

TEORÍA Y MÉTODO

CULTURA, CUIDADOS DE SALUD Y ENFERMERÍA

RACHEL E. SPECTOR

Ph.D., C.T.N., F.A.A.N.

RESUMEN

Este trabajo es una revisión general de la información científica y de enfermería que se debe tener para realizar Cuidados Culturales. Queda mucho por aprender, pero en cualquier caso, estos son los puntos fundamentales y sobresalientes que se deben ir aumentando con experiencia práctica.

A la vez que entramos en el siglo 21, nos asentamos en el punto crítico de enormes cambios demográficos, sociales y culturales. Estos cambios jugarán un papel dramático y dualista en la práctica de cuidados enfermeros a pacientes, familias y comunidades. Las naciones de todo el mundo -la anterior Unión Soviética, la anterior Yugoslavia, Ruanda, Zaire y el Medio Este por nombrar unas pocas- luchan, a veces de forma violenta, con la cuestión de la diversidad cultural, racial, étnica, y/o religiosa.

Los Cuidados Culturales es un concepto que describe el tipo de cuidados en la enfermería profesional que son culturalmente sensibles, culturalmente congruentes, y culturalmente competentes.

CULTURE, HEALTH CARE AND NURSING

SUMMARY

This presentation is a comprehensive overview of the scientific and nursing information that we must have to deliver Cultural Care. There is much to learn, and these are the foundation and salient points that must then grow with practical experience.

As we enter the 21st century, we are perched on the cutting edge of enormous demographic, social and cultural changes. These changes will play dramatic and dualistic roles in the delivery of nursing care to patients, their families, and communities. Nations around the globe, struggle, often violently, with the issues of cultural, racial, ethnic, and religious diversity.

Cultural Care means culturally sensitive, culturally appropriate, and culturally competent. Cultural Care is imperative to meet the complex nursing care needs of a given person and family. It is the provision of nursing care across cultural boundaries and takes into account the context in which the patient lives as well as the situations in which the patient's health problems arise.

INTRODUCCIÓN

Los Cuidados Culturales es un concepto que describe el tipo de cuidados en la enfermería profesional que son culturalmente sensibles, culturalmente congruentes, y culturalmente competentes. Los Cuidados Culturales son imprescindibles para dar con los necesarios y complejos cuidados de enfermería en una persona o familia dada. Es el proporcionar cuidados de enfermería en los límites culturales y el tomar en consideración el contexto en el que vive el paciente así como las situaciones en las que surgen los problemas de salud del paciente.

—*Culturalmente sensible*: implica que se poseen unos conocimientos básicos y unas actitudes constructivas hacia las tradiciones de salud observadas en los diversos grupos culturales en el lugar en el que se está trabajando (McGee 1992),

—*Culturalmente congruente*: implica que se aplican los conocimientos anteriores subyacentes que se deben poseer para proporcionar a un paciente dado los mejores cuidados de salud posibles, (Bueler, 1992) y

—*Culturalmente competente*: implica que dentro de los cuidados prestados se comprende y se presta atención a la totalidad del contexto de la situación del paciente. Es una compleja combinación de conocimiento, actitudes y habilidades (Lipson, 1996).

Los Cuidados Culturales deben ser el concepto visionario para el 2000. Los conocimientos base de enfermería y los cuidados de enfermería en una sociedad multicultural proporcionan un marco teórico y práctico para ensanchar nuestro conocimiento de las creencias relacionadas con la salud, prácticas y cuestiones que son parte de las experiencias de las personas desde diversos antecedentes culturales. También nos proporciona la oportunidad de explorar, comprender y aprender sobre el pasado de nuestros pacientes y colegas, sus propias perspectivas en SALUD así como de su perspectiva en cuestiones comunitarias y sociales. La enfermera que desarrolla un conocimiento básico y una comprensión de los Cuidados Culturales puede apreciar la diversidad total de la sociedad y las necesidades de los pacientes.

Este trabajo describe los Cuidados Culturales y las formas de identificar las creencias y prácticas tradicionales de salud de pacientes y familias que son miembros de cualquier grupo cultural. A los cinco pasos del proceso de enfermería, se le suman otros tres pasos o componentes; cada uno complementando a los otros para desarrollar un camino hacia los Cuidados Culturales:

1) Valoración del Legado Cultural: ¿Quién es esta persona o familia a la que estás cuidando desde una perspectiva etno-cultural? ¿En qué manera esta persona se identifica con su legado tradicional?

Este es un método para determinar el grado en el que una persona dada o familia se encuentra implicada con las tradiciones de su legado etno-religioso-cultural; se trata con pautas para su interpretación.

2) Fenómenos Culturales que Afectan a la Salud: Esto es una revisión del conocimiento de los seis fenómenos principales, identificados por Giger y Diavidhizar, y cómo estos fenómenos se relacionan con la salud.

3) Valoración de las Tradiciones de Salud: Este es un método para describir tradiciones de salud relacionadas con el mantenimiento, protección y restauración de la salud física, mental y espiritual desde un entramado de nueve dimensiones interrelacionadas.

CAMBIOS EN LA POBLACIÓN

Existen dos factores principales que contribuyen a la necesidad de comprender los Cuidados Culturales. El primero el cambio natural de la población; el otro, las cuestiones que están surgiendo debido a las enormes tasas de inmigración que están teniendo lugar desde 1970.

CONSISTENCIA DEL LEGADO

El primer paso para analizar el sistema de creencias es a través de la teoría del "crisol", en donde la gente ha sido aculturada y absorbida por la cultura dominante a través de escuelas, televisión, radio y películas (McLemore, 1980). Otra teoría es la de la consistencia del legado, en la que se contempla la aculturación como un continuum. Mediante el uso de esta teoría, la enfermera no sólo analiza el grado en el que una persona se identifi-

ca con la cultura dominante sino también cómo se identifica él o ella con una cultura tradicional. Es posible valorar las creencias de salud determinando los lazos que unen a una persona a creencias tradicionales y su estado de aculturación.

La consistencia del legado fue desarrollada en 1980 por Estes y Zitzow para valorar y aconsejar a alcohólicos nativoamericanos dentro de un contexto cultural. Describe "el grado en el que el estilo de vida propio refleja su cultura tribal" (Estes y Zitzow, 1980). La teoría a sido extendida ahora en un intento por estudiar el grado en el que el estilo de vida de cualquier persona refleja la cultura tradicional, tanto si es un europeo, un asiático, un africano, como si es un hispano. Para la misma persona, algunos aspectos de los estilos de vida podrían reflejar el legado cultural, mientras que otros aspectos podrían no guardar relación con el legado debido a que la persona ha sufrido la aculturación (Spector, 1996).

El grado de consistencia del legado es evaluado mediante la determinación de la importancia de la cultura, etnicidad y religión para la persona, aunque es difícil aislar los aspectos específicos de estos factores para dar forma a la visión del mundo de la persona. Estas variables intervienen en la socialización de la persona. Cuando se estudia la religión, la cultura y la etnicidad deben ser también incluidas. Es posible describir y comparar diversas creencias y prácticas de salud y enfermedad dentro de la sociedad.

—Cultura

La cultura son las características sociales inherentes de un grupo humano que se van trasmitiendo de generación en generación (Fejos, 1959). En estas se incluyen la visión del mundo, valores, creencias y pautas de conducta social. Además, la cultura es aprendida y sirve como marco de referencia de nuestra propia personalidad, de las relaciones sociales y para una serie de símbolos. La cultura tiene lugar simultáneamente en el desarrollo cognitivo y comportamental (Bohannan, 1992). La cultura da forma a la manera en que la persona vive la salud y la enfermedad. Estas creencias son una parte integral de la vida.

—Etnicidad

La etnicidad es el sentido de identificación de un grupo cultural asociado a su legado cultural

común y social. Son las características que un grupo puede tener en común. Estas características incluyen nacionalidad, raza, lenguaje, fe religiosa, gustos en las comidas, folklore y bastantes rasgos característicos de apariencia física.

—Religión

La religión es la creencia en un poder o poderes, divino o sobrehumano que existe para ser obedecido y adorado como el creador y que da un orden al universo. Los valores éticos y la religión, así como un sistema de creencias y prácticas rituales, ayudan en gran medida a clasificar la etnicidad (Abramson, 1980) ya que proporcionan un marco de referencia y una perspectiva dentro de la que se puede organizar la información. Las religiones mayoritarias son la Protestante, la Católica, la Ortodoxa, la Musulmana, la Hindú, Bahá'i y el Budismo. Las creencias y prácticas religiosas relacionadas con la salud y la enfermedad son incontables. La dieta, el descanso, el ejercicio, la limpieza, etc., son algunos ejemplos por nombrar unas pocas.

—Socialización

Es el proceso de aprender una cultura. Inicialmente, los niños pequeños son socializados en la cultura de sus familias. Más tarde, van a la escuela en donde tiene lugar la mayor parte de la socialización hacia la cultura dominante. La persona adulta es socializada hacia los roles de los adultos y los roles de trabajo.

La consistencia del legado tiene lugar en un continuum cambiante. Este concepto no estereotipa o diagnostica; es una forma de comprender el pasado sociocultural de un paciente o una familia y la forma en que este crea un marco de referencia dentro del que el paciente puede observar e interpretar los acontecimientos de la vida. El paciente y la familia podrían interpretar estos acontecimientos desde un punto de vista tradicional o moderno.

FENÓMENOS CULTURALES QUE AFECTAN A LA SALUD

Seis fenómenos principales han sido identificados por Giger y Davidhizar (1995) como impactantes en la salud y sus manifestaciones varían tanto dentro de los grupos culturales como entre los grupos:

- 1) *Orientación en el tiempo:* La concepción del tiempo debe ser valorada tanto para el presente, el pasado como para el futuro. Las personas que están orientadas en el tiempo hacia el futuro tienen metas de largo alcance; esta es la orientación de la cultura dominante. Otras personas están orientadas más hacia el presente que hacia el futuro y están menos preocupados en programar hacia delante para llegar a tiempo. El concepto de tiempo no se formula por el hecho de llevar un reloj o seguir un calendario por así decirlo, sino por las necesidades -por ejemplo, comer cuando se tiene hambre, ir a algún lugar cuando se tiene tiempo- según van surgiendo.
- 2) *Espacio Personal y Territorialidad:* El espacio personal implica el lugar de los comportamientos y actitudes de una persona hacia el espacio que se encuentra entorno a uno mismo. La territorialidad es una actitud hacia un área que una persona ha reclamado y defendido o reaccionando emocionalmente cuando otra la ha invadido. El espacio personal y la territorialidad están influidos por la cultura, y de esta manera los diferentes grupos étnicos tienen normas que cambian relacionadas con el uso del espacio.
- 3) *Comunicación:* La comunicación es una parte integral de la cultura, desde que la cultura es considerada como un sistema de metacomunicación. La comunicación al igual que la cultura, influye y refleja la forma en que se expresan los sentimientos y el significado de los lenguajes verbal y no verbal. Las enfermeras deben ser conscientes de diversos factores relacionados con la comunicación. Estos incluyen tanto la comunicación no verbal como la comunicación verbal, los idiomas hablados, la literatura y ejemplos de saludos.
- 4) *Organización social:* Este fenómeno incluye aspectos culturales tales como la unidad familiar, (nuclear, monoparental, familia extensa, orientación paternal o matriarcal, etc.) roles de género o comportamiento, y la organización de los grupos sociales (religioso o étnico) con el que se identifica.
- 5) *Variables biológicas:* Existe un número incontable de variables biológicas o diferencias fisiológicas que contemplan la susceptibilidad para enfermar, las condiciones dermatológicas y los

hábitos en los alimentos y en las comidas existentes entre los grupos étnicos.

- 6) *Hábitos de comida y alimentación:* Los hábitos de comida y alimentación varían ampliamente entre los grupos culturales, de cualquier modo estas costumbres normalmente conllevan una significación emocional y social. Por ello es de ayuda para las enfermeras el tener una comprensión general de los hábitos de alimentación de los pacientes de diferentes culturas. Deberíamos ser conscientes de los significados culturales de la comida y de las preferencias en los alimentos.
- 7) *Control del entorno:* Esta es la habilidad de los miembros de un determinado grupo cultural para planificar actividades que controlen la naturaleza o dirijan los factores del entorno. Se encuentra incluidos los complejos sistemas de salud tradicional y las creencias sobre la enfermedad, las prácticas folk de medicina, y el empleo de sanadores tradicionales. Estas creencias y prácticas juegan un rol vital en la respuesta que un paciente, familia o comunidad dada pudiesen tener con respecto al sistema de cuidados de salud y forman un nexo de unión con las Tradiciones de Salud.

TRADICIONES DE SALUD

El Modelo de Tradiciones de Salud describe las tradiciones relacionadas con el mantenimiento, protección y restauración de la salud física, mental y espiritual en una estructura de nueve dimensiones interrelacionadas. Con el propósito de entender las Tradiciones de Salud, la SALUD debe ser definida como el equilibrio de una persona, tanto dentro del ser de cada uno -físico, mental y espiritual- y dentro del entorno externo -natural, familiar, comunitario y metafísico-. Las tradiciones de salud son las creencias y prácticas que la persona o la familia pueden tener con el propósito de mantener, proteger y restaurar su salud.

- Las creencias y prácticas para el mantenimiento de la SALUD incluidos fenómenos tales como actividades diarias relacionadas con la salud, dieta, ejercicio, descanso, vestimenta, etc.
- Las creencias y las prácticas para la protección de la SALUD incluidas el uso actividades especiales relacionadas con la salud tales como dieta (tabúes en las comidas), ejercicio (actividades espe-

ciales según la época del año), vestimenta (prendas para abrigarse de uso diario), etc.

- Las actividades para la restauración de la SALUD incluidos cambios en la dieta que se necesiten, descanso, etc. Las creencias y prácticas para el mantenimiento, protección y restauración de la SALUD que se pueden encontrar entre las personas con diferentes pasados etnoculturales son infinitas. Existen diferencias individuales tanto dentro de un grupo dado de personas como entre los grupos.

SALUD-Creencias Tradicionales

Las creencias de una persona acerca de la salud y la enfermedad y las causas o tratamientos de la enfermedad forman parte de las creencias de salud de la persona. Las creencias modernas son creencias de salud "establecidas, científicas" (por ejemplo, las bacterias y los virus causan enfermedades transmisibles y los antibióticos son el tratamiento efectivo para las infecciones bacterianas).

Cuando una persona piensa que el "mal de ojo" o la "envidia" son la causa de la enfermedad para cuya patología el mejor tratamiento es sacar la "fuente del mal o la envidia", esta tiene creencias tradicionales. Un pasado religioso o étnico podría producir estas creencias. Otro aspecto tradicional es el que hace referencia al equilibrio; por ejemplo los chinos piensan que factores como el yin (femenino, negativo, oscuro y el frío) y el yang (masculino, positivo, la luz y la calidez) deben estar en equilibrio o la creencia latina de que el calor y el frío deben estar en equilibrio.

SALUD-Prácticas Tradicionales

Las prácticas de salud son acciones que uno realiza para prevenir o tratar la enfermedad. Las prácticas modernas de salud son identificadas por los profesionales de la salud contemporáneos como formas establecidas, científicas de prevenir la enfermedad (por ejemplo las inmunizaciones) y tratar la enfermedad (por ejemplo la medicación o los procedimientos quirúrgicos). Las prácticas tradicionales de salud son aquellas en las que una persona lleva amuletos para protegerse del "mal de ojo", toma determinados alimentos para prevenir la enfermedad o usa la medicina popular o a sanadores para tratar la enfermedad.

Remedios Tradicionales

El uso de una perspectiva folk o tradicional en los cuidados está cada vez más admitidos, y la práctica se debería contemplar entre personas de todos los lugares y con cualquier antecedente cultural o étnico. Entre las personas que tienen una consistencia en el legado, esto no es una nueva práctica, ya que muchos de los remedios han sido usados, pasando de generación en generación. Las propiedades farmacología de las plantas, los vegetales, las raíces, las flores, las semillas, y las hierbas han sido estudiadas, experimentadas, catalogadas, y usadas desde hace muchos siglos. Muchas de estas plantas son usadas por determinadas comunidades; otras comunidades étnicas entrecruzadas y según la localización geográfica. Estos remedios se adquieren generalmente en tiendas especiales o mercados que son regentados por los miembros de la comunidad, o pueden ser adquiridas en el país de origen de la persona. Con frecuencia, los ingredientes activos de estos remedios tradicionales son desconocidos. Cuando los pacientes no se adhieren a un régimen farmacológico, se debe realizar un esfuerzo para determinar si están tomando remedios tradicionales.

SALUD-Sanadores Tradicionales

En un contexto tradicional, el sanar es la restauración de la persona a un estado de salud. Dentro de una comunidad tradicional, hay sanadores específicos que tienen el poder de sanar. El sanador puede ser un hombre o una mujer y lo más frecuente es que la persona piense que ha recibido el regalo de poder sanar desde una fuente divina.

En muchas ocasiones, la persona que tiene consistencia en el legado puede consultar a un sanador tradicional antes, en lugar, o a la vez que consulta a un profesional de la salud occidental. La relación entre la persona y el sanador es con bastante frecuencia mucho más cercana que la que se tiene con una persona que proporciona cuidados de salud profesionalmente. El sanador comprende el problema dentro de un contexto cultural, habla la misma lengua, y comparte una visión similar del mundo. Lo que sigue a continuación son algunos ejemplos de sanadores tradicionales: un curandero es un ejemplo de una persona con un don dado por Dios para sanar usando un enfoque religioso.

Cuidados Culturales y el Proceso de Enfermería

Cuando cuidamos a los pacientes, usamos el proceso de enfermería. Puesto que somos con frecuencia de un grupo cultural diferente al del paciente, debemos considerar nuestros valores específicos, comportamientos, y actitudes durante todas las etapas del proceso de enfermería.

• VALORACIÓN

La valoración inicial que debemos realizar es la que se refiere a su propia legado y tradiciones de salud. Este proceso nos permite ver nuestras propias tradiciones, las acciones de enfermería que hemos aprendido, y nuestras creencias sobre los pacientes de una forma más amplia en la que observamos tanto similitudes como diferencias en las creencias de salud y prácticas.

Valoración de los Cuidados Culturales

Debe haber una conciencia de nuestro propio legado etnocultural, tanto como persona como enfermera. Además, se debe desarrollar una consistencia y una sensibilidad hacia las creencias y prácticas de salud del legado del paciente. Esta sensibilidad y conciencia se puede desarrollar a través de una valoración cuidadosa del legado del paciente y de las creencias culturales.

Los datos de la Valoración del Legado que se deben recoger incluyen: La edad del paciente, la etnia de origen, la raza, el lugar de nacimiento, la religión, y la identificación con un determinado legado. El anexo es una muestra de una herramienta de valoración de los factores que comprende la consistencia del legado y algunas de las preguntas que se deben formular para determinar las circunstancias del paciente y de la familia (antes de que estas cuestiones sean preguntadas al paciente o a la familia, la enfermera debería valorar y comprender su legado personal etnorreligioso). Mediante el uso de esta herramienta, la enfermera puede determinar el grado en el que el paciente se identifica con su legado. La persona que se identifica profundamente con un legado tradicional -contesta la mayoría de las preguntas positivamente- es más susceptible de mantener las creencias tradicionales de salud de un grupo.

Los datos relacionados a los Fenómenos Culturales están unidos al descubrimiento de migraciones, hábitos y costumbres, los comporta-

mientos valorados, sanciones y restricciones culturales, el lenguaje y el proceso de la comunicación. Los datos sociológicos incluyen el estatus económico, el estatus educacional, las redes sociales, las redes de apoyo familiar, los sistemas de apoyo comunitarios, y la influencia del racismo en las instituciones. Las enfermeras que realiza su trabajo en un lugar en donde los pacientes proceden de culturas que no son la misma que la de ella debería ser conocedora de esta información y buscar fuentes de donde poder aprender.

Los datos referentes a las Tradiciones de Salud incluyen las creencias de SALUD y sanación y sus prácticas, variables no tradicionales, y las prácticas alimenticias.

El Diagnóstico Enfermero

Los diagnósticos de enfermería dentro del campo de los Cuidados Culturales son los mismos que los que se utilizan para cualquier paciente; sin embargo, hay diagnósticos específicamente relacionados con las diferencias culturales. Cuando se determina un diagnóstico enfermero para un paciente, se debería ser tan específico como fuese posible a la hora de identificar las variables culturales con tal de individualizar intervenciones que puedan ser planificadas y culturalmente apropiadas. También identificamos grupos de características definitorias que apoyan la etiqueta diagnóstica.

• PLANIFICACIÓN

Cuando se establecen las metas y los logros que se esperan en los cuidados y en las intervenciones planificadas, se deben considerar las intervenciones dentro de los Cuidados Culturales. Los familiares cercanos deberían ser implicados en los cuidados, por ejemplo en el caso de que la familia sea el grupo de apoyo más fuerte del paciente. Las creencias y prácticas culturales pueden ser incorporadas dentro de la terapia para ayudar a alcanzar logros realistas en los cuidados. Esto es especialmente importante si las intervenciones están enfocadas hacia el cambio del comportamiento del paciente. Cuando hay factores culturales que influyen en la planificación de los cuidados, el paciente y los miembros de la familia clave deben convertirse en participantes activos en el plan.

• PUESTA EN PRÁCTICA

La educación al paciente y la comunicación efectiva son intervenciones importantes cuando el legado cultural o étnico del paciente es un factor a tener en cuenta en la programación de los cuidados de salud. La competencia cultural en los cuidados implica la explicación de todos los aspectos de los cuidados de forma que se asegure la comprensión del paciente del plan terapéutico. Si las habilidades en el lenguaje de un paciente inhabilitan la comunicación, debemos usar intérpretes, signos de palabras, o gráficos. Las enfermeras que son sensibles a los aspectos culturales deberían alternar formas usuales de interacción con los pacientes para evitar ofender o alienar a los pacientes o a los miembros de la familia con diferentes actitudes hacia la interacción social y las etiquetas. Por ejemplo, un paciente que se muestra vergonzoso de una forma especial hacia su cuerpo necesitará una preparación psicológica antes de algunos procedimientos o pruebas. De la misma forma, cuando el sentimiento de vergüenza es manifiesto, si se trata de una mujer DEBE estar acompañada por otra mujer y si fuese posible una mujer DEBE realizar el examen. Por otra parte la familia y el paciente deberían ser implicados en todos los aspectos de los Cuidados Culturales. Esto debería suceder en todos los casos, incluso si los cuidados de enfermería no pudiesen ser alterados debido a la condición del paciente.

El hecho de discutir con el paciente y la familia cualquier cuestión cultural relacionada con los cuidados asegura la individualización de las intervenciones ya que el paciente comprenderá la forma en que las variables culturales están relacionadas con las creencias y las prácticas de salud.

La comunicación y una mente abierta son claves para el éxito de las intervenciones en Cuidados Culturales con los pacientes. En casi todos los casos la enfermera será capaz de adaptar las intervenciones de enfermería para evitar conflictos culturales tras la comprensión del paciente de que la enfermera mantiene el respeto por su legado y la individualidad del paciente y su familia.

• EVALUACIÓN

La enfermera culturalmente competente evalúa los resultados de los cuidados de enfermería y de los Cuidados Culturales determinando en qué

medida se han alcanzado las metas planificadas. La evaluación se mantiene a lo largo de todo el proceso de enfermería y debería incluir una clara retro-alimentación por parte del paciente y la familia. Es obvio que una concisa comunicación es vital para evaluar el progreso que el paciente realiza en la programación de cuidados. Nuestra autoevaluación es también crucial a la vez que incrementamos nuestras habilidades para interactuar con los pacientes. Se deben considerar las siguientes cuestiones:

1. ¿Estoy abierta a la comprensión de la forma en que las tradiciones de SALUD del paciente son diferentes de las mías?
 2. ¿He prestado suficiente atención a la comunicación con los pacientes con habilidades limitadas en el lenguaje?
 3. ¿He implicado de forma beneficiosa a la familia del paciente en el proceso de enfermería de Cuidados Culturales?
 4. ¿Estoy incorporando las creencias y prácticas tradicionales de SALUD en las terapias de enfermería?
 5. ¿La relación terapéutica con el paciente es culturalmente sensible y culturalmente apropiada?
- Deberíamos evaluar nuestra actitud hacia los Cuidados Culturales en enfermería. Hay quienes piensan que se debe tratar a todos los pacientes de la misma manera y simplemente actuar de forma natural, pero esta actitud falla en el reconocimiento de que las diferencias culturales existen y de que no hay ningún comportamiento humano "natural". No podemos actuar de la misma forma con todos los pacientes y seguir pensando que prestamos cuidados culturalmente competentes. En ocasiones las enfermeras que no tienen mucha experiencia son perfectamente conscientes de las diferencias pero a la vez actúan con tanto miedo por cometer un error que ponen trabas en el proceso de enfermería por no hacer preguntas sobre los aspectos diferentes o por no hacer otras muchas preguntas que parecen entrometerse en la vida del paciente.

CONCLUSIONES

La necesidad de realizar Cuidados Culturales y de ser sensible hacia las diferencias culturales de los diferentes pacientes va en aumento. Se nos ha retado a aprender acerca de las diferentes culturas ya que realizamos nuestro trabajo en una sociedad

cada vez más multicultural. Los Cuidados Culturales en enfermería son la integración efectiva de los antecedentes etnoculturales del paciente y las sus tradiciones de SALUD en los cuidados de enfermería, que están basados en el proceso de enfermería. El prestar atención a la manera en que varían los pacientes con diferentes antecedentes culturales es importante si la enfermera quiere proporcionar Cuidados Culturales de enfermería efectivos a todos los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAMSON, H.J. (1980) Religion en Thermstrom S, editor: The Harvard encyclopedia of American ethnic groups. Harvard University Press. Cambridge.
- BECK, R (1996) The case against immigration. W W Norton. Nueva York.
- BOHANNON, P. (1992) We the alien. Waveland Press.
- BUEHLER, J. (1992) Traditional Crow Indian health belives and practices. Journal of holistic nursing 10(1): 18-33
- DRESSER, N. (1996) Multicultural Manners. J Wiley & Sons. Nueva York.
- ECK, D. (1995) World Religions in Boston. Harvard University Press. Cambridge.
- ESTES, G.; ZITZOW, D.(1980) Heritage consistency as a consideration in counselling Native Americans. Trabajo presentado en la convención de la National Indian Education Association. Dallas.
- FEJOS, P. (1959) Man, magic and medicine en Goldstone I, editor:Medicine and anthropology. International University Press. New York.
- GIGER, J.;DAVIDHIZAR, R. (1995) Transcultural nursing intervention. Mosby. St. Louis.
- HALL, ET. (1963) Proxemics: the study of man's spatial relations. In Goldstain I, editor: Man's image in medicine and antrhopology. International University Press. Nueva York.
- HODGKINON, H. (1988) The changing demographics of minority populations and their effects on American higher education: trends, projections, and larger implications. Address delivered at the conference on Developing Multi-Cultural Leadership for the Twenty-First Century. Boston College. Boston.
- LIPSON, J. (1996) Culturally competent nursing care en Lipson, J.; Dibble, S.; Minarik, P.: Culture & Nursing Care: A Pocket Guide. University of San Francisco Press. San Francisco.
- MCGEE, P.(1996) Culturally sensitive and culturally comprehensive care. British Journal of Nursing 3(15): 789-792
- MCLEMORE, S. (1980) Racial and ethnic relations in America. Allyn & Bacon. Newton.
- SPECTOR, R. (1996) Culture, ethnicity, and nursing en Potter, PA. y Perry, AG.: Fundamentals of Nursing. Mosby. St. Louis.
- (1996) Cultural Diversity in Health and Illness. Appleton&Lange. Norwalk.
- (1996) Guide to Heritage Assesment and Health Traditions. Appleton&Lange. Norwalk.
- THERNSTROM, S. Editor (1980) The Hardvard Encyclopedia of American ethnic groups. Hardvard University Press. Cambridge.
- U. S. Bureau of the Census, Corrent Population Reports (1991) 1990 Census of Population and Housing, Summary Population and Housing Characteristics, Unated States, Washington DC. U. S. Goverment Printing Office.
- YOOS, H.; KITZMAN, H.; OLDS, D.; OVERACKER, I. (1995) Child rearing belives in the African-American community: implications for culturally competent pediatric care. Journal of Pediatric Nursing 10(6): 343-359

INTRODUCTION

This presentation is a comprrehensive overview of the scientific and nursing information that we must have to deliver CulturalCare. There is much to learn and this is the foundation and salient points that must then grow with practical experience.

As we enter the 21 st century, we are perched on the cutting edge of enormous demographic, social, and cultural change. These changes will play dramatic, and dualistic roles in the delivery of nursing care to patients, their families, and communities. Nations around the globe - the former Soviet Union, the former Yugoslavia, Rwanda, Zaire, and the Middle East to name a few - struggle, often violently, with the issues of cultural, racial, ethnic, and/or religious, diversity.

CulturalCare is a concept that describes professional nursing care that is culturally sensitive, culturally appropriate, and culturally competent. CulturalCare is imperative to meet the complex nursing care needs of a given person and family. It is the provision of nursing care across cultural boundaries and takes into account the context in which the patient lives as well as the situations in which the patient's health problems arise.

—*Culturally sensitive* - implies that we possess some basic knowledge of and constructive attitudes towards the health traditions observed among the diverse cultural groups found in the setting in which we are practicing (McGee 1992),

—*Culturally appropriate* - implies that we apply the underlying background knowledge that must be possessed to provide a given patient with the best possible health care, (Buehler, 1992) and

—*Culturally competent* - implies that within the delivered care we understand and attend to the total context of the patient's situation and it is a complex combination of knowledge, attitudes, and skills. (Lipson, 1996).

CulturalCare must be the visionary concept for 2000. The nursing knowledge base and Nursing care in a multicultural society provides a knowledge and practice framework for broadening our understanding of health-related beliefs, practices, and issues that are part of the experiences of people from diverse cultural backgrounds. It also provides us the opportunity to explore, understand, and learn from the background of patients and fellow workers, their unique perspectives on HEALTH as well as their perspective on community and social issues. The nurse who develops a basic knowledge and understanding of CulturalCare can appreciate the total diversity of society and the needs of all patients.

This presentation describes CulturalCare and ways of identifying the traditional HEALTH beliefs and practices of patients and families who are members of any cultural group. In addition to the five step nursing process, there are three steps, or components - each complimenting the other to develop a path to CulturalCare:

- 1. *Heritage Assessment* - WHO IS THIS PERSON or FAMILY for whom you are caring from an ethno-cultural perspective? How deeply does this

person identify with his or her traditional heritage? This is a method for determining the degree to which a given person or family relates to the traditions of their ethno-religious-cultural heritage; it is discussed with guidelines for interpretation;

- 2. *Cultural Phenomena Affecting Health* - This is an overview of the knowledge of the six major phenomena, identified by Giger and Diavdzhizar, and how these phenomena relate to HEALTH; and

- 3. *The Health Traditions Assessment* - This is a method for describing health traditions related to the maintenance, protection, and restoration of physical, mental, and spiritual health in a nine dimensional inter-related fabric.

POPULATION CHANGES

There are two major factors that contribute to the need to understand CulturalCare. One is the natural shift in the population; the other, the issues that are erupting because of the enormous immigration rates since 1970.

HERITAGE CONSISTENCY

The first step in analyzing belief systems is through the «melting pot» theory, whereby people have been acculturated and assimilated into the dominant culture through schools, television, radio, and motion pictures (McLemore, 1980). Another theory is heritage consistency, which looks at acculturation as a continuum. Using this theory, the nurse not only analyzes the degree to which a person identifies with the dominant culture but also how he or she identifies with a traditional culture. It is possible to assess health beliefs by determining a person's ties to traditional beliefs and his or her stage of acculturation.

Heritage consistency was developed in 1980 by Estes and Zitzow to assess and counsel Native American alcoholics within a cultural context. It describes «the degree to which one's life-style reflects his/her tribal culture» (Estes and Zitzow, 1980). The theory has now been expanded in an attempt to study the degree to which any person's life-style reflects the traditional culture, whether it is European, Asian, African, or Spanish. For the same person, some aspects of life-style may reflect cultural heritage, whereas other aspects are inconsistent with that heritage because the person has undergone acculturation (Spector, 1996).

The degree of heritage consistency is evaluated by determining the importance of culture, ethnicity, and religion to a person, although it is difficult to isolate the specific aspects of these factors that shape a person's world view. These variables intertwine in the socialization of the person. When religion is discussed, culture and ethnicity must also be included. It is possible to describe and compare diverse health and illness beliefs and practices within society.

—Culture

Culture is the socially inherited characteristics of a human group that are transmitted from one generation to the next (Fejos, 1959). These include world view, values, beliefs, and patterns of social conduct. In addition, culture is learned and serves as the framework of our individuality and personhood, of social relationships, and a series of symbols. Culture occurs simultaneously in a person's cognitive and behavioral development (Bohannan, 1992). Culture shapes a person's way of experiencing health and illness. Such beliefs are an integral part of life.

—Ethnicity

Ethnicity is a cultural group's sense of identification associated with its common social and cultural heritage. It is the characteristics a group may have in common. These characteristics include nationality, race, language, religious faith, food preferences, and folklore and many traits relevant to physical appearance.

—Religion

Religion is the belief in a divine or superhuman power or powers to be obeyed and worshipped as the creators and rulers of the universe. Ethical values and religion, a system of beliefs and practices, further clarify ethnicity (Abramson, 1980) by providing a frame of reference and perspective within which to organize information. The major religions are Protestant, Catholic, Jewish, Eastern Orthodox, Muslim, Hindu, Baha'i, and Buddhist. Countless religious beliefs and practices are related to health and illness. Examples include diet, rest, exercise, cleanliness, and so forth.

—Socialization

This is the process of learning a culture. Initially, young children are socialized into the culture of their families. Later, they attend scho-

ols where a great deal of socialization into the dominant culture takes place. The adult person is socialized into adult and occupation roles.

Heritage consistency occurs on an ever-changing continuum. This concept does not stereotype or diagnose; it is a way to understand a patient's or family's sociocultural background and how it creates a framework within which the patient can view and interpret life events. The patient and family may interpret events through a traditional or modern viewpoint.

CULTURAL PHENOMENA AFFECTING HEALTH

Six major phenomena have been identified by Giger and Davidhizar (1995) as impacting on health and their manifestations vary both within cultural groups and between groups:

- 1) *Time Orientation.* Time may be viewed in the present, past, or future. People who are future oriented have long range goals; this is the orientation of the dominant culture. Other people are oriented more to the present than the future and are less concerned about planning ahead to be on time. The concept of time is not formulated by wearing a watch or following the calendar per say, but by the needs - for example, eating when hungry, going someplace when able - as they arise .
- 2) *Personal Space and Territoriality.* Personal space involves a person's set of behaviors and attitudes toward the space around the self. Territoriality is an attitude toward an area a person has claimed and defends or reacts emotionally about when another encroaches on it. Personal space and territoriality are influenced by culture, and thus different ethnic groups have varying norms related to the use of space.
- 3) *Communication.* Communication is an integral part of culture, since culture can be called a metacommunication system. Communication, like culture, influences and reflects how feelings are expressed and what verbal and non-verbal languages mean. Nurses must be sensitive to several factors related to communication. These include both nonverbal and verbal communication, languages) spoken, literacy in English, and examples of greetings.

- 4) *Social organization.* This phenomena includes cultural aspects such as the family unit, (nuclear, single parent, extended family, paternal, maternal orientation, etc.) gender roles and behavior, and the socialgroup organizations (religious or ethnic) with which identification takes place.
- 5.—*Biological variations.* Countless biological variations or physiological differences regarding susceptibility to disease, dermatological conditions, and food and eating habits exist among ethnic groups.
- 6.—*Food and Feeding Habits.* Food and feeding habits vary widely among cultural groups, but these customs usually carry emotional and social significance. Therefore it helps for nurses to have a general understanding of the food habits of ethnic patients. We should be sensitive to cultural meanings of eating and food preferences.
- 7.—*Environmental control* is the ability of members of a particular cultural group to plan activities that control nature or direct environmental factors. Included are the complex systems of traditional health and illness beliefs, the practices of folk medicine, and the use of traditional healers. These beliefs and practices play a vital role in the response that a given patient/family/community may have in respect to the health care system and form the link to the Health Traditions.

HEALTH TRADITIONS

The *HEALTH Traditions Model* describes the traditions related to the maintenance, protection, and restoration of physical, mental, and spiritual health in a nine dimensional inter-related fabric. In order to understand Health Traditions, HEALTH must be defined as the balance of the person, both within one's being - physical, mental, and spiritual - and within the outside environment - natural, familial and communal, and metaphysical. The Health Traditions are the beliefs and practices the person or family may have in order to maintain, protect, and restore their HEALTH.

- The HEALTH maintenance beliefs and practices include such phenomena as daily health related activities, diet, exercise, rest, clothing, and so forth.

- HEALTH protection beliefs and practices include the use of special health related activities, such as diet - food taboos; exercise - special, seasonal activities; clothing;- protective items worn daily, and so~ forth.
- HEALTH restoration activities include necessary diet changes, rest, special clothing, and so forth. The HEALTH maintenance, protection and restoration beliefs and practices that may be found among people from different ethnocultural backgrounds is infinite. There are individual differences both within a given group of people and between groups.

HEALTH - Traditional Beliefs

A person's beliefs about health and illness and the causes or treatments of illness are that person's health beliefs. Modern beliefs are «established, scientific» health beliefs (for example, bacteria or viruses cause communicable diseases and antibiotics are effective treatment for bacterial infections).

When a person thinks the «evil eye» or «envy» is the cause of illness and that disease is best treated by removing the «source of evil or envy,» he or she has traditional beliefs. A religious or ethnic background may produce these beliefs. Another traditional theme is that of balance; for example, the Chinese believe that factors such as yin (feminine, negative, dark, and cold forces) and yang (masculine, positive, light, and warm forces) must be in balance, and the Spanish believe that «hot» and «cold» must be balanced.

HEALTH - Traditional Practices

Health practices are actions one performs to prevent or treat illness. Modern health practices are recognized by contemporary health care workers as established, scientific ways of preventing illness (e.g., immunizations) and treating illness (e.g., medication and surgery). Traditional health practices are those in which a person wears amulets to ward off «evil,» eats select foods to prevent illness, and uses folk medicine or healers to treat illness.

Traditional Remedies

The admitted use of folk or traditional approach to care is increasing, and the practice may be observed among people from all walks of life and

cultural and ethnic backgrounds. Among people who are heritage consistent, this is not a new practice, and many of the remedies have been used and passed on for generations. The pharmaceutical properties of vegetation-plants, roots, stems, flowers, seeds, and herbs-have been studied, tested, catalogued, and used for many centuries. Many of these plants are used by specific communities; others cross ethnic-community lines and are used geographically. These remedies are generally purchased in special stores or markets that serve the members of the community, or they may be purchased in the person's country of origin. Frequently, the active ingredients of these traditional remedies are unknown. When patients do not adhere to a pharmacological regimen, an effort must be made to determine whether they are taking traditional remedies.

HEALTH - Traditional Healers

In the traditional context, healing is the restoration of the person to a state of HEALTH. Within a traditional community, there are specific healers who have the power to heal. The healer may be a man or woman and is most often a person thought to have received the gift of healing from a divine source.

In many instances, a person who is heritage consistent may consult a traditional healer before, instead of, or concurrent with the use of a Western health care provider. The relationship between the person and healer is quite often much closer than that of the person and the health care professional. The healer understands the problem within a cultural context, speaks the same language, and shares a similar world view. The following are some examples of traditional healers: A Curandero is an example of a person with a god-given ability to heal using a religious approach

CulturalCare and the Nursing Process

When caring for patients, we use the nursing process. Because we are frequently from a cultural group other than that of the patient, we must consider our patient's cultural values, behaviors, and attitudes during all stages of the nursing process.

• ASSESSMENT

The initial assessment we must make is that of their own heritage and health traditions. This

process enables us to view our personal traditions, the nursing actions we have learned, and our patients' beliefs in a wider way wherein we will observe both similarities and differences of health beliefs and practices.

CulturalCare Assessment

There must be an awareness of our own ethnocultural heritage, both as a person and as a nurse. In addition, an awareness and sensitivity must be developed to the health beliefs and practices of a patient's heritage. This sensitivity and awareness can be developed through careful assessment of a patient's heritage and cultural beliefs. -

The Heritage Assessment data to be gathered includes: The patient's age, ethnic origin, race, place of birth, religion, and identification with a given heritage. The box on p. — is a sample assessment tool of the factors comprising heritage consistency and some sample questions that may be asked to determine the patient's and family's circumstances. {Before these questions are asked of a patient or family, the nurse should first assess and understand personal ethnoreligious heritage.} By using this tool, the nurse can determine the degree to which a patient identifies with his or her heritage. A person who deeply identifies with a traditional heritage - answers the majority of questions positively - is more likely to maintain the traditional health beliefs of the group.

The data relating to the Cultural Phenomena is gathered to discover relocations, habits and customs, valued behaviors, cultural sanctions and restrictions, language and communication processes. Sociological data includes economic status, educational status, social networks, family support networks, community support systems, and the influence of institutional racism. Nurses who are practicing in a setting where the patients come from cultures that are not their own should be knowledgeable in this information and seek resources wherein they can learn it.

The Health Traditions data include HEALTH and healing beliefs and practices, nutritional variables, and food practices.

Nursing Diagnosis

Nursing diagnoses within the scope of CulturalCare are the same as those for any patient;

however, there are diagnoses specifically related to cultural differences. When determining nursing diagnoses for a patient, we should be as specific as possible when identifying cultural variables so individualized interventions can be planned and culturally appropriate. We also identify clusters of defining characteristics that support the diagnostic label.

• PLANNING

When establishing the goals and expected outcomes of care and planning interventions, CulturalCare interventions are considered. The extended family should be involved in care, for example, if the family is the patient's strongest support group. Cultural beliefs and practices can be incorporated into therapy to help achieve realistic outcomes of care. This is especially important if interventions will eventually be directed toward changing the patient's behavior. When cultural factors influence the planning of care, the patient and key family members must become active participants in the plan.

• IMPLEMENTATION

Patient education and effective communication are important interventions when a patient's ethnic or cultural heritage is a factor in the plan of care. Culturally competent care implies that an explanation of all aspects of care ensures a patient's understanding of the therapeutic plan. If a patient's language skills inhibit communication, we may use interpreters word signs, or charts. The culturally sensitive nurses may have to alter usual ways of interacting with patients to avoid offending or alienating a patient and family members with different attitudes toward social interaction and etiquette. For example, a patient who is modest and self-conscious about the body will need psychological preparation before some procedures and tests. Also, when modesty is a pertinent issue, a female chaperon MUST be present and if possible a female MUST do the exam.

The patient and family should be involved in all aspects of CulturalCare. This should occur in every case, even if nursing care cannot be modified because of the patient's condition. Discussing with the patient and family any cultural questions related to care ensures individualization of interven-

tions because the patient will understand the way cultural variables relate to health beliefs and practices. Communication and open-mindedness are keys to successful CulturalCare interventions with patients. In almost all cases the nurse will be able to adapt nursing interventions to avoid cultural conflicts after the patient understands that the nurse maintains respect for the patient and family's heritage and individuality.

• EVALUATION

The culturally competent nurse evaluates the results of nursing care and CulturalCare by determining the extent to which the goals of care have been met. Evaluation continues throughout the nursing process and should include clear feedback from the patient and family. Clear, concise communication is critical to evaluate the progress of the patient's care fairly. Our self-evaluation is also crucial as we increase our skills for interacting with patients. The following questions must be considered:

1. Am I open to understanding ways in which the patient's HEALTH traditions differ from mine?
2. Have I given ~ufficient attention to communicating with the patient with limited language skills?
3. Have I successfully involved the patient's family in the CulturalCare nursing process?
4. Am I incorporating the patient's traditional HEALTH beliefs and practices into nursing therapies?
5. Is my therapeutic relationship with the patient culturally sensitive and culturally appropriate?
- We should evaluate our attitude toward CulturalCare nursing. Some may believe that they should treat all patients the same and simply act naturally, but this attitude fails to acknowledge that cultural differences exist and that there is no «natural» human behavior. We cannot act the same with all patients and still hope to deliver culturally competent care. Sometimes inexperienced nurses are so self-conscious about cultural differences and so afraid of making a mistake that they impede the nursing process by not asking questions about areas of difference or by asking so many questions that they seem to pry into the patient's personal life.

CONCLUSIONS

The need to practice CulturalCare and to be sensitive toward culturally different patients is growing. We are challenged to learn about different cultures because we practice in a multicultural society. CulturalCare nursing is the effective integration of the patient's ethnocultural background and HEALTH traditions into nursing care, which is based on the nursing process. Awareness of ways in which patients with varying cultural backgrounds differ is important if the nurse is to provide safe and effective CulturalCare nursing care to all patients.

REFERENCES

- Abramson HJ: Religion. In Thermstrom S, editor: *The Harvard encyclopedia of American ethnic groups*, Cambridge, Mass., 1980, Harvard University Press.
- Beck R: *The case against immigration*, N Y, 1996, W W Norton.
- Bohannon P: *We, the alien*, Prospects Heights 111, 1992, Waveland Press.
- Buehler J: Traditional Crow Indian health beliefs and practices, *Journal of holistic nursing* 10(1): 18-33, 1992.
- Dresser N: *Multicultural Manners*, New York, 1996, J Wiley & Sons.
- Eck D: *World Religions in Boston*. Cambridge, 1995, Harvard University Press.
- Estes G and Zitzow D: Heritage consistency as a consideration in counseling Native Americans. Paper presented at the convention of the National Indian Education Association, Dallas, 1980.
- Fejos P: Man, magic, and medicine. In Goldstone 1, editor: *Medicine and anthropology*. New York, 1959, International Universities Press.
- Giger J and Davidhizar R: *Transcultural nursing intervention*, ed 2, St. Louis, 1995, Mosby.
- Hall ET: Proxemics: the study of man's spatial relations. In Goldstein 1, editor. *Man's image in medicine and anthropology*. New York, 1963, International Universities Press.
- Hodgkinson H: The changing demographics of minority populations and their effects on American higher education: trends, projections, and larger implications. Address delivered at the conference on Developing Multi-Cultural Leadership for the Twenty-First Century, Boston, Mass., June 15, 1988, Boston College.
- Lipson J.; culturally competent nursing care, in Lipson J, Dibble S and Minarik P *Culture & Nursing Care: A Pocket Guide*, San Francisco, 1996, University of San Francisco Press, p.1.
- McGee P: Culturally sensitive and culturally comprehensive care, *British Journal of Nursing*, 3(15): 789-792, 1996.
- McLemore S: *Racial and ethnic relations in America*, Newton, Mass., 1980, Allyn & Bacon.
- Spector R: Culture, ethnicity, and nursing. In Potter PA and Perry AG: *Fundamentals of Nursing*. ed 4, St. Louis, 1996, Mosby.
- Cultural Diversity in Health and Illness*. ed 4, Norwalk, Conn., 1996, Appleton&Lange.
- Guide to Heritage Assessment and Health Traditions*, Norwalk, Conn., 1996, Appleton & Lange.
- Thernstrom S, editor *The Harvard encyclopedia of American ethnic groups*. Cambridge, Mass., 1980, Harvard University Press.
- U.S. Bureau of the Census, Current Population Reports, 1990 Census of Population and Housing, Summary Population and Housing Characteristics, United States, Washington, DC, 1991, U.S. Government Printing Office.
- Yoos H, Kitzman H, Olds D and Overacker I: child rearing beliefs in the African-American community: implications for culturally competent pediatric care, *Journal of Pediatric Nursing*, 10(6): 343-359. 1995.

