

En el cuidado infantil suelen seguir las pautas que marca su tradición por ejemplo, en el cuidado de los bebés afloran cuestiones culturales que en ocasiones contravienen las pautas médicas. En caso de contradicción lo más habitual es que

las familias sigan las pautas tradicionales. Sin embargo, si el bebé tiene molestias del tipo que sea o su estado implica un mínimo riesgo se siguen con extremada diligencia las pautas del pediatra.

Pueden adoptar posturas de exigencia muy activa frente al personal sanitario cuando no están conformes con la atención médica que reciben los niños

En aquellos casos en que se percibe que los niños pueden estar corriendo ciertos riesgos derivados de algún tipo de práctica médica, se pueden producir situaciones de tensión, que pueden derivar en agresividad y violencia. Esta actitud de demanda activa puede derivar en exigencia agresiva cuando no es atendida.

TRADICIONES, CREENCIAS Y COSTUMBRES EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN LA POBLACIÓN BOLIVIANA

PARTO

Parto: Conjunto de fenómenos fisiológicos (activos y pasivos) cuyo objeto es la expulsión de un feto con un peso mayor de 500 g a través de los genitales femeninos (20 semanas aproximadamente).

Parto a término: el que se produce entre las 37 y 41 semanas completas de amenorrea. **Parto pos termino:** el parto que se produce entre la semana 42 o más tarde.

Parto pre termino: el que se produce antes de las 37 semanas.

Conocimientos Básicos en la atención de un parto: Conocimiento estricto de la asepsia y antisepsia, responsabilidad y capacidad para asistir partos y manejo conservador para obtener el mayor número de partos espontáneos. Conducta al inicio del parto.- Examen minucioso y completo de la parturienta. Examen físico general, temperatura, hidratación, pulso y presión arterial. Examen obstétrico.

Periodos del trabajo de parto

1. Borramiento y dilatación del cuello uterino
2. Expulsión del feto
3. Salida de los anexos fetales (placenta y membranas.)= Periodo placentario o de alumbramiento.

4“Fenómenos activos” son las contracciones y los pujos producidos en el parto.

“Fenómenos pasivos” son los efectos que los anteriores tienen sobre el canal del parto y el feto.

Atención prenatal y Atención Domiciliaria

Atención prenatal. Asistencia sanitaria prestada a la madre y al feto antes del parto.

Atención domiciliaria. Servicio sanitario facilitado en el lugar de residencia del paciente para promover, mantener o restaurar la salud o reducir al mínimo los efectos de la enfermedad y de la incapacidad. Estos servicios pueden incluir atención médica, dental y de enfermería, tratamiento y fisioterápico, servicios de cuidados del hogar o de provisión de transporte.

Tipos de parto

· **Parto abdominal.** Nacimiento de un niño a través de una incisión quirúrgica practicada en el abdomen. El método utilizado puede ser cualquiera de los diversos tipos de cesárea.

· **Parto activo.** Desarrollo normal del proceso del parto, con contracciones uterinas, dilatación del cuello y descenso del feto al canal del parto.

· **Parto artificial.** Parto inducido, como el provocado con fármacos o ayudas mecánicas.

- **Parto complicado.** Todo parto complicado por una desviación del procedimiento normal.

- **Parto con fórceps.** Intervención obstétrica en la que se utilizan instrumentos para extraer al feto. Se realiza para solventar distocias o acelerar partos en los que existe sufrimiento fetal o, lo que es más frecuente, para acortar un parto normal. Algunos tipos de partos con fórceps son: fórceps alto, fórceps bajo y fórceps medio.

- **Parto con padre como preparador.** Método de preparación psicofísica para el parto, comprende la educación sobre la fisiología del parto, sobre ejercicios y nutrición durante el embarazo y técnicas de respiración y relajación para el control y el bienestar durante el parto. El padre participa ampliamente en las clases y actúa como el

"entrenador" de la madre durante el parto. Ayuda a la madre a relajarse recordándole repetidamente que relaje diferentes partes del cuerpo, masajeándola y tocándola de la forma que él sabe la relaja y arreglando las almohadas para mantenerla en una posición semisentada. Durante las contracciones, ella respira profunda y lentamente, tomando el aire por la nariz y expulsándolo por la boca. Cuando nace el niño, con la madre todavía en posición semisentada, se le coloca sobre su abdomen y se le amamanta tan pronto como él o ella quieran. La madre toma un vaso de zumo de naranja y a menudo regresa andando a su habitación con el padre y el niño.

- **Parto de feto muerto.** Nacimiento de un feto que murió antes o durante el parto.

- **Parto de feto vivo.** Nacimiento de un lactante independientemente de la duración de la gestación, que muestre cualquier signo de vida, como respiración, latido cardíaco, pulso umbilical o movimientos de los músculos voluntarios.

· **Parto podálico.** Presentación de nalgas es aquella en la que el polo pélvico o caudal del feto se relaciona con el estrecho superior de la pelvis materna y el polo cefálico se ubica en el fondo del útero. Se le denomina también presentación pélvica, durante el parto sale los pies o rodillas es considerada complicada.

· **Parto detenido.** Interrupción del proceso del parto que puede deberse a una obstrucción pélvica o a falta de contracciones uterinas.

· **Parto espontáneo.** Nacimiento vaginal que se produce sin la ayuda mecánica de fórceps obstétricos o de ventosas.

· **Parto falso.** Contracción de Braxton Hicks. Contracción irregular del útero de la embarazada que comienza en el primer trimestre y aumenta de frecuencia, duración e intensidad a medida que progresa el embarazo.

Cuando la gestación está próxima al término, estas contracciones son tan fuertes que con frecuencia son difíciles de diferenciar de las contracciones del parto verdadero.

· **Parto precipitado.** Nacimiento que se produce a tal velocidad o en una situación tal que no se pueden hacer los preparativos habituales.

· **Parto prematuro.** Parto que se produce antes de lo normal, ya sea antes de que el feto haya alcanzado los 2.000 a 2.500 g o antes de la 37 a 38 semanas de gestación. No existe una medida única del peso fetal o de la edad gestacional que se utilice universalmente para considerar un nacimiento como prematuro; la política local o institucional dictará cuáles de las distintas normas se aplicarán.

· **Parto prodrómico.** Período inicial del parto antes de que las contracciones uterinas sean enérgicas y lo suficientemente frecuentes como para provocar la dilatación progresiva del cuello uterino.

· **Parto repentino.** Nacimiento que se produce de forma accidental o precipitada, dentro o fuera del hospital, sin la adecuada preparación técnica ni obstétrica. Los signos y síntomas de un parto inminente son: pérdida sanguínea creciente, contracciones frecuentes y fuertes, deseo por parte de la madre de agacharse, como si tuviera ganas de defecar, abombamiento visible de la bolsa de aguas o coronación de la cabeza del niño en el introito vaginal.

PARTO INSTITUCIONAL. El parto institucional está comprendido por el Parto en servicio y por el parto en domicilio atendido por personal de salud.

PARTO DOMICILIARIO

El parto domiciliario es aquel parto atendido por una partera o familiar ajena al servicio de salud.

Partera

1. (en sentido tradicional) persona (del sexo femenino) que ayuda a la mujer en el parto. 2. (según la International Confederación Of. Midwives, la Organización Mundial de la Salud y la Federación Of. Internacional Gynecologists and Obstetritians) persona que, habiendo asistido a un programa de formación para matronas reconocido por el país donde se localiza, ha completado con éxito los estudios de matrona y cumple los requisitos necesarios para registrarse y/o licenciarse legalmente para ejercer como matrona. Entre las responsabilidades de la matrona están la supervisión del embarazo, el parto y el puerperio. La matrona puede dirigir un parto de forma independiente. 3. matrona lega o comadrona. 4. en EE.UU., enfermera matrona certificada.

El parto en la cultura de los Andes

Las ideas de la mujer andina sobre la gestación, por ejemplo, pueden llevar a las madres a diagnosticar el estado y el sexo de su bebé a partir de sus movimientos, y a las parteras a administrar pociones o intervenir directamente con sus manos para palpar o reposicionar una imagen cultural del feto dentro del cuerpo de la

madre. Otras ideas, expresadas mediante el rito y la invocación, pueden indicar un conjunto de correspondencias ensambladas que sitúan a la madre como microcosmos en relación a procesos espacio temporales más amplios de gestación y transformación. Según algunos expertos, en la cultura andina “se rechaza la división mente-cuerpo que está en la base de la obstetricia biomédica quien sostiene que una sociología comparativa del parto requiere un estudio de las relaciones entre los sistemas de significación, el comportamiento social y el estado fisiológico, también aboga por mayores investigaciones sobre las asociaciones que pueden existir entre los tipos de sostén psicológico, que se dan en distintas sociedades, y la función uterina.”

El concepto "sostén psicológico" debe tomarse en un sentido amplio, en cuanto las ideas que mueven los cuerpos culturalmente contruidos, también pueden expresar el miedo y la ansiedad de las parturientas sobre el dolor y la mortalidad. Las soluciones etno-obstétricas raras veces intentan justificarse en términos de la minimización del riesgo, tal como se plantea por la obstetricia biomédica. Más bien se enfatiza la inevitable proximidad entre la vida y la muerte. “En los Andes, esto puede conducir a un énfasis sobre las características agresivas y peligrosas del feto, con el que la mujer debe luchar, a riesgo de su vida, para poder expulsarlo durante el parto. Al mismo tiempo, el nacimiento del individuo se relaciona con un cataclismo mito-histórico que habría estado en los orígenes de la misma sociedad. Las almas ancestrales precristianas son pensadas como pequeños diablos gentiles, que moran dentro de la tierra (*ukhu pacha*) y deben entrar en los vientres de las mujeres para dar vida y energía a los embriones humanos en gestación. De tal modo, los antepasados paganos se reencarnan como bebés cristianos, proceso que se percibe como análogo a la conversión religiosa de la sociedad andina en el siglo XVI. La gestación del feto adquiere, de esta manera, asociaciones cósmicas. ¿Por qué este paralelismo entre los procesos mito-históricos e individuales de gestación, transformación y renacimiento?, ¿entre la dinámica de las épocas históricas y la producción cotidiana de nuevas personas?”

“La misma analogía entre el parto humano y una transición mito-histórica se da en los Andes. Según un mito ampliamente difundido, el tránsito desde la edad de los

antepasados lunares o *chullpa*, a la edad del sol inca y cristiano” fue un acontecimiento traumático en cuanto que el sol naciente disecó a los antepasados, convirtiéndolos en momias, y sus casas en las tumbas funerarias que aún se agrupan en diferentes partes del paisaje alto andino.”

Embarazo, enfermedad y muerte

Los procedimientos y las creencias respecto al parto deben entenderse como el fruto de un proceso secular de ajuste reflexivo, auto modernización activa e intervención política. De hecho, existen nuevos esfuerzos por negociar y acomodarse en relación a las actuales políticas de salud reproductiva, que emanan de los puestos médicos locales y de los hospitales. Estas políticas están transformando prácticas específicas sin disolver, hasta ahora, ciertas premisas básicas de las aproximaciones andinas al parto, premisas que en el siguiente análisis se ponen de manifiesto.

Las políticas de salud reproductiva han desplazado la atención prioritaria desde la madre hacia el bebé, de una manera a menudo perjudicial para las mujeres. En la cultura andina, la muerte de un bebé es motivo de lágrimas y lamentaciones, pero no tiene ni remotamente el significado traumático de la muerte de la madre, quien normalmente es un miembro en plenas funciones dentro de la sociedad local. De ahí que en la cultura se hace énfasis sobre las ideas y prácticas referentes a la enfermedad perinatal y la muerte.

Un problema relacionado con esta preocupación fue hasta dónde era lícito decir que cada mujer ejercía una agencia en el manejo de su propio parto. Los enfoques estadísticos y de reducción de riesgos han conducido a una situación donde ha llegado a ser muy difícil, en la biomedicina metropolitana, reconocer un parto normal, salvo retrospectivamente. Esto se vincula con el desarrollo de la obstetricia médica y la hospitalización del acto de parir en las sociedades occidentales, y condujo a preguntarse qué podría considerarse un parto normal en la cultura andina. “Se observa que éste era un parto doméstico, donde la madre era atendida, principalmente, por su marido e hijos: los más jóvenes apartados

para que no se asustasen por los gritos de la madre, y los mayores haciendo hervir agua, preparando infusiones y buscando utensilios. Un parto normal es, pues, un asunto doméstico, íntimo, que concierne sobre todo a la unidad familiar en la cual está naciendo el bebé. Una pareja poco experimentada puede pedir ayuda, sobre todo para su primer hijo, a la madre del marido⁷ o a otra mujer local con experiencia, que resida cerca de la estancia de la parturienta. “En el caso de complicaciones, se buscará la ayuda de una partera especializada, que puede venir desde más lejos”

Además, la compañía de hombres que mascan coca mientras vigilan, también tranquiliza a la madre y la protege de los duendes predatorios (*q'ara wawas*: bebés desnudos), considerados una grave amenaza para la vida de las parturientas. “En un parto especialmente difícil, que fue acompañado por toda la comunidad reunida, sólo el fracaso de todos los otros recursos conducirían a que las parejas buscasen la ayuda de un sanitario del puesto médico local. Más aún, los grandes hospitales son muy temidos y evitados, como lugares siniestros donde las mujeres son descuartizadas.”

“Son seis las causas principales de mortalidad materna que se enfatizaron por los informantes: 1) mala posición del bebé; 2) retención de la placenta; 3) inversión del útero; 4) ataque por duendes comedores de sangre; 5) hemorragia post parto; 6) complicación posparto (*rekayra*).”

El segundo y el tercero de estos peligros están relacionados. La inversión del útero se vincula con la retención de la placenta, o sea, con el mal manejo de lo que la obstetricia occidental llama la tercera etapa del parto. El cuarto y el quinto también están asociados, porque se considera que los abortos y las placentas no bautizados se vuelven duendes, si no han sido enterrados o quemados cristianamente. Asociados con la pérdida de sangre posparto (*yawar apay*), estos duendes comen la sangre de las madres parturientas. Sin embargo, hay problemas con la definición de hemorragia, porque la gente reconoce que la cantidad de sangre perdida puede variar mucho de una madre a otra: nuestros adentros son de toda clase (*imaymana ukhuyuj kanchis*). Veremos que el complejo mundo imaginario de los duendes llega mucho más allá de la situación inmediata

del parto, alcanzando las profundidades de la tierra, y muy atrás en el tiempo, hacia el pasado colectivo. La sexta causa se refiere a peligros similares, que siguen asediando a la madre después del parto.

“Muchos peligros se originan en la naturaleza peculiarmente voraz que se atribuye al feto andino, y los peligros asociados de la placenta. El feto agresivo es una fuente de dolor, peligro y, a veces, muerte para su madre. Como ya he sugerido, no estaría de más hablar de la madre como si estuviese poseída por un pequeño diablo, que debe exorcizarse trayéndolo a la luz o vomitándolo para librarse o salvarse. Con el apoyo de los que la rodean, ella lucha por separarse de la criatura golosa y comedora de sangre que, junto con la placenta, se ha incrustado dentro de su vientre. Un largo proceso de desequilibrio interno se desarrolla con el aumento del calor y el estancamiento de la sangre, con los que se va hilando el cuerpo del bebé. Los retorcimientos violentos del útero deben llevarse a un punto culminante, si va a surgir la nueva vida de entre las garras de la muerte. ¿Por qué este énfasis en la agresión y voracidad del feto?

¿Cómo se entiende el desarrollo fetal, y cómo afecta este entendimiento al tratamiento del niño recién nacido?”

En las batallas sobre los linderos, los protagonistas son hombres, mientras que las mujeres se reúnen detrás de las líneas de la batalla, cantando y bailando para animar a sus guerreros, y preparando la comida para su retorno. Durante el parto, sin embargo, los papeles se invierten. La mujer se convierte en la protagonista de una batalla para expulsar el feto agresivo, y su marido debe adoptar un papel de apoyo, cuidado y comprensión (aunque en la práctica esto depende mucho de las relaciones entre la pareja). Tanto en las batallas sobre los linderos, como en las del parto, se derrama la sangre sobre la tierra, y es devorada por las fuentes del poder.

Las mujeres embarazadas son consideradas no sanas o enfermas. La raíz *unqu* significa desequilibrio corporal, y los extremos de calor o frío a veces se contrarrestan con medicinas del carácter opuesto para restaurar el balance humoral. Con el embarazo, sin embargo, el proceso de calentamiento se acentúa, porque sólo puede expulsarse el bulto de su cuerpo si se lleva el calor corporal de

la mujer a un estado polarizado de fiebre. *Unquy* se refiere, entonces, tanto al embarazo como al mismo parto. De ahí que se diga que una mujer embarazada (*usuta*, enferma), que experimenta demora o dificultad para iniciar el parto, es incapaz de enfermarse, y una falsa alarma se considera una situación donde la mujer sólo se pone bien otra vez. Las parteras, tanto hombres como mujeres, son aquellas que saben hacer que la mujer se enferme (es decir, que se ponga desequilibrada; *unquchij*), ayudando de esta manera a llevar el trabajo del parto a un clímax exitoso.

Ideas sobre la concepción

Varios discursos se combinan para expresar el embarazo y el parto, cuyo examen proporciona una ventana sobre la manera de imaginar y concebir el desarrollo fetal en la cultura andina. Como comúnmente sucede en los Andes, la fertilización se considera más probable durante la menstruación. La sangre menstrual es una parte principal de la contribución de la mujer a la sustancia fetal, y se dice que el feto es como una planta (*sach'a*), y como tal necesita humedad para crecer.

En la cultura andina, “el énfasis sobre la especificidad del cuerpo de cada mujer, y su comportamiento distintivo durante el proceso de embarazo y parto, contrasta fuertemente con los estandarizados modelos fisiológicos que son utilizados por la moderna obstetricia biomédica, y que presuponen una semejanza básica entre todos los cuerpos parturientas, sin diferenciación.” Esta idea también se invoca cuando las mujeres de Macha dicen que la fertilidad individual de cada una está vinculada con una *wirjina* (del castellano virgen), que patrocina y vive en la tierra de un campo cercano, cuyo nombre secreto sólo ella sabe, y a quien ofrece libaciones. El lenguaje de la sangre impregna todo el proceso de gestación y del parto. Para los Andes, se ha sostenido que sólo la mujer aporta sangre, mientras que el hombre da el espíritu o soplo. Esta idea aristotélica se contrapesa en la cultura andina por la distinción entre dos clases de sangre, la roja y la blanca. Se dice que, como la mujer, el hombre también tiene un útero (*makri*, del castellano madre), que es la sede de su semilla (*muju*); la infertilidad puede reflejar un fallo en el aparato reproductivo de cualquier miembro de la pareja. El semen del

hombre se considera una forma complementaria de sangre, que se combina con la sangre menstrual en el momento de la concepción. Se dice que la pérdida de sangre al final del embarazo conlleva la expulsión de sangre roja y blanca, y los grumos de sangre que se expulsan son considerados tanto masculinos como femeninos ("grumos grumas", como lo expresaba un hombre). La idea de un útero masculino tiene ciertos ecos de la covada (trabajo de parto masculino).

La menstruación es considerada también fértil debido a su asociación con el ciclo lunar. La luna, que como hemos visto existía antes de la salida del sol, durante el tiempo abundantemente fértil de los *chullpa* ancestrales, influye en el cuerpo de la mujer durante todo el embarazo, y el período de las lunas viejas y nuevas (*wañu* y *urt'a*) se considera como un período de fertilidad extrema o excesiva, porque se dice que en aquel momento el sol está cubriendo (teniendo relaciones sexuales) la luna.

Señales del embarazo:

"La primera señal del embarazo es la interrupción del ciclo menstrual, que se piensa como el bloqueo de la libre circulación de la sangre en el cuerpo de la mujer.

Los que saben leer el pulso (*llankhiris*) miran o leen la sangre de la madre; dicen poder escuchar su voz a través de las yemas de sus dedos. Al iniciarse el embarazo, esta voz es lenta y estancada (*lat'u*), e indica la formación de los grumos en medio de un calor creciente. Esto se acompaña con la aparición de pecas negras (*mirkha*) en la cara de la mujer, vómitos (*wijch'uy*), y los antojos (*mullphi*) por ciertas comidas, especialmente lo que comen los demás. En la cultura andina, tales antojos parecen reflejar la voracidad del feto adentro, y pueden dejar huellas sobre los hijos; si son muy intensos, incluso pueden dar lugar a un mal parto. Por ejemplo, contaron de un joven que había nacido a los siete meses, después de que su madre sintiera un antojo intenso por la oca (*Oxalis tuberosum*); sus ojos desarrollaron más tarde el color pardo de ese tubérculo." Los ojos de la madre también cambian, como se sabe en todo el mundo; pero los ojos de las mujeres andinas cambian de un modo especial. El blanco, se dice, crece

hasta ser más visible que el iris, formando un contraste que se conoce como ojos partidos (*allqa ñawi*). Ahora bien, el concepto de *allqa* se refiere a la relación mutuamente excluyente entre los opuestos, tales como el blanco y el negro, la noche y el día, el hombre y la mujer, etc. Conlleva la idea de contradicción o divergencia dinámica de una frontera impermeable, sea ésta espacial o temporal, pero no la de convergencia o unión complementaria.

“A los tres meses, el feto ya muestra su naturaleza. Primero, la madre piensa poder adivinar su sexo interpretando las sensaciones que se producen en ella por sus movimientos. Un macho se mueve aquí y allá, como un pescadito (*challwa*), que juega en nuestros estómagos; mientras que la hembra se mueve más suavemente como una nube apartándose (*phuyu*), o como las olitas en la orilla de un lago; porque las hembras no se solidifican tan completamente como los machos.” Así, el feto del macho se mueve como un pescadito plateado que se tuerce en un lago rojo de sangre femenina. Durante el embarazo la construcción social del género surge, por lo tanto, de la lectura que da la madre de sus propias sensaciones, que se interpretan como las señales de un comportamiento genérico incipiente. En otras palabras, ella misma construye (*performs*) el comportamiento genérico que se esperará del niño después de nacer, pretendiendo reconocerlo como un mensaje que emana de los movimientos espontáneos del feto. Luego, la dualidad genérica se construye como si fuera esencial, o sea, como algo inherente a las diferencias de desarrollo entre los fetos machos y hembras.

Más aún, se dice que tales diferencias pueden observarse concretamente en el caso de los fetos abortados a los tres meses. Hay abortos que se llevan a cabo secretamente por las jóvenes solteras, en las quebradas que marcan los límites de la comunidad, donde los fetos pueden enterrarse sin bautizar, sin sal y sin nombre. La hembra, se dice, emerge en grumos de sangre (*qulu*) que todavía no se han solidificado, mientras que el macho aparece a los tres meses como todo un hombrecito (*qharisitutapuni*). La atmósfera de proscripción legal y vigilancia policial, que rodea el aborto en la Bolivia rural, la convierte en un área especialmente sensible para la investigación. Sin embargo, la gente se asusta mortalmente de estos bichos pequeños, que se conocen como *q'ara wawas*

(bebés desnudos), *q'ara uñas* (críos desnudos-*uña* se usa comúnmente para designar a las crías de los animales) o duendes. Siguen creciendo en sus tumbas inquietas y salen en la noche, sobre todo en el período entre la luna llena y la nueva, momento en el que pueden verse bailando juntos, emitiendo una luz fantasmal (de ahí que también se les llame *nina k'ara*, fuego pulsante).

“La creencia en los *q'ara wawa* muestra claramente el carácter diabólico que se atribuye a los fetos. En la España del siglo XVI, los duendes fueron considerados los ángeles caídos que ocupaban las cavernas y los pozos y estaban a cargo de las minas y de la riqueza mineral. Una creencia similar en los duendes mineros existía en muchas otras partes de Europa. En los Andes, también se considera a los diablos como los dueños de la riqueza mineral. El aborto del feto revela, pues, su verdadera naturaleza como la reencarnación de un alma muerta pagana. De hecho, los seres peligrosos que cometen el *sajt'ay* o *sarchuwaqay* se llaman a veces explícitamente almas (aquí la palabra castellana ha reemplazado la voz quechua *supay*).” Se reconocen claramente los riesgos de soltar del vientre a este feto diabólico antes de tiempo. Su hambre es similar al hambre de las *huacas* ancestrales andinas y a la de los modernos diablos mineros que, si se les priva de sus ofrendas acostumbradas, comen _es decir, drenan de sustancia vital_ a los que han fallado en su deber de alimentarlos. Igualmente, el feto abortado intenta ser el caníbal de las parturientas, mientras revierte inexorablemente a su condición originaria de *chullpa* ancestral. Sólo si el feto puede seguir comiendo sangre dentro del vientre, el alma hambrienta del antepasado puede crecer hasta renacer, con la posibilidad de la conversión postnatal en un pequeño cristiano viviente.

Conociendo el momento

“Los exámenes prenatales se llevan a cabo por un masajista (*qaquri*), que también puede ser una partera o leedor de pulsos (*llankhin*). En este momento, el lenguaje de la sangre se escucha de nuevo. En la cultura andina, casi cualquier proceso puede representarse fonéticamente, aunque el movimiento de la sangre conlleva tal confusión de los sentidos que las sensaciones y los ruidos llegan a ser casi

indiferencia les. La onomatopeya andina permite escuchar las palabras dichas por la sangre. Un embarazo sano, que llega a su fin, es indicado por un pulso que dice ¡phuj! ¡Phuj! el mismo sonido que hacen tanto la chicha (cerveza de maíz) en fermentación (con la cual se compara el líquido amniótico), como la sopa espesa calentada con tres piedras, , que era una de las comidas preferidas de los *chullpa*. El parto inminente se oye como ¡thum! ¡Thum!; mientras uno vacilante y delicado ¡t'uj! dice al leedor de pulsos que el parto está lejos.”

La posición del bebé se revisa con un masaje suave, que ya habrá sido hecho por la propia mujer y su marido. En caso de mala posición, la partera, hombre o mujer, puede a veces enderezar al bebé. Untando sus manos con greda, coca mascada y mezclada con nuez moscada, (una raíz aromática), la partera masajea, suave pero firmemente, con el movimiento de hilar ya mencionado: ambas manos frotan en sentidos inversos en torno al ombligo axial. Si la cabeza debe dirigirse hacia el cuello del útero; del castellano trecho), se usa un movimiento convergente, desde las costillas hacia el cuello debajo del ombligo, que se toma como el centro del cuerpo. Alternativamente, la mujer puede ser colocada en un poncho, que se sacude y se tira con movimientos precisos, e incluso puede ser lanzada al aire tres veces por dos o cuatro hombres, que agarran las esquinas del poncho; en castellano, mantear). También se le puede hacer bailar), saltando, bajo la dirección de la partera, para reposicionar el bulto pesado en su interior. Si bien se supone que el momento más probable para el inicio del parto se da entre la luna llena y la nueva, existe, sin embargo, algún desacuerdo sobre el número de meses del embarazo. Se cree que las niñas requieren menos tiempo que los niños, quienes deben hacer cuajar más sustancia muscular y huesuda. De ahí que las niñas puedan nacer a los ocho meses y los niños a los nueve o incluso diez, aunque hay incertidumbre sobre qué calendario debe usarse.

Preparando el parto

Cuando el líquido amniótico cae al suelo, la mujer se viste con un viejo vestido y se peina cuidadosamente mientras yace, esperando, con un fajín (tal como se

lleva por los guerreros en las batallas) enrollado a la cintura, que se apretará inmediatamente después del parto para evitar que la placenta la asfixie al flotar hacia arriba dentro de su cuerpo, buscando al bebé.

“Tanto en las consultas prenatales como durante el propio parto, la situación de la mujer se relaciona ritualmente con su contexto cósmico más amplio. Se echan las libaciones en las esquinas de la casa para las glorias (o rayos). Se establecen correspondencias armoniosas entre el vientre de la mujer como una cueva dentro de la tierra, fuente del crecimiento y del nacimiento, como también con el mundo superior, fuente de la luz y del orden cristianos, que se refractan en los cristales del nacimiento utilizados en la construcción de las ofrendas rituales (llamadas mesas).

Al hacer del cuerpo de la madre el centro de un conjunto de dimensiones correspondientes, se establecen las condiciones geománticas necesarias para un nacimiento seguro.”

Algunos problemas pueden corregirse analógicamente al invertir el origen de la dificultad. Estos pueden haberse ocasionado por las correspondencias negativas, producto de la negligencia. Por ejemplo, si la mujer hila durante el embarazo, el cordón puede enredarse alrededor del cuello del feto; tejer a pleno sol puede tostar la placenta, haciendo que se pegue a la pared uterina; alzar una carga sobre la espalda puede torcer el cuerpo, (palabra también usada para las contracciones), dejando al bebé en mala posición. La ceremonia de romper el hilo es una técnica para rectificar el daño. El cuerpo de la paciente se envuelve con un hilo de lana de llama, plegado a la izquierda, que después se rompe para soltar la maraña u obstrucción adentro. es otro rito de inversión (vuelta, retorno), en el cual se sacrifica una oveja y se ofrece la sangre al rayo (gloria), mientras que el cuerpo de la paciente (en este caso, la parturienta) se frota con fetos de camélido (*sullu*) para absorber la desgracia, y luego se reducen a cenizas que se dejan recogidas en un envoltorio al lado del camino, donde el mal puede pasar a un caminante demasiado curioso.

“Para ayudar al parto, el proceso de cocción dentro de la mujer se acentúa por la administración de infusiones (*mat'i*), por fumigación y por vaporización. Los humos

calientes envuelven su cuerpo por dentro y por fuera, ayudando a inducir las contracciones. Una receta de fumigación consiste en hojas tostadas del árbol siempre verde llamado molle, muy utilizado en los ritos públicos para propiciar la vida y la reproducción, cuyo humo picante le resulta molesto al feto y lo hace salir rápidamente: la imagen sugiere una técnica para sacar a un animal silvestre o a un enjambre de abejas de su nido o refugio. Las infusiones pueden prepararse con manzanilla, romero u otras hierbas propiamente andinas (especialmente las hierbas etno-oxitócicas *kancha lawa*, *wallik'iya* y *alusima*), junto con miel de abejas tropicales sin aguijón y de avispas, todo hervido en alcohol de uvas (*singani*) o melaza." Se adoptan varias posiciones para dar a luz: acucillada, sentada, de pie (con el apoyo de los presentes), agarrada del lado del catre (si se da a luz a solas), sobre cuatro patas. El marido puede apoyar a su mujer, tomándola por la cintura desde atrás, con una partera o una pariente sentada delante para recibir el bebé; si el nacimiento se ha realizado dentro de la familia, la partera a veces puede entrar después del parto para levantar el bebé y dar cuidado postnatal a la madre. Pero se considera absurdo dar a luz echada sobre las espaldas en posición supina. Esta actitud concuerda con las críticas de la práctica biomédica corriente por las feministas, e incluso desde dentro de la misma profesión obstétrica."

Tratamiento postnatal del bebé

a) *Cortando el cordón.* Inmediatamente después de la expulsión del bebé, mientras aún yace en el suelo o sobre una frazada, la partera rápidamente aprieta el fajín alrededor de la cintura de la mujer para evitar que la placenta flote, salte o se alce dentro del cuerpo en busca del bebé perdido, llegando así a asfixiar a la madre. Sólo entonces se corta el cordón con un tiesto, a veces recogido del suelo fuera de la casa en ese instante. Los tientos también se asocian con los restos arqueológicos del tiempo de las chullpas.

El cordón se ata del lado del bebé con hilo (*ilu*). Esta parte se va a secar y caer dentro de una semana, y puede usarse en forma de polvo como un remedio para

la malaria. El cuidado prioritario que se da a la madre confirma la preocupación que se siente por su seguridad, por encima de la del bebé.

b) *El vientre masculino hecho de andrajos.* Los andrajos, como tejidos deshechos, son inevitablemente significativos en los Andes. Después de nacer, se recoge y se limpia la sangre y la viscosidad con andrajos que se sacan de unos pantalones de bayeta (calzonas; hechos de tejido casero), pertenecientes al padre, que se rompen en ese preciso instante. La palabra aymará para estos andrajos, *q'usuyllu* o *q'uchayllu*, también se refiere a los andrajos teñidos de añil (que se dicen negros, aunque son azul oscuro), con los que se amarran las piernas y los pies de la madre cuando, por primera vez, se levanta y sale al aire libre. En ambos casos, los andrajos sellan la piel, bloqueando el peligro de nuevos derrames de sangre a través de las superficies aún permeables (especialmente las de los pies) de la madre y del bebé. Pero en el caso de los andrajos del padre, la práctica parece relacionarse con la creencia en un útero paterno. Al igual que el bebé se ha nutrido en el vientre de la madre como un pedazo coagulado de tejido sangriento y caliente, así ahora se coloca dentro de un vientre paterno igualmente andrajoso. Estos andrajos constituyen un paso intermedio entre los grumos torcidos de sangre, que hilaron el cuerpo del feto, y su vestimenta social, tejida de fibra de animal domesticado, con la cual se va a envolver en la sociedad andina cristiana. La práctica tiene resonancias de la covada que necesitan ser comentadas.

c) *Del canibalismo fetal a la lactancia.* Renacido del vientre de andrajos paterno, el bebé aún tiene huellas de sangre, que luego se lavan en una fuente de orina espumosa proporcionada por todos los adultos presentes. La orina es un antiséptico que sale por los orificios inferiores del cuerpo, igual que la sangre reproductiva.⁶⁵ Neutraliza y limpia al bebé en un baño amarillo y salado, que constituye un bautismo tónico, anterior al bautismo cristiano de sal blanca con agua, que se administrará pocos días después.

d) *Envolviendo al guerrero y a la pastora.* Después de lavado, se envuelve al bebé en pañales y luego en una honda, un artefacto hecho de tejido denso, con un diseño simétrico de blanco y negro, cuyo simbolismo durante las batallas sobre los linderos se vincula con la idea de *allqa*. Envolviéndolo en una honda, el niño será un buen guerrero, y puede añadirse una piedrita, colocada en su pequeño puño, con la cual cargar la honda y darle una mano de piedra (un nombre que también se da a los líderes guerreros en los Andes). Si el bebé es una niña, se busca garantizar con la honda su habilidad como pastora. Nuevamente, la propiedad masculina de la tierra y los barbechos, heredados patrilinealmente, se vincula con la capacidad de los hombres de proteger las fronteras territoriales; mientras que las niñas y las mujeres se vinculan con los animales que formarán parte de su dote y darán la lana con la cual tejerán la piel social de sus familias.

El cuidado postnatal de la madre

Después del nacimiento, la madre se lava con agua caliente, y se le da un caldo de huesos también caliente. Pueden administrarse infusiones de una hierba con hojas afiladas (*siwinqa*; una variedad de cortadera) para hacer cortes internos y asegurar que toda la sangre salga; mientras que la resina de *q'uwa* ayuda a congelar un brote excesivo de sangre, que podría atraer la atención fatal de los duendes. La administración de hollín (*qhisima*), picante y negro, también ayuda a contener el flujo excesivo de sangre. La madre, aunque ya se ha librado del bebé, está aún en un estado muy vulnerable. Cuando quiere lavarse las manos, debe hacerlo con agua donde se ha puesto a remojo el chuño (papa disecada) que elimina la calidad fresca del agua pura. El chuño es caliente, y se dice que la mujer debe evitar toda comida fresca, como por ejemplo la papa y la carne de llama y cabra. Hay algo muy claro, y es que, cuando la mujer sale al aire libre por primera vez, sigue estando bajo el riesgo de los duendes. Aún está abierta y, por lo tanto, sujeta a la amenaza del frío; así, un viento *chullpa* podría soplar hacia sus adentros y provocarle la enfermedad de los *chullpa* (*chullpa unquy*), una sensación de debilidad y fatiga que paraliza a la víctima. El retorno de la mujer al equilibrio

humoral debe lograrse paulatinamente, mediante una dieta cuidadosa y nutritiva que, en un inicio, excluye las comidas frescas.

Antes de salir de casa, la mujer debe amarrarse los pies con andrajos teñidos, sacados de un viejo vestido. Se trata de los harapos negros, teñidos de añil, ya mencionados, y que deben distinguirse del *q'uchayllu* sacado de los pantalones del padre. Puesto que la madre post parto es susceptible de desangrarse por los pies (igual que el bebé, durante el resto de su vida, si no se lava con orina amarilla), debe amarrarse bien las piernas, desde la pantorrilla para abajo, y frotarse el puente del pie con grasa de gallina y romero, asegurando la pomada en continuo contacto con los andrajos.

Cuidados con adecuación
cultural

Maternidades seguras y centradas en la familia con enfoque intercultural

UNICEF promueve la incorporación de la perspectiva intercultural en las prácticas cotidianas del personal de los servicios de salud, para contribuir así a la aplicación efectiva del enfoque de derechos en el campo de la salud, principalmente en los contextos interétnicos que son característicos de muchas provincias argentinas. Una perspectiva intercultural en las maternidades implica reconocer la existencia de embarazadas, madres y familias que son portadoras de culturas diferentes a la cultura argentina o criolla, sea porque pertenecen a pueblos indígenas preexistentes al Estado argentino o son familias provenientes de países vecinos como Bolivia, con origen en los pueblos Quechua, Aymara o Guarani y migrantes en general.

La participación activa de los integrantes de estas comunidades permitirá la educación cultural y mejorar la calidad del servicio brindado por la institución, de tal manera que se respete la identidad, la cultura, la lengua, la religión, la nacionalidad, color de piel o nivel socioeconómico de la futura madre y su familia.

Un servicio de salud amigable culturalmente es aquel en el que se reconoce que el equipo de salud de la maternidad comprende y respeta la cosmovisión de las madres y familias, sus creencias respecto de la maternidad, el parto y puerperio, la salud y la enfermedad, la vida y la muerte. La enfermedad, el nacimiento, la vida y la muerte son experiencias universales de la especie humana, pero las distintas culturas moldean y establecen distintas formas de comprender estos fenómenos según su propia cosmovisión o forma de ver el mundo.

Cultura, es aquel conocimiento constituido de un pueblo o sociedad, que se manifiesta en la forma en que sus miembros viven, producen y comprenden las relaciones entre sí y con el entorno, el ambiente y la naturaleza. Incluye los bienes materiales, simbólicos, normativos, sagrados y artísticos. La cultura se reproduce y transmite a lo largo del tiempo, se transforma y comparte entre los miembros de una sociedad o grupo, se la vive y se construye familiar y colectivamente.

Maternidades seguras y centradas en la familia con enfoque intercultural

UNICEF promueve la incorporación de la perspectiva intercultural en las prácticas cotidianas del personal de los servicios de salud, para contribuir así a la aplicación efectiva del enfoque de derechos en el campo de la salud, principalmente en los contextos interétnicos que son característicos de muchas provincias argentinas. Una perspectiva intercultural en las maternidades implica reconocer la existencia de embarazadas, madres y familias que son portadoras de culturas diferentes a la cultura argentina o criolla, sea porque pertenecen a pueblos indígenas preexistentes al Estado argentino o son familias provenientes de países vecinos como Bolivia, con origen en los pueblos Quechua, Aymara o Guaraní y migrantes en general.

La participación activa de los integrantes de estas comunidades permitirá la adecuación cultural y mejorar la calidad del servicio brindado por la institución, de tal forma que sea amigable a sus usuarias sin importar el origen étnico, nacionalidad, color de piel o nivel socioeconómico de la futura madre y su familia.

Un servicio de salud amigable significa, entre otras cosas, que el equipo de salud de la maternidad comprenda y respete la cultura y cosmovisión de las madres y familias, sus creencias respecto de la maternidad, el parto y puerperio, la salud y la enfermedad, la vida y la muerte. La enfermedad, el nacimiento, la vida y la muerte son experiencias universales de la especie humana, pero las distintas culturas moldean y establecen distintas formas de comprender estos fenómenos según su propia cosmovisión o forma de ver el mundo.

Cultura, es aquel conocimiento constitutivo de un pueblo o sociedad, que se manifiesta en la forma en que sus miembros viven, producen y comprenden las relaciones entre sí y con el entorno, el ambiente y la naturaleza. Incluye los bienes materiales, simbólicos, normativos, espirituales y artísticos. La cultura se reproduce y transmite a lo largo del tiempo, se transforma y comparte entre los miembros de una sociedad o grupo en tanto se construye familiar y colectivamente.

La *cosmovisión* por su parte, es la manera que tienen las culturas o pueblos de interpretar el mundo y sus relaciones, incluyendo los vínculos que establecen las personas para cuidar o restablecer su salud. Por ejemplo, para los pueblos andinos, a los que pertenecen muchas embarazadas y migrantes de la Argentina, y países vecinos como Bolivia y Perú, la posición vertical durante el parto es la forma ancestral de parir.

Los servicios de salud y hospitales en general fueron creados haciendo eje y foco en el desempeño del equipo de salud, los procedimientos terapéuticos y la bioseguridad, sin atender las necesidades subjetivas de las personas y sus familias. El enfoque intercultural permite superar esta funcionalidad exclusivamente biomédica de las maternidades, e incorporar una visión de intercambio horizontal en términos de equidad. Se trata de un proceso dinámico de relación y aprendizaje entre personas, grupos, prácticas y conocimientos, que busca el desarrollo de nuevos espacios de intercambio y de generación de cultura al interior de las maternidades.

Miguel Larguía (2012), en su libro *Maternidad*, hace referencia a la definición del autor Walsh C., *Propuestas para el tratamiento de la interculturalidad en educación*, donde dice *“El término interculturalidad intenta terminar con la desigualdad entre una cultura dominante y una dominada, construyendo una convivencia de respeto, intercambio y diálogo. Busca articular las diferencias, no eliminarlas: aspira a fomentar la unidad de la diversidad”* (p.30).

Otra definición que cita el autor antes mencionado en ese mismo libro es la de Oyarce A. (1996), *Reflexiones para una política intercultural en salud* *“La interculturalidad en salud es una práctica democratizadora, que implica la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional”* (p.30)².

² A. Miguel Larguía, *Maternidad: segura y centrada en la familia con enfoque intercultural*, Segunda Edición. Buenos Aires, 2012.

ENFERMERÍA RELACIÓN TRANSCULTURAL

La cultura juega un rol importante en la salud de las personas ya que es modeladora de sus formas de vida.

Conocer los significados del cuidado desde la perspectiva transcultural de la enfermera con el propósito de incentivar a la reflexión acerca del cuidado que brindan los centros de salud, es sembrar conciencia cultural en la atención y también brindar una alternativa para incrementar la participación activa de la madre como forma de contribuir con uno de los principales objetivos del componente.

La Argentina se caracteriza por su gran diversidad cultural que se originó en las diferentes oleadas de inmigrantes de países limítrofes, Europa, Asia y otros. Por esta razón es de interés abordar lo transcultural relacionado con enfermería.

Los profesionales de la salud, desarrollan su quehacer profesional, es decir, brindar cuidado en los diferentes niveles de atención, donde es común observar una focalización del aspecto biológico, es decir en la conservación o restauración de la salud física de los usuarios o pacientes, dejando de lado los otros aspectos como el social, el cultural y el psicológico, que contemplan el ser humano en su totalidad.

Por otro lado, se señala que generalmente no existe en el profesional de la salud un cabal aceptación de los saberes no emanados de su formación académica, y sin propósito, promueven un conflicto ciencia-cultura popular, que muchas veces conllevan a menospreciar los saberes tradicionales, fomentando de esta manera atenciones en los que durante el ejercicio de la profesión, el enfermero se enfrenta día a día a situaciones que ponen a prueba su capacidad de conjugar sus conocimientos con los aspectos culturales del paciente, de manera que no solo debe afrontar el ejercicio profesional con actitud paternalista – el saber del profesional es el mejor-, sino que le es necesario aprender también de esa fuente inagotable de saberes que emanan de la población.

En este sentido, Leininger (1998) refiere que el aspecto transcultural del cuidado cobra importancia en tanto que cada cultura requiere tipos de atenciones que varían según los distintos significados de lo que es cuidar, de los diversos tipos de prácticas y creencias que sobre la salud y enfermedad se tengan.

Cabe mencionar que una de las áreas donde se evidencian diferentes concepciones del proceso salud y enfermedad, es la salud materno – infantil. Es así que específicamente en el actual Componente de Crecimiento y Desarrollo del Área Salud del Niño, las usuarias o madres tiene un importante protagonismo en el cuidado de sus niños, donde sus prácticas se ven influidas por su saber o cultura popular.

Es por ello que allí donde coexiste relaciones culturalmente heterogéneas, se hace necesario durante la atención considerar la perspectiva transcultural del cuidado, alternativa que permite dar un sesgo humanístico a la esencia de la profesión, fomentar el descubrimiento de las perspectivas culturales de cada una de las personas y su consideración cuando se les brinda atención.

-Lo más importante es detectar alguna alteración en el examen físico del niño.

-A veces hay mamás que no quieren aceptar consejos.

-Generalmente es un poco difícil tratar a las mamás que proceden del interior otro país.

-Con las mamás que tienen costumbres muy arraigadas, casi no se logra nada.

Estas manifestaciones evidencian las percepciones y muestran posibles actitudes o perspectivas de las enfermeras de los consultorios o guardias de servicios de salud. De esta situación emergen interrogantes tales como:

¿Las enfermeras conocerán la diversidad cultural de la población que atienden?

¿Consideran las enfermeras el aspecto cultural durante el cuidado que brindan al paciente en el primer nivel de atención?

DEFINICION DEL CUIDADO

El termino es polisémico, existen múltiples connotación del verbo cuidar, en los diccionarios lo definen como poner atención y esmero en una cosa, atender, velar, mimar, esmerarse. El verbo cuidar específicamente asume la connotación de causar inquietud, entregar la atención. Para enfermería, según Mayeroff (1994), tiene un significado mucho más amplio y se refiere básicamente al aspecto humano, así se define el cuidado como*ayudar al otro a crecer y a realizarse como persona, es una manera de relacionarse con alguien que implica desarrollo*

El cuidado, menciona Boff (1999), es uno de temas centrales en enfermería y aunque este ha tenido diferentes y numerosos significados como se ha señalado anteriormente, en la disciplina posee como tema común su carácter de interacción con el otro u otra.

Ello implica por un lado, un modo de ser mediante el que la persona sale de si y se centra en el otro con desvelo y solicitud. Por otro lado, al asistir a la persona sana como al portador de determinada enfermedad, es primordial conocer su realidad objetiva y subjetiva; ello exige conocimientos, experiencias y la utilización de métodos propios de enfermería, además de una actitud amorosa hacia la profesión.

Es así que dentro del ejercicio profesional, el cuidado no es una mera técnica, sino fundamentalmente, un arte. La relación entre el arte y técnica tampoco debe comprender de forma excluyente pues, como dijo Hipócrates, el arte de cuidar precisa unos adecuados conocimientos de tipo psicológico, anatómico, antropológico e inclusive de tipo cultural y religioso, y además de estos conocimientos precisan un conjunto de factores que convierten este ejercicio en un arte y jamás en una ciencia exacta.

CULTURA: DIVERSIDAD, CONTACTO Y SU INFLUENCIA EN EL CUIDADO

La cultura es entendida según Lowie (1995), como el conjunto de tradiciones y estilos de vida socialmente adquiridos, de los miembros de una sociedad,

incluyendo sus modos pautados y repetitivos de pensar, sentir y actuar, que influye en las personas durante toda su vida; ella se reconstruye y se esfuerza permanentemente en relación con los otros así como en los procesos de construcción de identidad, que permiten al ser humano vivir en sociedad.

Así, el ser humano es un ser cultural, es decir, crea cultura, consume cultura, se expresa mediante instrumentos culturales, se comunica utilizando la red de símbolos de la cultura donde está ubicado. Es en todos los sentidos, un ser cultural; pero la cultura como la sociedad, como la naturaleza, no es absoluta ni perfecta, es siempre la producción del ser humano y el ser humano es vulnerable.

Según la teoría evolutiva, la cultura de una sociedad tiende a ser similar en muchos aspectos de una generación a otra; y esta continuidad de la cultura desde un inicio hasta nuestros días se mantiene como el proceso llamado endoculturación. La endocultura es una experiencia de aprendizaje parcialmente consciente del hecho de actuar diferente, viven según modos inadecuados.

En este sentido, es importante considerar el contacto cultural que se produce en forma diaria en nuestra realidad y que muchas veces provocan modificaciones, intercambio y adopción de elementos y patrones culturales en todos los grupos que están en relación; es lo que se denomina proceso de aculturación.

El proceso de aculturación no funciona del mismo modo, ni con la misma intensidad en todas las culturas, y esta puede presentarse de formas distintas como son la asimilación, es decir el abandono de la identidad de origen tomando como propia la identidad del lugar de acogida; la integración, en la que se mantiene lo más significativo de su identidad de origen pero el individuo o grupo adquiere aquellos elementos de la identidad de acogida que le permite vivir mejor en la sociedad de destino; la segregación o el rechazo total a la identidad de acogida refugiándose en la identidad de origen y la marginalización, es decir cuando la persona se ve distanciada cada vez más de la identidad de origen pero también del lugar de acogida (Mauss, 1995). Así mismo lo es también la resistencia que la persona y los grupos ofrecen a la aculturación, y esta resistencia

es lógica ya todos somos en culturados en nuestra propia cultura y son los mecanismos de etnocentrismo, de protección cultural, los que hacen que consideremos a nuestra cultura como la correcta y que está por encima de las demás.

Estos mecanismos de reacción a la aculturación pueden ser de adaptación, cuando la persona intenta cambiar adaptándose al nuevo contexto pero sin perder lo que es significativo para ella; de rechazo, cuando lo que se pretende es el entorno cambie y sea este el que se adapte a nosotros y, finalmente, el mecanismo de aislamiento, cuando el individuo se escapa de las presiones resultantes del contacto cultural, es decir, se margina.

La enfermería, al tomar conciencia del enorme papel de desempeña, que es del cuidar al ser humano como su cultura, busca explicaciones en otras disciplinas e intenta incorporar ciencias humanas como la antropología en el cuidado de enfermería. Es así que se considera a la antropología como una alternativa de análisis que proporciona una serie de pautas tales como el relativismo cultural y el profunde respeto a la diversidad.

EL CUIDADO CON PERSPECTIVA TRANSCULTURAL

La enfermería, en el rápido mundo actual, no puede estar ajena a estos cambios; su compromiso social para cuidar a las personas, familia o grupos, requiere que además de conocimiento de la técnica, de los aspectos instrumentales del cuidado y de la comprensión intelectual, exista el conocimiento de ese otro, un conocimiento actualizado.

En este carácter cambiante, pluralista y diverso de nuestra sociedad, dadas las relaciones culturales heterogéneas en donde circulan ideas y escenas que aproximan lógicas diferentes, se hace necesario considerar la Dimensión o Perspectiva Transcultural para ofrecer un cuidado humanista, frente a un ejercicio que no llega más allá del cuidado físico o biológico y algunas veces, psicológico.

M. Leininger (1995), fue la primera enfermera que conceptualizó sobre la enfermería transcultural. Ella define a la enfermería transcultural como "(...) un área humanista y científica del estudio y de la práctica formal de la enfermera, que se enfoca sobre diferencias y semejanzas entre culturas, con respecto al cuidado humano, la salud y la enfermedad."

"El elemento fundamental que conforma la enfermería transcultural es el estudio de los valores culturales que influyen en la salud de la persona."

"Enfermería transcultural es un tipo de enfermería que tiene en cuenta la diversidad cultural en la salud y en la enfermedad y que por lo tanto, estudia de forma integrada las creencias de las personas, usos y costumbres de diferentes culturas."

"Enfermería transcultural designa el área de estudio y práctica formal que se centra en los valores, creencias y prácticas de salud de los individuos."

"El concepto de cultura y su relación con las creencias y prácticas de los cuidados de la salud del paciente constituyen el fundamento de la enfermería transcultural."

Esta teoría transcultural que desarrolló la autora se inspiró en conocimientos de antropología y ciencias de enfermería, de esta forma ha presentado el concepto del cuidado, como esencial y central en su concepción en la disciplina enfermera.

En la perspectiva de Leininger, los cuidados personalizados de enfermería comprenden comportamientos, funciones y procesos de cuidados personalizados dirigidos hacia la promoción y conservación de comportamientos de salud, además sostienen que la profesión de enfermería es una profesión de cuidados transculturales, centrados en un cuidado humano, respetuosa de los valores culturales y del estilo de vida de las personas, que están basadas en esos conocimientos transculturales aprendidos por la observación de la estructura social, la visión del mundo y los contextos del entorno de diversos grupos culturales.

Por tanto, para Leininger la esencia fundamental de enfermería es el cuidado y en su teoría lo define como un conjunto de conceptos interrelacionados que tienen en cuenta las conductas de atención, los valores y las creencias basadas en necesidades culturales de los individuos y grupos, para proporcionarles cuidados de enfermería eficaz y satisfactoria. El objeto de su teoría es que los pacientes propongan sus puntos de vista, conocimientos y prácticas como base para acciones y decisiones profesionales válidas.

Las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente las prestaciones establecidas en esta ley, las que quedan incorporadas de pleno derecho al programa médico obligatorio.

ARTICULO 2º Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

- a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos, de manera de que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
- b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y respetando su consideración sus pautas culturales.
- c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- d) Al parto natural, respetando los tiempos biológicos y psicológicos, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.
- e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

LEY 25.929 Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento

Esta ley está vigente desde el 21 de noviembre de 2004 en toda la República Argentina en las instituciones públicas y privadas.

ARTICULO 1º La presente ley será de aplicación tanto al ámbito público como privado de la atención de la salud en el territorio de la nación.

Las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente las prestaciones establecidas en esta ley, las que quedan incorporadas de pleno derecho al programa médico obligatorio.

ARTICULO 2º Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

- a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos, de manera de que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
- b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.
- c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.
- e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

- f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito, bajo protocolo aprobado por el comité de Bioética.
- g) A estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.
- h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el RN no requiera de cuidados especiales.
- i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
- j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.
- k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

ARTICULO 3º Toda persona recién nacida tiene derecho:

- a) A ser tratada en forma respetuosa y digna.
- b) A su inequívoca identificación.
- c) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia, salvo consentimiento manifestado por escrito de sus representantes legales, bajo protocolo aprobado por el comité de Bioética.
- d) A la internación conjunta con su madre en sala, y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración su estado de salud y el de aquella.
- e) A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.

ARTICULO 4º El padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo tienen los siguientes derechos:

- a) A recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- b) A tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.
- c) A prestar su consentimiento manifestado por escrito para cuantos exámenes o intervenciones se quiera someter al niño o niña con fines de investigación, bajo protocolo aprobado por el comité de Bioética.
- d) A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que no incida desfavorablemente en su salud.
- e) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña.

ARTICULO 5° Será autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación en el ámbito de su competencia; y en las provincias y la ciudad de Buenos Aires sus respectivas autoridades sanitarias.

ARTICULO 6° “El incumplimiento de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, como así también el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores, y de las instituciones en que estos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder”.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de investigación

El presente estudio de investigación es de tipo cuali-cualitativo. Cualitativo ya que explora las relaciones sociales y describe la realidad tal como la experimentan sus correspondientes protagonistas, es decir, describe las vivencias y las relaciones interpersonales entre los enfermeros del hospital Paroissien y pacientes de nacionalidad boliviana. Requiere un profundo entendimiento del comportamiento humano y las razones que lo gobiernan. Cuantitativo porque describe características y se generalizan varios fenómenos similares, de forma estadística, mediante la exploración y descripción de situaciones de la vida real, analizando variables como la edad, el idioma, el nivel de educación, etc..

Es transversal porque se estudian las variables simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo, tomando los meses de agosto, septiembre y octubre de 2013.

Es inductivo porque se analizan casos particulares a partir de los cuales se extraen conclusiones de carácter general.

Área de estudio

Servicio de maternidad, Hospital Regional Diego Paroissien, ubicado en calle Godoy Cruz 475 del departamento de Maipú, de mediana complejidad.

Universo: Todas las parturientas del servicio de maternidad del año 2013

Población: Parturientas de nacionalidad boliviana en el mes de agosto, setiembre y octubre de 2013, con un total de 80 parturientas.

Muestra: La muestra con la que se realiza la investigación es del 30% de la población, tomada de forma aleatoria, con un total de 24 parturientas.

VARIABLE	Definición	DIMENSIONES	SUBDIMENSIÓN	INDICADORES
1 (Independiente)	Conceptual			
Adecuación cultural	Adaptación de costumbres, creencias, valores y tradiciones hacia personas de culturas diferentes.	<p>VALORES</p> <p>CREENCIAS</p> <p>TRADICIONES</p>	<p>Trabajo</p> <p>Familia</p> <p>Materiales</p> <p>Lugar de parto</p> <p>Posición de parto</p> <p>Métodos anticonceptivos</p> <p>Placenta</p>	<p>Alto – Medio – Bajo</p> <p>Alto – Medio – Bajo</p> <p>Alto – Medio – Bajo</p> <p>Religiosas</p> <p>Mitos</p> <p>Supersticiones</p> <p>Institución – Domicilio</p> <p>Cuclillas – Ginecológica</p> <p>Si – No</p> <p>La piden: Si – No Se la dan: Si – No</p>

VARIABLE 2 (Dependiente)	Definición Conceptual	DIMENSIONES	INDICADORES
Cuidados enfermeros	Acciones de enfermería realizadas para mantener o mejorar el bienestar y la salud del paciente	<p>EDUCACIÓN PARA LA SALUD</p> <p>RELACIÓN ENFERMERO-PACIENTE</p> <p>ASISTENCIA DIRECTA</p> <p>FORMAS DE COMUNICACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Óptima • Regular • Insuficiente • Muy buena • Buena • Regular • Mala • Contención • Educación • Higiene y confort • Lactancia materna • Tratamientos prescriptos • Verbal (escrito, oral) • No verbal (gestual, señas, apariencia, posturas, miradas, expresión)

Operacionalización de variables

1) EDAD:

- a) 13 – 17 años
- b) 18 – 22 años
- c) 23 – 27 años
- d) 28 – 32 años
- e) 33 – 37 años
- f) 38 o más

2) TIEMPO DE RESIDENCIA:

- a) 1 – 5 años
- b) 6 – 10 años
- c) 11 o más años

3) ESCOLARIDAD:

- a) Primaria completa SI NO
- b) Secundaria completa SI NO
- c) Terciario completo SI NO

4) IDIOMA:

- a) Castellano
- b) Quechua
- c) Ambos

5) N° DE HIJOS:

- a) 1 – 3
- b) 4 – 6
- c) 7 – 9
- d) 10 o más

6) DÍAS DE INTERNACIÓN:

- a) 1
- b) 2
- c) 3

7) TRABAJO:

- Trabaja: SI NO
- Grado de importancia: ALTO MEDIO BAJO

8) FAMILIA:

- Grado de importancia: ALTO MEDIO BAJO

9) MATERIALES

- Grado de importancia: ALTO MEDIO BAJO

10) CREENCIAS: (concepción – embarazo – parto)

11) TRADICIONES

- Anticoncepción: (¿conocen, usan, que piensan?)
- Acto de parir: (posición, lugar, entorno, placenta)

12) EDUCACION PARA LA SALUD:

- a) OPTIMA
- b) REGULAR
- c) INSUFICIENTE

13) RELACION ENFERMERO - PACIENTE:

- a) MUY BUENA
- b) BUENA
- c) REGULAR
- d) MALA

14) ASISTENCIA DIRECTA:

- a) CONTENCION
- b) EDUCACION
- c) HIGIENE
- d) CONFORT
- e) LACTANCIA MATERNA
- f) TRATAMIENTO PRESCRIPTO

15) FORMAS DE COMUNICACIÓN:

- a) VERBAL (escrito, oral)
- b) NO VERBAL (señas, apariencias, posturas, miradas, expresiones) 0

Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos:

- Las técnicas que se utilizan para la recolección de datos son la entrevista y la opinión de las pacientes
- El instrumento que se utiliza es el cuestionario con preguntas abiertas y cerradas

Plan de tabulación y análisis:

- Tablas simples
- Tablas bivariadas
- Gráficos de barra
- Gráficos de torta

EDAD	FR	FA
13-17 años	1	4,16%
18-22 años	1	10,00%
23-27 años	5	20,83%
28-32 años	6	25%
33-37 años	8	32%
38 años	2	8,33%

GRAFICO n°1:



Comentario: La mayor parte de las parturientas de nacionalidad boliviana se encuentra en el rango entre 23 a 27 y 28 a 32 años.

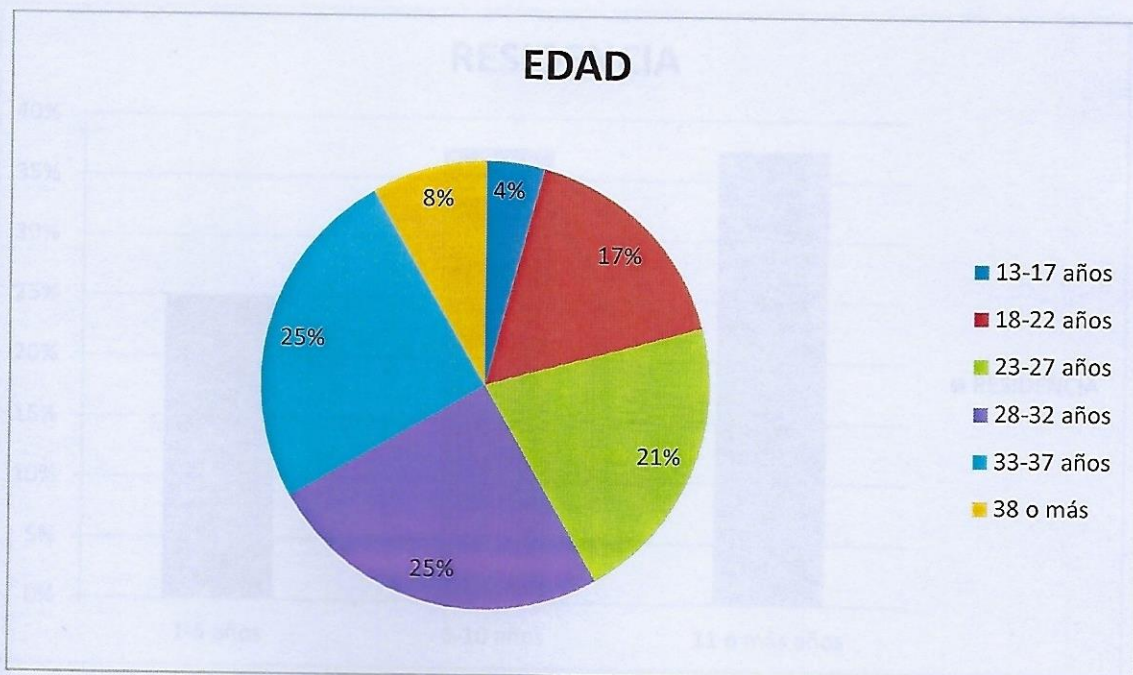
EDAD

TABLA 1: Edad de las pacientes internadas en el servicio de maternidad del hospital Paroissien, Maipú, durante los meses de agosto, septiembre y octubre de 2013.

EDAD	FR	FA
13 – 17 años	1	4,16%
18 – 22 años	4	16,66%
23 – 27 años	5	20,83%
28 – 32 años	6	25%
33 – 37 años	6	25%
38 o más	2	8,33%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante entrevistas realizadas en el servicio de maternidad del hospital Paroissien, Maipú, durante agosto, septiembre, octubre.

GRAFICO n°1:



Comentario: La mayor parte de las parturientas de nacionalidad boliviana se encuentra en el rango entre 23 a 27 y 28 a 32 años.

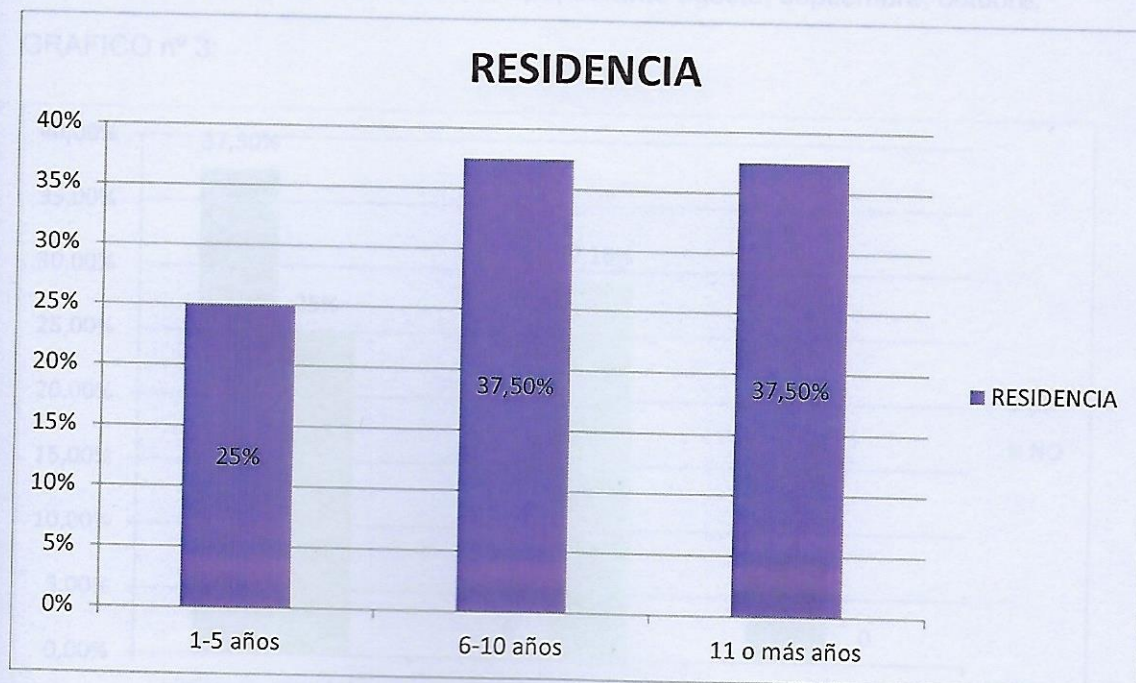
TIEMPO DE RESIDENCIA

TABLA 2: Tiempo de residencia en Argentina de las pacientes de nacionalidad boliviana del servicio de maternidad del hospital Paroissien, Maipú durante los meses de agosto, septiembre y octubre de 2013

Tiempo de residencia	FR	FA
1-5 años	6	25%
6-10 años	9	37,5%
11 o más años	9	37,5%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante entrevistas realizadas en el servicio de maternidad del hospital Paroissien, Maipú, durante agosto, septiembre, octubre.

GRAFICO n° 2:



Comentario: Las mujeres entrevistadas, en su mayoría, hace más de 6 años que viven en nuestro país.

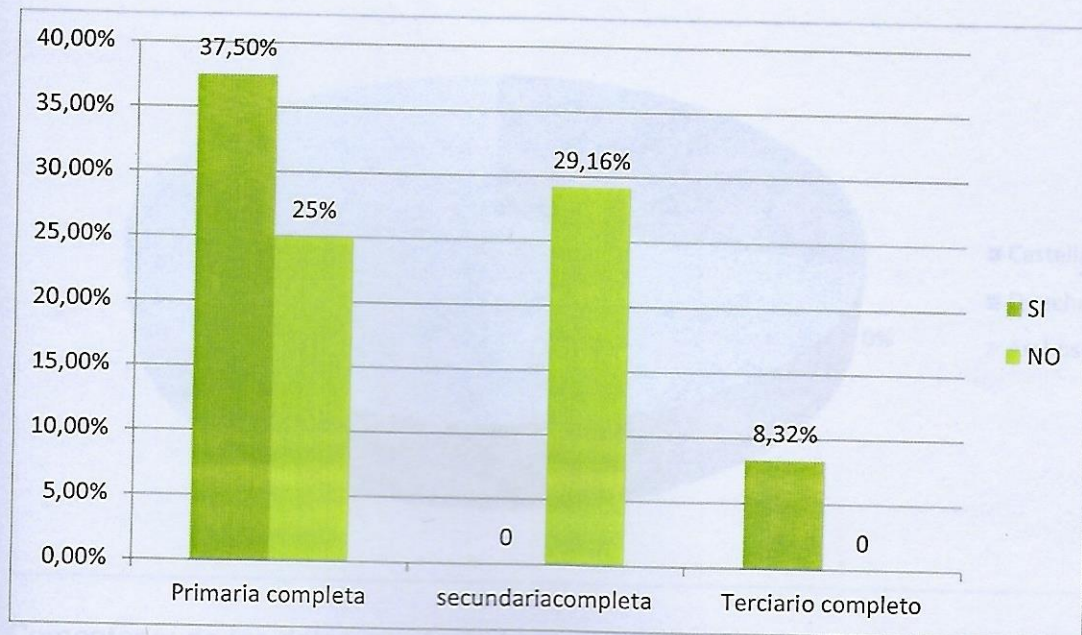
ESCOLARIDAD

TABLA 3: Escolaridad de las parturientas entrevistadas en el servicio de maternidad del hospital Paroissien, Maipú, durante los meses de agosto, septiembre y octubre de 2013

ESCOLARIDAD	FR		FA	
	S	NO	SI	NO
Primaria completa	9	6	37,5%	25%
Secundaria completa	0	7	0%	29,16%
Terciario completo	2	0	8,83%	0%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante entrevistas realizadas en el servicio de maternidad del hospital Paroissien, Maipú, durante agosto, septiembre, octubre.

GRAFICO n° 3:



Comentario: con los porcentajes tomados se puede observar que la mayoría de las parturientas han finalizado la primaria, pero también la cuarta parte de la población entrevistada es analfabeta.

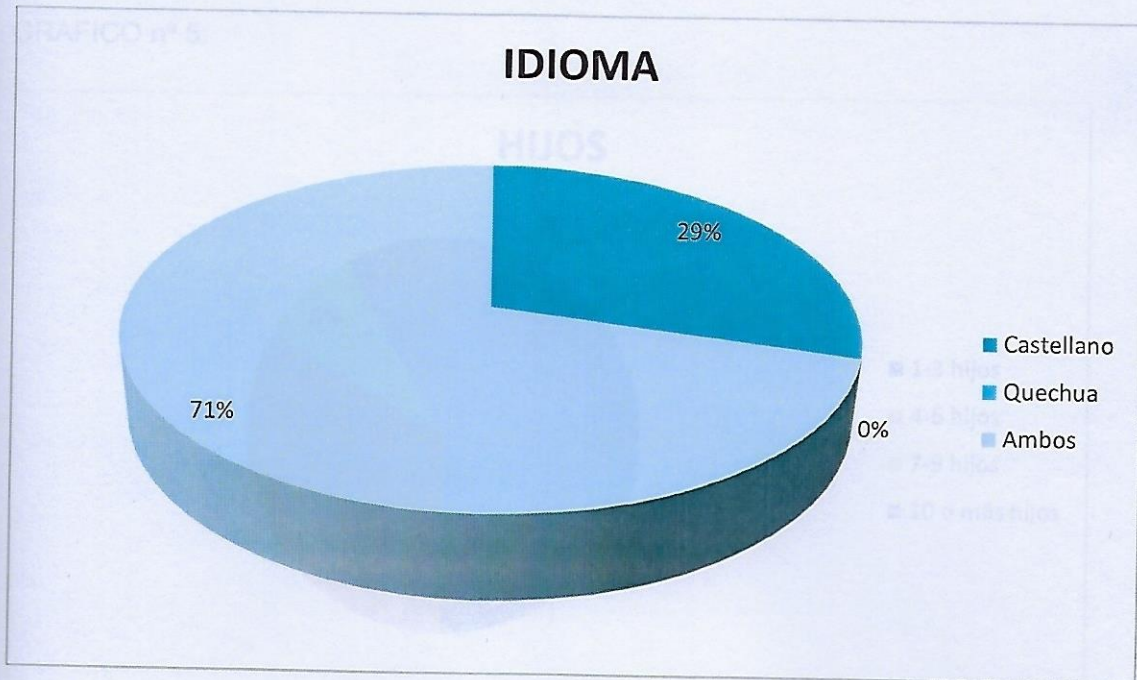
IDIOMA

TABLA 4: Idioma utilizado por las pacientes de nacionalidad boliviana del servicio de maternidad del hospital Paroissien, Maipú, durante los meses de agosto, septiembre y octubre de 2013.

IDIOMA	FR	FA
Castellano	7	29,16%
Quechua	0	0%
Ambos	17	70,83%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante entrevistas realizadas en el servicio de maternidad del hospital Paroissien, Maipú, durante agosto, septiembre, octubre.

GRAFICO n°4:



Comentario: de los datos recolectados mediante las entrevistas, se observa que más del 70% de las pacientes hablan los dos idiomas.

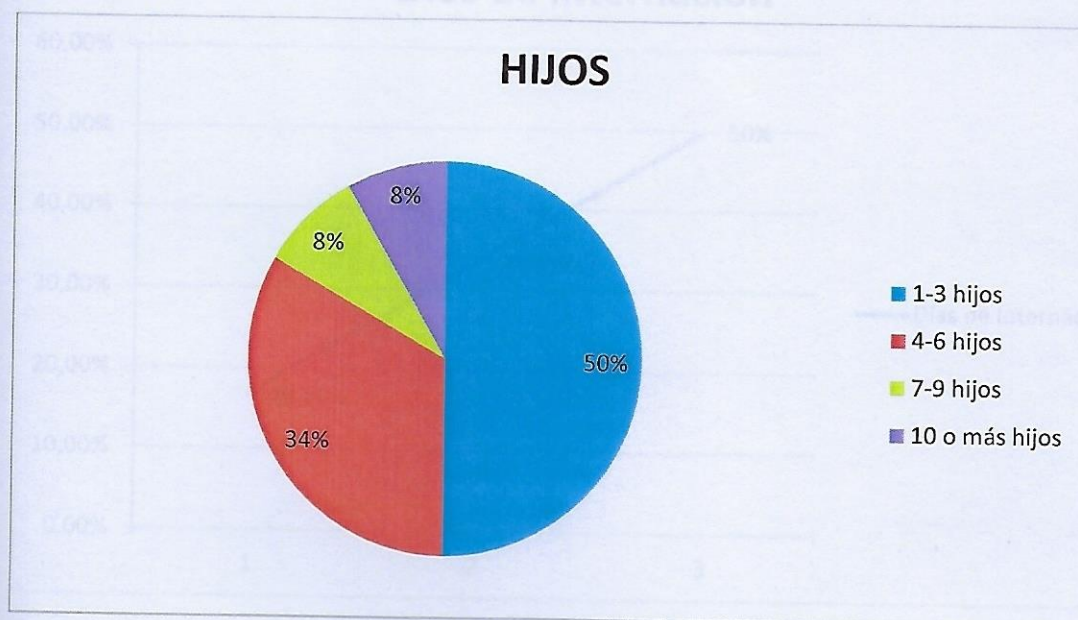
Nº DE HIJOS

TABLA 5: Cantidad de hijos de las pacientes bolivianas del servicio de maternidad del hospital Paroissien, Maipú, durante los meses de agosto, septiembre y octubre de 2013

Nº DE HIJOS	FR	FA
1-3	12	50%
4-6	8	33,33%
7-9	2	8,33%
10 o más	2	8,33%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante entrevistas realizadas en el servicio de maternidad del hospital Paroissien, Maipú, durante agosto, septiembre, octubre.

GRAFICO n° 5:



Comentario: El 50 % de de las pacientes entrevistadas tiene entre 1 a 3 hijos, también es importante remarcar que son muchas las pacientes que tienen entre 4 a 6 hijos.

DÍAS DE INTERNACIÓN

TABLA 6: Días de internación de las pacientes de nacionalidad boliviana del servicio de maternidad del hospital Paroissien, Maipú durante los meses de agosto, septiembre y octubre.

DÍAS DE INTERNACIÓN	FR	FA
1	4	16,66%
2	8	33,33%
3	12	50%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante entrevistas realizadas en el servicio de maternidad del hospital Paroissien, Maipú, durante agosto, septiembre, octubre.

GRAFICO n° 6:



Comentario: el 50% de las pacientes entrevistadas han pasado 3 días internadas en el hospital.

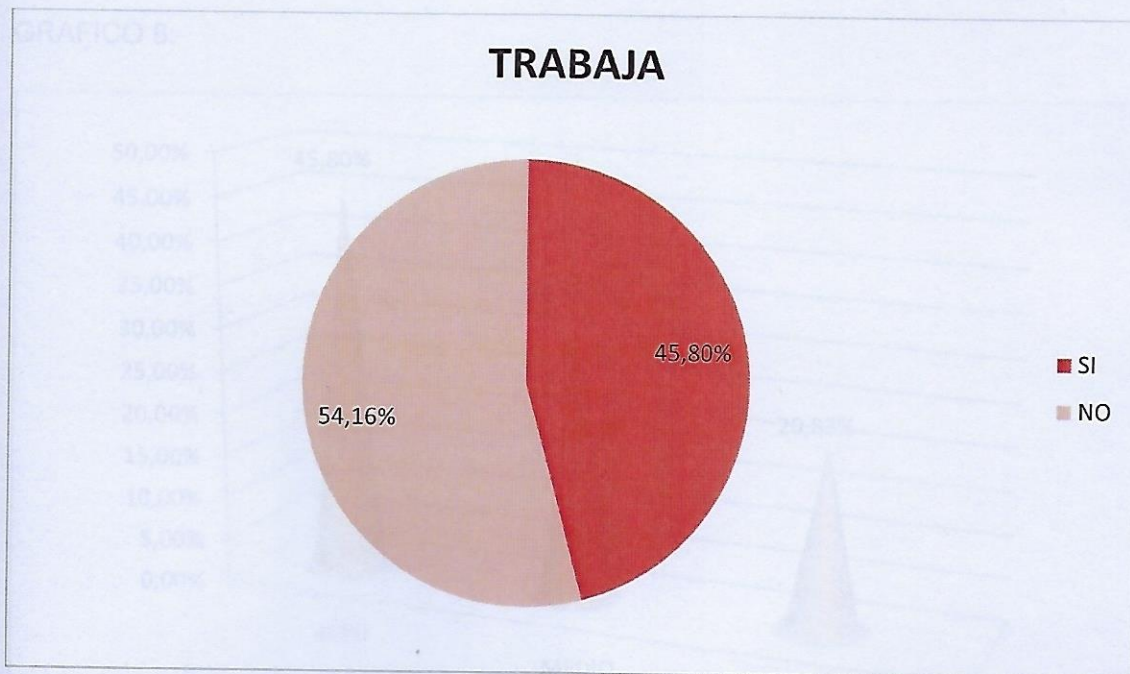
TRABAJO

TABLA 7: Mujeres que trabajan, de las pacientes entrevistadas en el servicio de maternidad del hospital Paroissien, en los meses de agosto, septiembre y octubre de 2013.

TRABAJA	FR	FA
SI	11	45,8%
NO	13	54,16%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante entrevistas realizadas en el servicio de maternidad del hospital Paroissien, Maipú, durante agosto, septiembre, octubre.

GRAFICO 7:



Comentario: la mayoría de las mujeres entrevistadas no trabajan, pero no es mucha la diferencia con el porcentaje de mujeres que si trabaja.

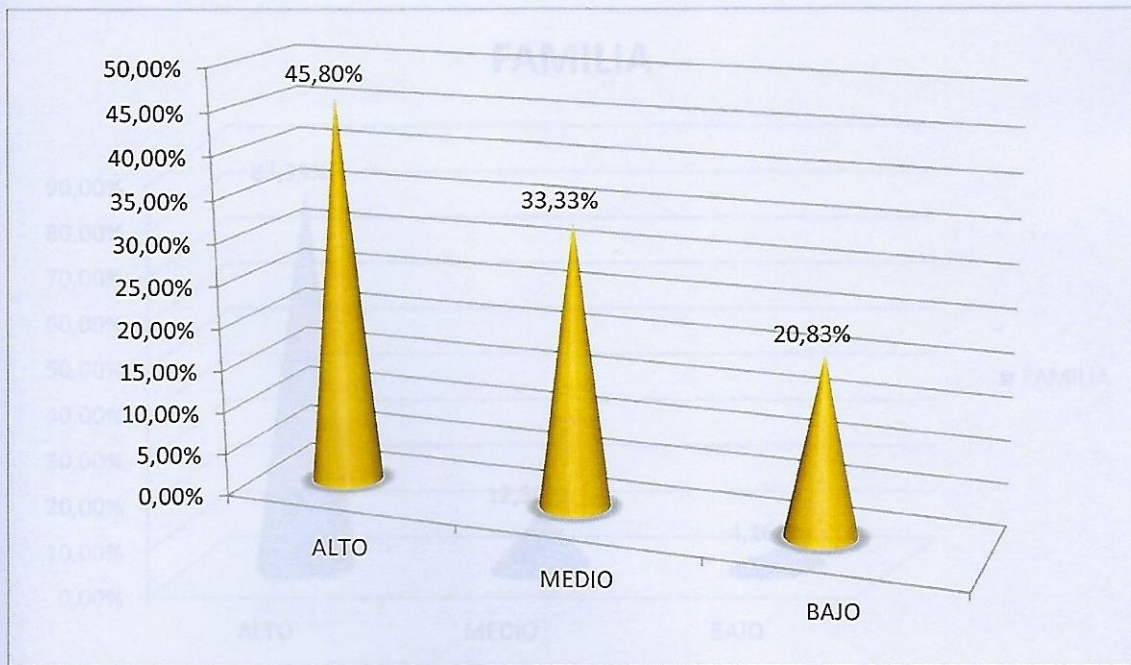
TRABAJO

TABLA 8: Grado de importancia que le dan las mujeres de nacionalidad boliviana internadas en el servicio de maternidad del hospital Paroissien durante los meses de agosto, septiembre y octubre de 2013.

Grado de importancia	FR	FA
ALTO	11	45,8%
MEDIO	8	33,33%
BAJO	5	20,83%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante entrevistas realizadas en el servicio de maternidad del hospital Paroissien, Maipú, durante agosto, septiembre, octubre de 2013.

GRAFICO 8:



Comentario: el 45% de las pacientes entrevistadas le dan un alto grado de importancia al trabajo.

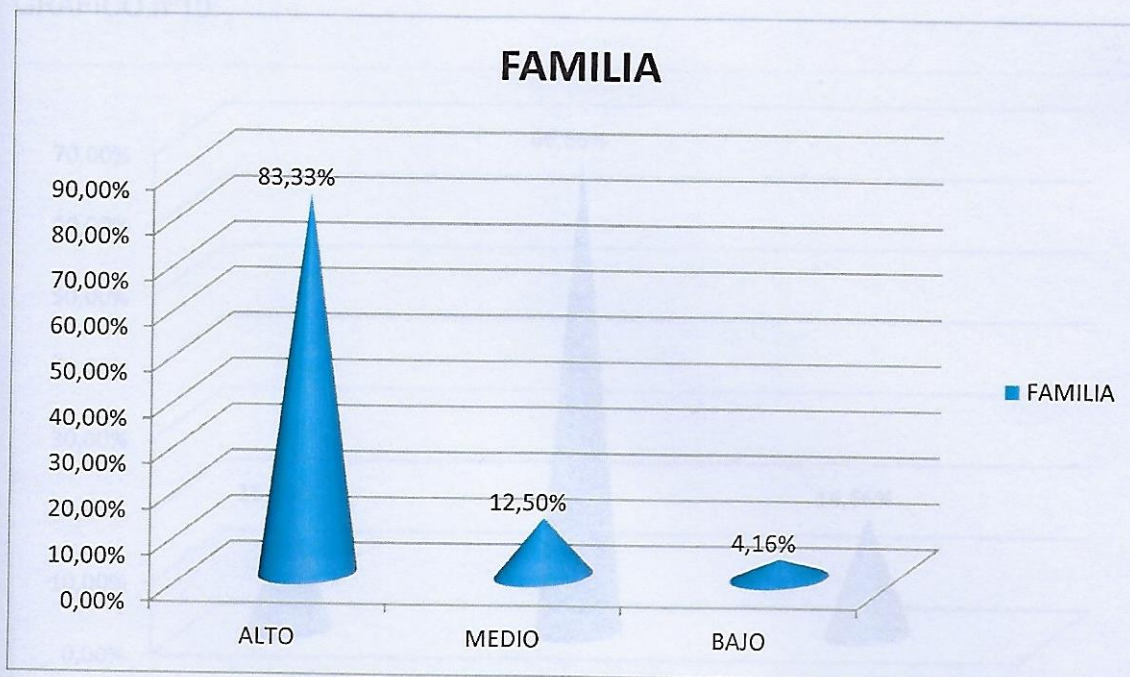
FAMILIA

TABLA 9: Grado de importancia que le dan las mujeres de nacionalidad boliviana internadas en el servicio de maternidad del hospital Paroissien a la familia.

FAMILIA: Grado de importancia	FR	FA
ALTO	20	83,33%
MEDIO	3	12,5%
BAJO	1	4,16%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante entrevistas realizadas en el servicio de maternidad del hospital Paroissien, Maipú, durante agosto, septiembre, octubre de 2013.

GRAFACO n° 9:



Comentario: La mayoría de las pacientes le dan un alto grado de importancia a la familia.

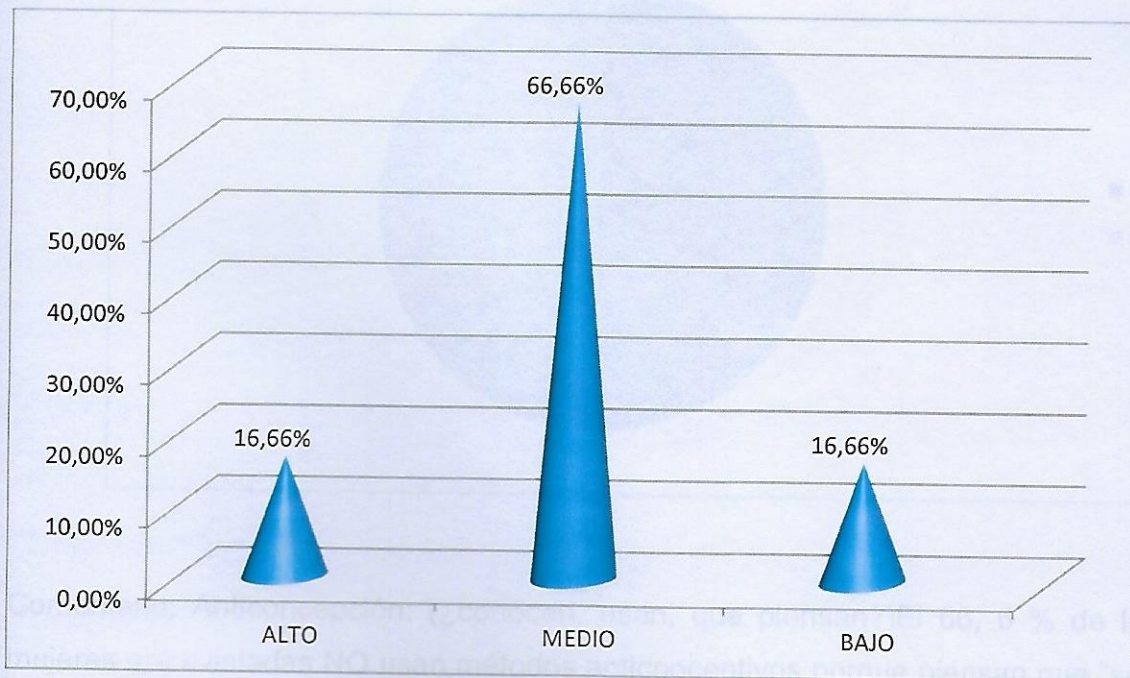
MATERIALES

TABLA 10: Grado de importancia que le dan las pacientes de nacionalidad boliviana internadas en el servicio de maternidad del hospital Paroissien a los valores materiales.

MATERIALES: Grado de importancia	FR	FA
ALTO	4	16,66%
MEDIO	16	66,66%
BAJO	4	16,66%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante entrevistas realizadas en el servicio de maternidad del hospital Paroissien, Maipú, durante agosto, septiembre, octubre de 2013.

GRAFICO n°10:



Comentario: gran parte de las personas entrevistadas le dan un grado de importancia medio a los valores materiales.

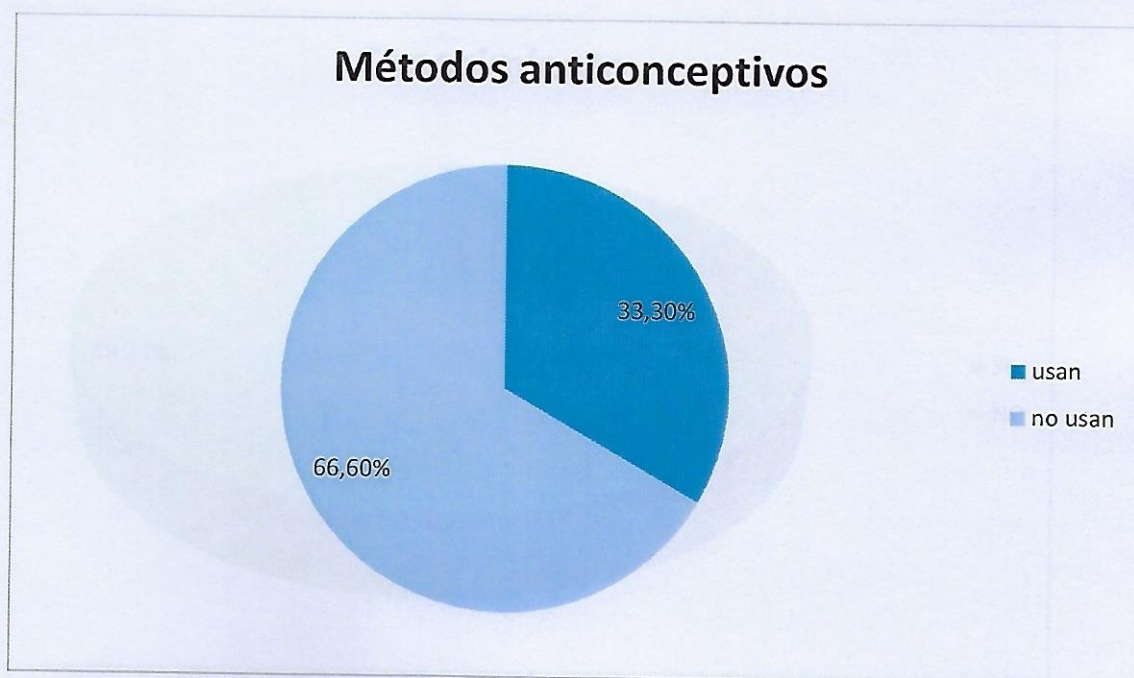
ANTICONCEPCIÓN

TABLA 11: Utilización de métodos anticonceptivos por parte de las parturientas entrevistadas.

Métodos Anticonceptivos	FR	FA
USAN	8	33,3%
NO USAN	16	66,6%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante entrevistas realizadas en el servicio de maternidad del hospital Paroissien, Maipú, durante agosto, septiembre, octubre de 2013.

GRAFICO n° 11:



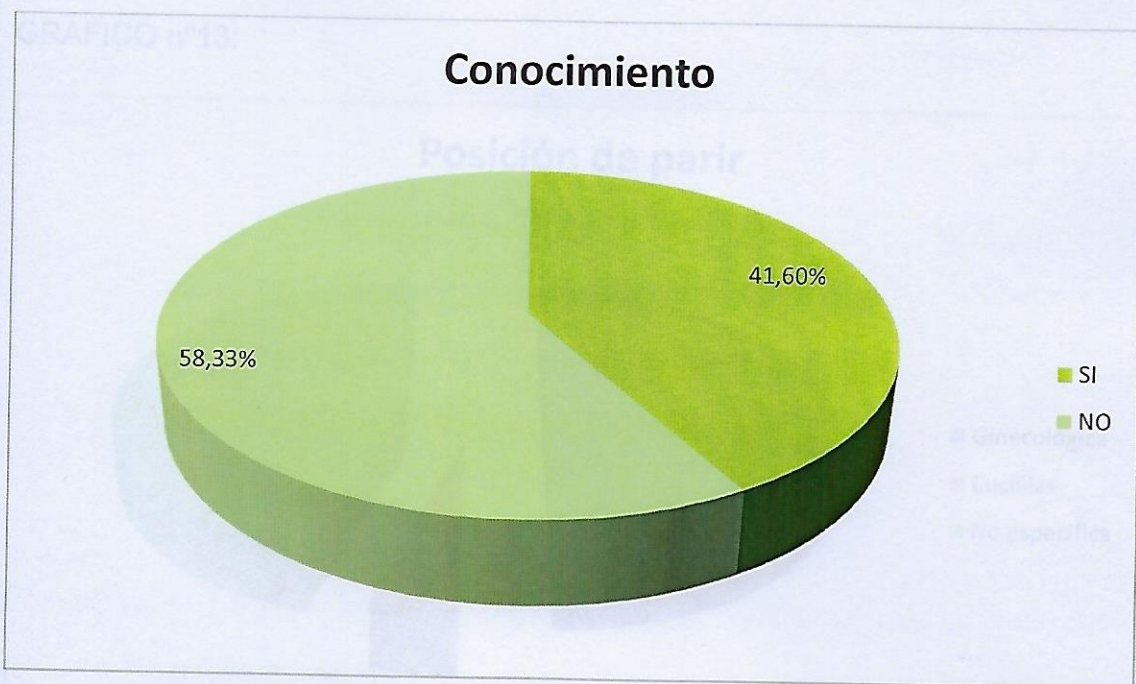
Comentario: Anticoncepción: (¿conocen, usan, que piensan?) El 66,6% de las mujeres entrevistadas NO usan métodos anticonceptivos porque piensan que "son malos" y traen consecuencias. El otro 33,3% si usa algún tipo de anticoncepción.

TABLA 12: Representa el conocimiento que tienen las pacientes de nacionalidad boliviana con respecto a los métodos anticonceptivos.

Conocimiento	FR	FA
SI	10	41,6%
NO	14	58,33%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante entrevistas realizadas en el servicio de maternidad del hospital Paroissien, Maipú, durante agosto, septiembre, octubre de 2013.

GRAFICO n°12:



Comentario: la mayoría de las mujeres entrevistadas no conoce de métodos anticonceptivos.

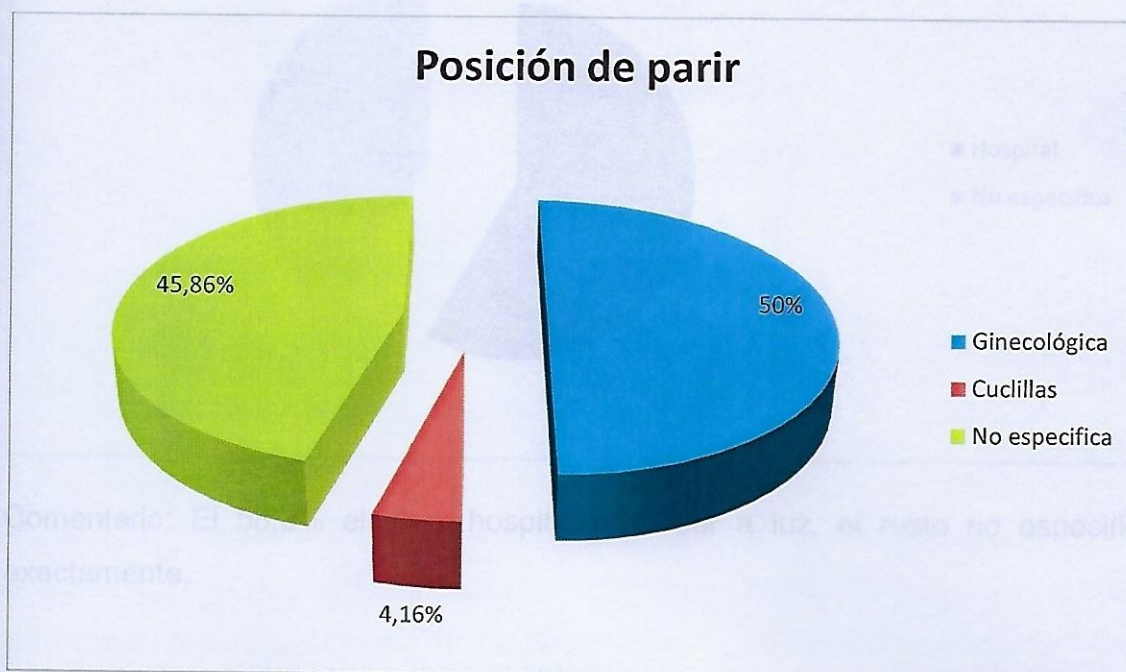
ACTO DE PARIR

TABLA 13: Preferencia de la posición en el momento de dar a luz por las parturientas entrevistadas

Posición de parir	FR	FA
Ginecológica	12	50%
Cuclillas	1	4,16%
No especifica	11	45,86%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante entrevistas realizadas en el servicio de maternidad del hospital Paroissien, Maipú, durante agosto, septiembre, octubre de 2013.

GRAFICO n°13:



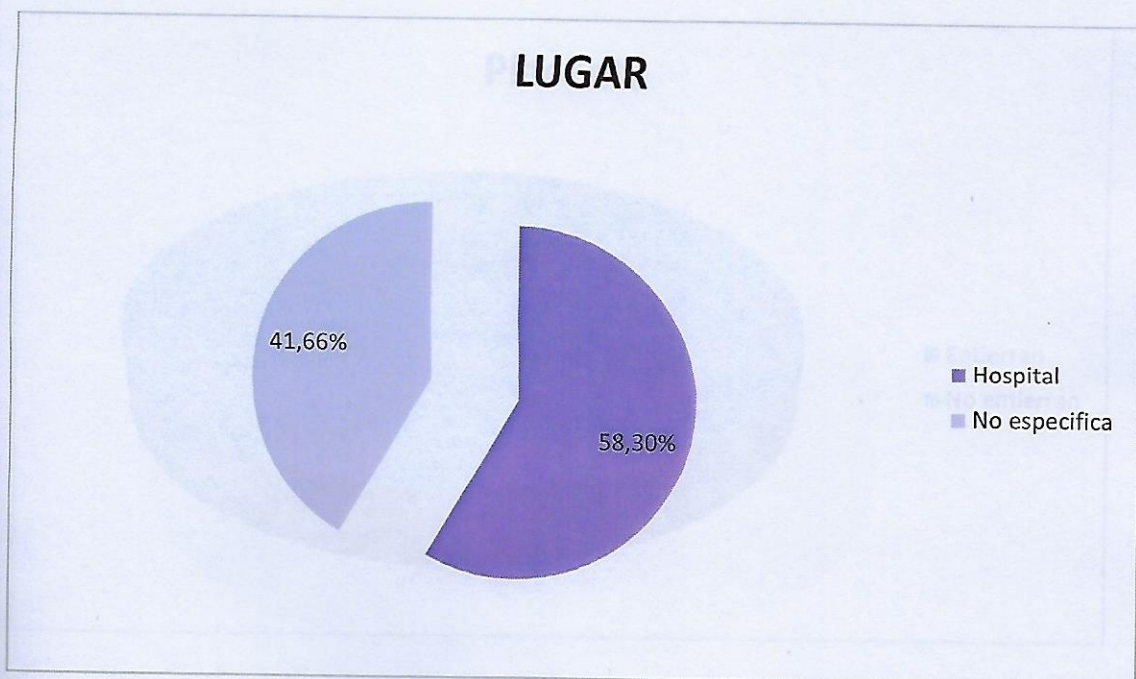
Comentario: Acto de parir: De las pacientes entrevistadas 12 respondieron que prefieren la posición ginecológica (acostada), sólo 1 respondió que prefiere parir en cuclillas, el resto no especificó la posición.

TABLA 14: Lugar elegido por las pacientes para dar a luz.

LUGAR	FR	FA
Hospital	14	58,3%
No especifica	10	41,66%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante entrevistas realizadas en el servicio de maternidad del hospital Paroissien, Maipú, durante agosto, septiembre, octubre de 2013.

GRAFICO n°14:



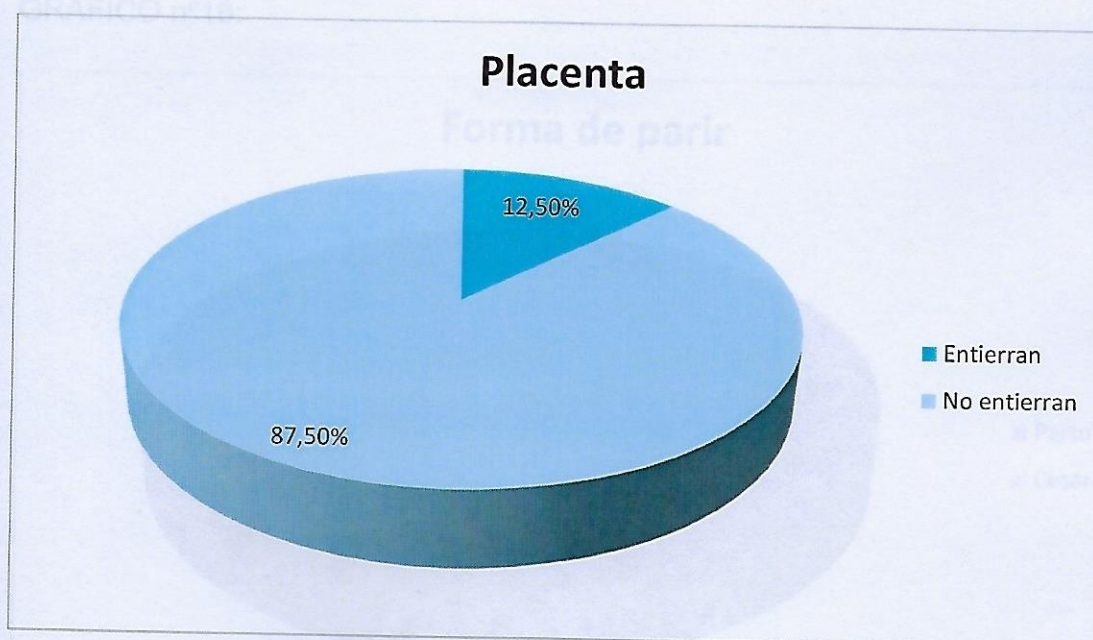
Comentario: El 58,3% elige el hospital para dar a luz, el resto no especificó exactamente.

TABLA 15: Representa las prácticas realizadas con la placenta luego de parir.

Placenta	FR	FA
Entierran	3	12,5%
No entierran	21	87,5%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante entrevistas realizadas en el servicio de maternidad del hospital Paroissien, Maipú, durante agosto, septiembre, octubre de 2013.

GRAFICO n°15:



Comentario: Con respecto a las prácticas realizadas con la placenta, la mayoría comenta que esa tradición ya no se realiza, sólo lo hace la gente que vive en zonas rurales muy alejadas y paren a sus hijos en la casa; ya que a las personas atendidas en las instituciones de salud no les entregan la placenta, tanto en Bolivia como en Argentina.

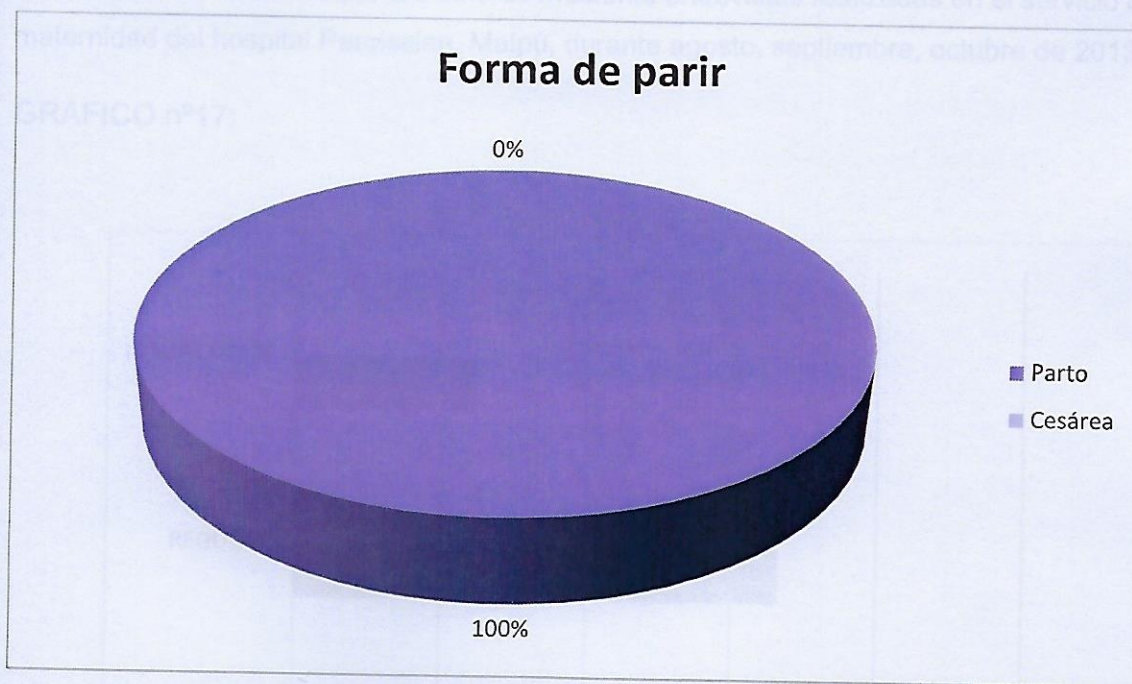
Sólo el 12,5% dijo que la placenta se entierra porque si no puede infectar a la mujer. Se entierra con objetos pertenecientes a varones (camioncitos, herramientas de trabajo, etc.) o nenas (flores, ollitas, muñecas, etc) según el sexo del bebe que ha nacido.

TABLA 16: Preferencia en cuanto a la forma de dar a luz por parte de las parturientas entrevistadas.

Formas de parir	FR	FA
Parto eutócico	24	100%
Operación cesárea	0	0%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante entrevistas realizadas en el servicio de maternidad del hospital Paroissien, Maipú, durante agosto, septiembre, octubre de 2013.

GRAFICO n°16:



Comentario: Todas las pacientes entrevistadas refieren que prefieren el parto normal, ya que para el hombre el aparato reproductor femenino debe conservarse sin lesiones (cesárea, ligadura tubaria, etc) sino se pierde la esencia de la mujer.

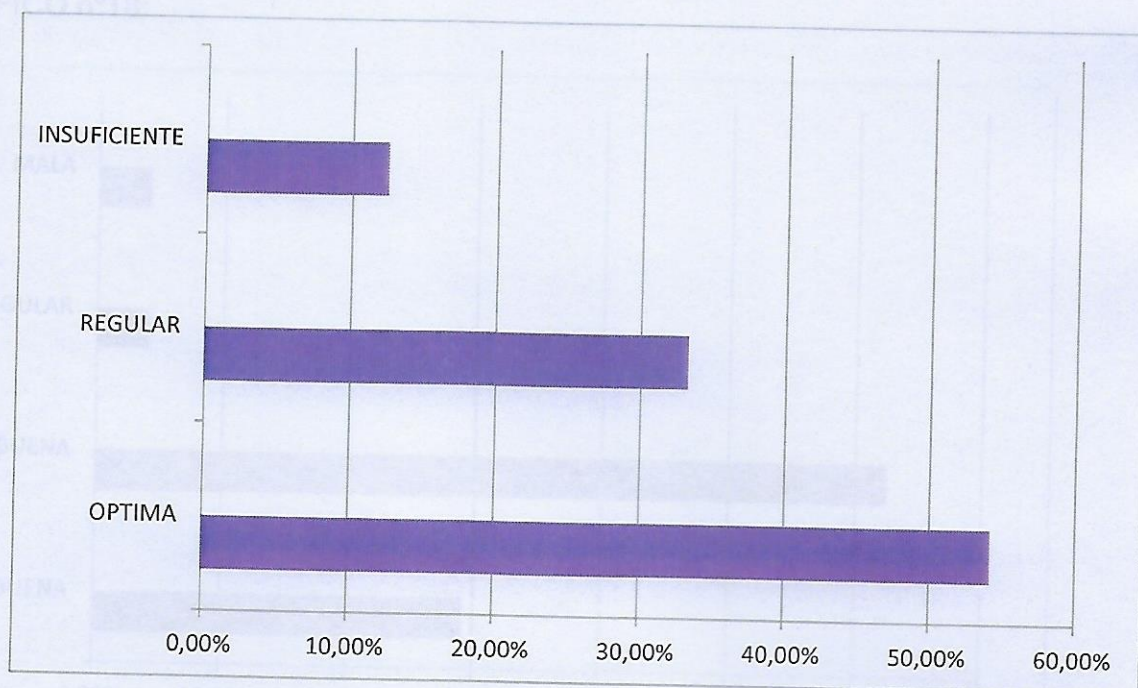
EDUCACIÓN PARA LA SALUD

TABLA 17: Calidad de educación recibida de las pacientes por parte de los enfermeros del servicio de maternidad del hospital Paroissien.

Educación para la salud	FR	FA
OPTIMA	13	54,16%
REGULAR	8	33,33%
INSUFICIENTE	3	12,5%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante entrevistas realizadas en el servicio de maternidad del hospital Paroissien, Maipú, durante agosto, septiembre, octubre de 2013.

GRAFICO n°17:



Comentario: a través de este gráfico se observa que más del 50% de las pacientes ha recibido una educación óptima por parte de los enfermeros.

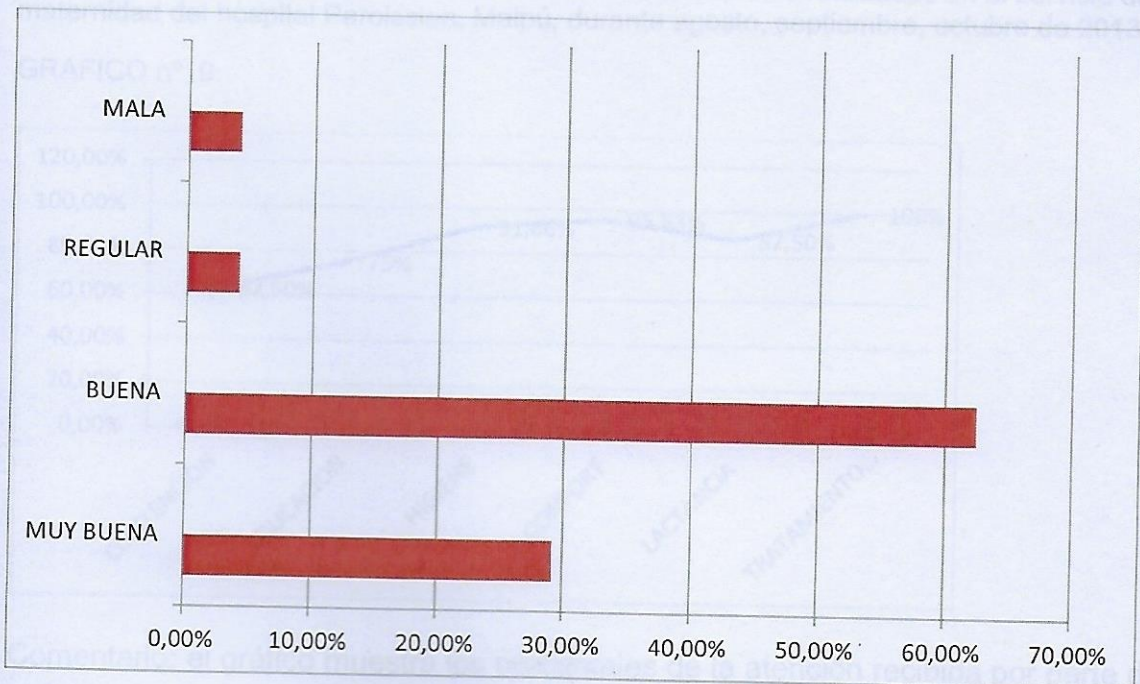
RELACIÓN ENFERMERO - PACIENTE

TABLA 18: Se analiza la calidad en la relación enfermero – paciente, en el servicio de maternidad del hospital Paroissien

Relación Enfermero - Paciente	FR	FA
MUY BUENA	7	29,16%
BUENA	15	62,5%
REGULAR	1	4,16%
MALA	1	4,16%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante entrevistas realizadas en el servicio de maternidad del hospital Paroissien, Maipú, durante agosto, septiembre, octubre de 2013.

GRAFICO n°18:



Comentario: con los porcentajes tomados se puede observar que la relación enfermero – paciente es buena.

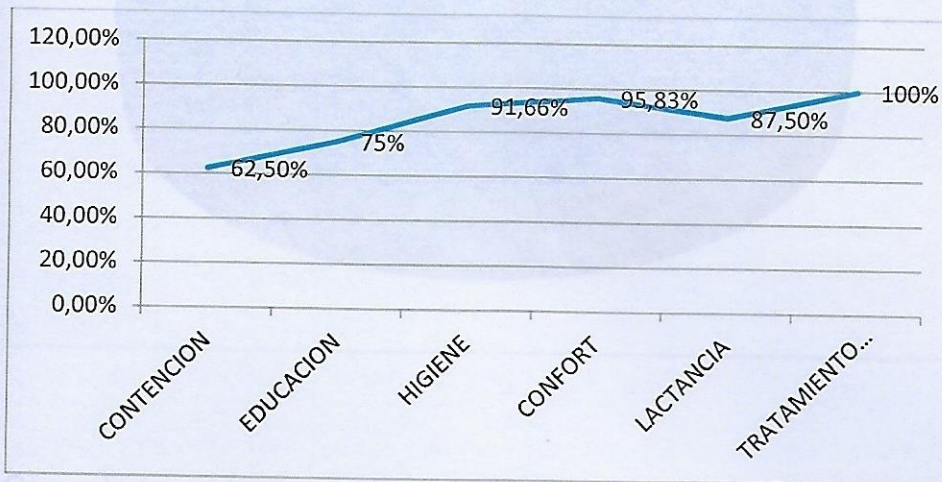
ASISTENCIA DIRECTA

TABLA 19: Cuidados brindados a las pacientes de nacionalidad bolivianas internadas en el servicio de maternidad del hospital Paroissien.

ASISTENCIA DIRECTA	FR	FA
CONTENCION	15	62,5%
EDUCACION	18	75%
HIGIENE	22	91,66%
CONFORT	23	95,83%
LACTANCIA	21	87,5%
TRATAMIENTO PRESCRIPTO	24	24%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante entrevistas realizadas en el servicio de maternidad del hospital Paroissien, Maipú, durante agosto, septiembre, octubre de 2013.

GRAFICO n°19:



Comentario: el gráfico muestra los porcentajes de la atención recibida por parte de enfermería durante los días de internación, podemos ver que el 100% de las pacientes recibió el tratamiento prescrito por los médicos, el resto de la atención fue variable.

COMUNICACIÓN

TABLA 20: Formas de comunicación utilizadas con las pacientes de nacionalidad boliviana del servicio de maternidad del hospital paroissien.

COMUNICACIÓN	FR	FA
VERBAL	24	100%
NO VERBAL	0	0

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante entrevistas realizadas en el servicio de maternidad del hospital Paroissien, Maipú, durante agosto, septiembre, octubre de 2013.

GRAFICO n°20:



Comentario: como se puede observar el 100% de la comunicación ha sido de forma verbal.

TABLAS BIVARIADAS

Edad de la paciente con el número de hijos

TABLA 21: Relación entre la edad de la parturienta y la cantidad de hijos que tiene.

Nº de hijos \ Edad	1-3	4-6	7-9	10 ó más	FA
13-17 años	1	0	0	0	1
18-22 años	3	1	0	0	4
23-27 años	2	3	0	0	5
28-32 años	5	0	0	1	6
33-37 años	1	3	1	1	6
38 ó más años	0	1	1	0	2
Total	12	8	2	2	24

Nº de hijos \ Edad	1-3	4-6	7-9	10 ó más	TOTAL
13-17 años	4,16%	0%	0%	0%	100%
18-22 años	12,5%	4,16%	0%	0%	100%
23-27 años	8,33%	12,5%	0%	0%	100%
28-32 años	20,83%	0%	0%	4,16%	100%
33-37 años	4,16%	12,5%	4,16%	4,16%	100%
38 ó más años	0%	4,16%	4,16%	0%	100%
Total	50%	33,33%	8,33%	8,33%	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante entrevistas realizadas en el servicio de maternidad del hospital Paroissien, Maipú, durante agosto, septiembre, octubre de 2013.

Comentario: La mayoría de las parturientas tienen entre 28 y 37 años, y en su mayoría tienen de 1 a 3 hijos.

Conocimiento de métodos anticonceptivos y uso de métodos anticonceptivos

TABLA 22: relación entre el conocimiento de métodos anticonceptivos con el uso de métodos anticonceptivos.

Anticonceptivos \ Conocimiento	Usa	No Usa	FA
SI	8	2	10
NO	0	14	14
Total	8	16	24

Anticonceptivos \ Conocimiento	Usa	No Usa	Total
SI	33,3%	8,33%	100%
NO	0%	58,33%	100%
Total	33,3%	66,66%	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante entrevistas realizadas en el servicio de maternidad del hospital Paroissien, Maipú, durante agosto, septiembre, octubre de 2013.

Comentario: La mayoría de las pacientes entrevistadas no conoce y no utiliza métodos anticonceptivos, mientras que las pacientes que si usan métodos anticonceptivos tienen conocimiento de los mismos, y sólo 2 personas conocen métodos anticonceptivos pero no usan.

Educación recibida por la paciente y Relación Enfermero-Paciente

TABLA 23: relación entre la educación que recibió la paciente por parte de los enfermeros y la relación Enfermero-Paciente

Educación \ Relación E-P	Óptima	Regular	Insuficiente	FA
Muy buena	5	3	0	8
Buena	7	5	2	14
Regular	0	0	1	1
Mala	1	0	0	1
Total	13	8	3	24

Educación \ Relación E-P	Óptima	Regular	Insuficiente	Total
Muy buena	20,83%	12,5%	0%	100%
Buena	29,16%	20,83%	8,33%	100%
Regular	0%	0%	4,16%	100%
Mala	4,16%	0%	0%	100%
Total	54,16%	33,33%	12,5%	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante entrevistas realizadas en el servicio de maternidad del hospital Paroissien, Maipú, durante agosto, septiembre, octubre de 2013.

Comentario: La mayoría de las pacientes recibió una educación óptima y mantuvo una relación enfermero-paciente buena.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

A través de esta investigación se puede interpretar que la mayor parte de la población en estudio está formada por adultos jóvenes de 23 a 33 años y residen hace más de 6 años en nuestro país. Presentan un grado de escolaridad bajo ya que la mayoría ha finalizado la primaria pero una cuarta parte es analfabeta. El idioma castellano predomina en las pacientes en estudio.

El 50% tiene de 1 a 3 hijos, y es importante remarcar que son muchas las pacientes que tienen de 4 a 6 hijos.

La mayoría de las mujeres son amas de casa, pero no hay gran diferencia con las mujeres que si trabajan.

Con respecto a las creencias (pregunta nº10) no se pudo obtener demasiada información por parte de las pacientes debido a su carácter introvertido, la escasa comunicación, y la dificultad para expresar sus pensamientos sobre estos temas, por lo cual responden que no saben o no tienen conocimientos sobre los temas que se le preguntaban, aunque el 25% respondió que el embarazo "viene solo". Sin embargo, es importante destacar que el 66,6% no utilizan métodos anticonceptivos porque creen que hacen daño y traen consecuencias. El otro 33,3% si usa algún tipo de anticoncepción. La mayoría no tiene conocimiento de los métodos existentes, sólo el 10% respondió que si conoce.

Al indagar por las costumbres y tradiciones relacionadas a la posición del parto el 50% de las mujeres respondieron que prefieren la posición ginecológica (acostada), el 4% prefiere parir en cuclillas, el resto no especificó su preferencia, ya sea por desconocimiento, por pudor o porque se limitan a lo que la institución tiene normatizado. Sin embargo, se ha observado a pacientes que durante el trabajo de parto se colocan sobre una manta en el piso o en cuclillas, dando como resultado en algunos casos que el parto se produzca en la habitación, sin dar aviso al personal de salud. Y en otros casos experimentan el parto en el domicilio y luego recurren a la institución. El 58,3% elige el hospital para dar a luz.

De acuerdo a la tradición de enterrar la placenta, la mayoría de los pacientes comentan que ya no se realiza porque las instituciones no se las entregan, sólo lo realiza la gente que vive en zonas rurales, muy alejadas, y paren a sus hijos en su casa. Sólo el 12,5% dijo que la placenta se entierra porque si no puede infectar a la mujer. Se entierra con objetos pertenecientes a varones (camioncitos, herramientas de trabajo, etc.) o nenas (flores, ollitas, muñecas, etc.) según el sexo del bebe que ha nacido.

Todas las pacientes entrevistadas prefieren parto normal ya que para el hombre el aparato reproductor femenino debe conservarse sin lesiones sino se pierde la esencia de la mujer.

En cuanto a la atención de enfermería los pacientes refieren haber recibido una educación óptima por parte del personal, una relación enfermero-paciente buena, y en cuanto a los cuidados brindados el 100% de las pacientes recibió el tratamiento prescripto por el médico, el resto de la atención fue variada.

CONCLUSIÓN

Debido al bajo grado de educación y al carácter introvertido de las pacientes, la barrera comunicacional fue muy grande por lo cual se dificultó la recolección de datos, sin embargo se pudo tener acceso a información muy valiosa sobre sus costumbres, creencias, mitos, y tradiciones propias de su cultura. Algunas costumbres se han ido perdiendo con el pasar del tiempo, con la modernización de las sociedades y con el avance científico y educacional como por ejemplo enterrar la placenta de la parturienta como una ofrenda a la pacha mama o mitos relacionados con espíritus malignos, etc. Pocas prácticas se mantienen todavía en el tiempo como es la posición de parir y creemos que se debe a que en las instituciones no se permite otra posición más que la ginecológica y las pacientes obedecen a las reglas de la institución; aún así hay pacientes que optaron por llevar a cabo el parto por si solas en la habitación sin avisar al personal de salud. Donde más se ve esto es en zonas rurales o alejadas de centros poblacionales según nos refirieron las pacientes encuestadas.

Por otro lado hemos concluido en que es una cultura donde predominan las decisiones del hombre en cuanto a la planificación familiar, el nombre de los hijos, el trabajo, etc. por lo cual influyen mucho en el uso de métodos anticonceptivos.

Otra manifestación relevante de esta comunidad es el alto grado de importancia que le asignan al trabajo ante el cuidado de su propia salud o la de sus familiares, es muy fuerte la cultura por el trabajo que desarrolla esta sociedad y relega todo ante esto.

Con respecto a los cuidados de enfermería por parte del plantel de enfermería, hemos observado que es de forma igualitaria para todas las pacientes, sin distinción de raza, cultura, credo u origen social; y a modo de conclusión final podemos ver que los cuidados enfermeros de este equipo de salud no están adecuadas o adaptadas para la cultura boliviana, por tal motivo las pacientes se sienten incómodas, temerosas e inseguras ante un medio al cual desconocen por completo.

PROPUESTA DE ACCIÓN Y RECOMENDACIONES

- Promover e inculcar a los enfermeros desarrollar entrevistas mas personalizadas y con mayor empatía, más profundas y humanizadas con las pacientes de esta comunidad tratando así de establecer lazos de confianza tal que le permitan a estas mujeres vencer y superar esa barrera que les impone el miedo a lo desconocido y así lograr en ellas una sensación de comodidad, seguridad y contención las cuales serán muy importantes durante el periodo de la internación.

Mediante charlas informales durante los cambios de guardia y en cada turno, el jefe del servicio incentivará al personal para que realice una valoración más directa y personalizada con cada paciente.

- Incentivar al equipo enfermero que se instruya sobre la cultura boliviana en lo que a prácticas obstétricas se refiere, como es su manera de enfrentar un embarazo, como son sus costumbres, sus tradiciones, sus mitos y creencias para así poder compenetrarse con ellas y entenderlas; de esta manera se logrará una atención mucho mas humanizada y la relación enfermero-paciente será mucho más estrecha, profunda, cercana y sobre todo profesional.

Los autores del presente trabajo realizaremos ateneos en el salón de usos múltiples del hospital sobre valores, costumbres y creencias de las pacientes de nacionalidad boliviana. Se realizarán en distintos días y horarios para que tenga acceso todo el personal del servicio de maternidad y de todo el hospital, con previo aviso al personal.

- Brindar conocimientos sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar de forma natural realizando una adecuada educación sobre el tema y no perdiendo de vista la cultura integral de la paciente.

Se invitará a la Lic. Ramos, encargada de planificación familiar en el hospital para brindar una charla educativa al personal enfermero para que éste pueda transmitirlo a las pacientes.

- Realizar una continua actualización de los conocimientos para una mejor satisfacción laboral y motivación, hecho que repercute en la mejor atención hacia las pacientes.
- Promover los derechos de las pacientes en las decisiones entorno al embarazo y el nacimiento.

Informar a las pacientes la ley y los derechos con los que cuentan.

BIBLIOGRAFÍA

Marriner-Tomey "Modelos y Teorías en enfermería" tercera edición, España, 1994.

Ministerio de salud de la Nación, Plan Nacer "Guía metodológica de capacitación interculturalidad" boletín nº 13, año 2011.

UNICEF "Maternidad segura y centrada en la familia con enfoque intercultural" segunda edición, año 2012.

Ley nº 348: Ley integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia, Bolivia, 9 de marzo de 2013.

Revista cultural electrónica, "Construyendo nuestra Interculturalidad", nº 5, año 5, noviembre 2009, Lima-Perú. (www.interculturalidad.org)

ANEXOS

ENTREVISTA

1) EDAD:

- g) 13 - 17 años
- h) 18 - 22 años
- i) 23 - 27 años
- j) 28 - 32 años
- k) 33 - 37 años
- l) 38 o más

2) TIEMPO DE RESIDENCIA:

- d) 1 - 5 años
- e) 6 - 10 años
- f) 11 o más años

3) ESCOLARIDAD:

- d) Primaria completa
- e) Secundaria completa SI NO
- f) Terciario completo SI NO

4) IDIOMA:

- d) Castellano
- e) Quechua
- f) Ambos

5) N° DE HIJOS:

- a) 1-3
- b) 4-6
- c) 7-9
- h) 10 o más

6) DÍAS DE INTERNACIÓN:

ANEXOS

ENTREVISTA

1) EDAD:

- g) 13 – 17 años
- h) 18 – 22 años
- i) 23 – 27 años
- j) 28 – 32 años
- k) 33 – 37 años
- l) 38 o más

2) TIEMPO DE RESIDENCIA:

- d) 1 – 5 años
- e) 6 – 10 años
- f) 11 o más años

3) ESCOLARIDAD:

- d) Primaria completa SI NO
- e) Secundaria completa SI NO
- f) Terciario completo SI NO

4) IDIOMA:

- d) Castellano
- e) Quechua
- f) Ambos

5) N° DE HIJOS:

- e) 1 – 3
- f) 4 – 6
- g) 7 – 9
- h) 10 o más

6) DÍAS DE INTERNACIÓN:

d) 1 REGULAR

e) 2 ALTA

f) 3

14) ASISTENCIA DIRECTA

7) TRABAJO:

• Trabaja: SI NO

• Grado de importancia: ALTO MEDIO BAJO

11) CONFORT

10) LACTANCIA MATERNA

8) FAMILIA: ENTORNO PRESCRIPTO

• Grado de importancia: ALTO MEDIO BAJO

15) FORMAS DE COMUNICACIÓN:

9) MATERIALES (oral)

• Grado de importancia: ALTO MEDIO BAJO (expresiones)

10) CREENCIAS: (concepción, embarazo y parto)

11) TRADICIONES

• Anticoncepción: (¿conocen, usan, que piensan?)

• Acto de parir: (posición, lugar, entorno, placenta)

12) EDUCACION PARA LA SALUD:

d) OPTIMA

e) REGULAR

f) INSUFICIENTE

13) RELACION ENFERMERO - PACIENTE:

e) MUY BUENA

f) BUENA

g) REGULAR

h) MALA

14) ASISTENCIA DIRECTA:

g) CONTENCION

h) EDUCACION

i) HIGIENE

j) CONFORT

k) LACTANCIA MATERNA

l) TRATAMIENTO PRESCRIPTO

15) FORMAS DE COMUNICACIÓN:

16) VERBAL (escrito, oral)

17) NO VERBAL (señas, apariencias, posturas, miradas, expresiones)

encuesta n°	Edad						Tiempo de residencia en el país			Escolaridad					
	13- 17	18-22	23-27	28-32	33-37	38 o +	1-5-	6-10-	11 o +	primaria completa		secundaria completa		terciaria completa	
										si	no	si	no	si	no
1			X					X				X			
2					X			X		X					
3				X			X			X					
4			X				X			X					
5			X					X			X				
6					X				X			X			
7				X					X			X			
8		X						X		X					
9				X				X		X					
10				X			X					X			
11		X						X		X					
12				X					X	X					
13	X						X				X				
14					X			X			X				
15			X					X				X			
16				X					X				X		
17					X			X			X				
18						X			X	X					
19					X				X			X			
20			X						X			X			
21					X				X				X		
22						X			X		X				
23		X					X			X					
24		X					X				X				
TOTAL	1	4	5	6	6	2	6	9	9	9	6	0	7	2	0

Idioma			N° de hijos				Dias de internacion			Trabaja		Grado de importancia otorgado al trabajo		
castellano	quichua	ambos	01-03-	04-06-	07-09-	10 o +	1	2	3	si	no	alto	medio	bajo
		X	X					X			X		X	
		X				X			X	X			X	
		X	X					X		X		X		
		X		X				X		X		X		
		X		X			X				X	X		
X				X					X		X		X	
X			X				X				X		X	
X				X					X	X		X		
		X				X			X	X		X		
		X	X						X	X		X		
		X	X						X	X		X		
		X	X					X			X			X
		X			X				X		X	X		
		X		X					X		X		X	
X				X					X		X		X	
X			X						X	X		X		
X			X						X	X		X		
		X		X					X		X		X	
X			X						X		X			X
		X	X				X				X		X	
7	0	17	12	8	2	2	4	8	12	11	13	11	8	5

Educación para la salud recibida			Relacion enfermero-paciente			
optima	regular	insuficiente	muy buena	buena	regular	mala
X			X			
X				X		
		X		X		
	X		X			
X			X			
X				X		
X			X			
	X			X		
X				X		
X				X		
	X			X		
X			X			
		X			X	
X						X
	X		X			
	X			X		
	X		X			
X				X		
X				X		
X			X			
X				X		
	X			X		
	X			X		
		X		X		
13	8	3	8	14	1	1

asistencia directa												formas de comunicación	
contencion		educacion		higiene		confort		lactancia materna		tratam prescripto		verbal	no verbal
si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no		
	X	X		X		X		X		X		X	
X		X		X		X		X		X		X	
	X		X	X		X		X		X		X	
	X	X		X		X		X		X		X	
X		X		X		X		X		X		X	
X		X		X		X		X		X		X	
X		X		X		X		X		X		X	
X		X		X		X		X		X		X	
X		X		X		X		X		X		X	
X			X	X		X		X		X		X	
X		X		X		X		X		X		X	
	X		X	X		X			X	X		X	
	X	X		X		X		X		X		X	
X		X		X		X		X		X		X	
X			X		X	X			X	X		X	
	X		X	X		X		X		X		X	
X		X		X		X		X		X		X	
X		X		X		X		X		X		X	
X		X		X		X		X		X		X	
X		X		X		X		X		X		X	
	X		X		X		X		X	X		X	
X		X		X		X		X		X		X	
15	9	18	6	22	2	23	1	21	3	24	0	24	0

Reg. F 2793

