

La experiencia de enfermeras cuidando a familias culturalmente diversas: una metátesis cualitativa¹

Saidy Eliana Arias Murcia²
Lucero Lopez³

Objetivo: comprender la experiencia de enfermeras cuidando a familias culturalmente diversas. Método: metátesis cualitativa. Búsqueda exhaustiva en siete bases de datos, tres repositorios y búsqueda manual en referencias sin límite de tiempo en idioma inglés, español y portugués. 1609 estudios resultaron potencialmente relevantes. Éstos fueron evaluados en base a título, resumen y texto completo determinando la inclusión final de 14 estudios. Dos revisores independientes emplearon el Critical Appraisal Skills Programme (CASP) para valorar la calidad. La síntesis interpretativa implicó contraste permanente y consenso entre autores, arrojando cuatro categorías y un meta-tema. Resultados: "cuidar a la familia culturalmente diversa, la experiencia de cruzar una cuerda floja". Conclusión: la experiencia de enfermeras cuidando a familias culturalmente diversas es exigente y desafiante porque imprime una tensión constante entre barreras, manifestaciones culturales y la responsabilidad ética de cuidado, donde emergen elementos de la competencia cultural de manera incipiente. La omisión de información en el reporte de participantes en los estudios constituyó una limitación. Los hallazgos proporcionan una línea de base para que los profesionales y organizaciones concentren sus esfuerzos de intervención sobre las barreras persistentes en el cuidado a las familias culturalmente diversas y reafirman la necesidad de formación de enfermeros en competencia cultural.

Descriptores: Revisión; Enfermería de la Familia; Diversidad Cultural; Enfermería Transcultural.

¹ Artículo parte de la tesis de maestría "Experiencia de enfermeras cuidando a familias multiculturales: Una Metátesis Cualitativa", presentada a la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, Colombia. Apoyo financiero de la División de Investigación de la sede Bogotá (DIB), proceso nº 20730.

² Enfermera, MSc, Estudiante de doctorado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

³ PhD, Profesor Titular, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, Colombia.

Como citar este artículo

Arias SE, López L. La experiencia de enfermeras cuidando a familias culturalmente diversas: una metátesis cualitativa. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2718. [Access

mes	día	año

]; Available in:

URL

. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1052.2718>

Introducción

La diversidad cultural de las sociedades multiculturales es resultado de la coexistencia de diversos grupos étnicos en un mismo país o región⁽¹⁾; de las diferencias entre y dentro de los mismos grupos o regiones⁽²⁾; el aumento en el flujo de la migración⁽³⁾; la clase social, educación, género, idioma, edad, religión y estructura familiar⁽⁴⁻⁵⁾.

En Latinoamérica conviven blancos, indígenas de diversas etnias, afrodescendientes, mulatos, mestizos, migrantes europeos y asiáticos; se hablan cinco idiomas oficiales (español, portugués, francés, inglés y guaraní) y 420 lenguas indígenas pertenecientes a 99 familias lingüísticas⁽⁶⁾. Por tanto, no se puede hablar de los "Latinos" como un grupo cultural homogéneo, es necesaria la visión desde la diversidad cultural.

Esta multiplicidad cultural exige demandas particulares al área de la salud, encaminadas no sólo a enfrentar las desigualdades promoviendo servicios acordes a la singularidad cultural⁽⁷⁾, sino además a superar el enfoque individual al familiar para prestar una atención culturalmente competente. Atender las preferencias de las familias ha demostrado ser una estrategia relevante, empleada para aumentar el efecto de las intervenciones culturalmente competentes⁽⁸⁻¹¹⁾, ya que refleja una comprensión de las creencias y tradiciones⁽⁸⁾ y tiene en cuenta la pluralidad étnica, cultural y socioeconómica característica de los grupos multiculturales^(10,12).

De tal modo, los profesionales de salud deben sentirse comprometidos en proporcionar una atención culturalmente competente, convirtiéndose en un factor crítico y esencial para prestar servicios de salud a las familias de todos los orígenes raciales, étnicos y culturales⁽¹³⁻¹⁴⁾. No obstante, la puesta en práctica de dichas acciones continúa siendo demandante por la existencia de barreras⁽¹²⁾ asociadas a factores personales y contextuales, que pueden facilitar o impedir la atención⁽¹⁵⁾.

Una metátesis sobre la experiencia de las enfermeras brindando atención a pacientes de otras culturas⁽¹⁶⁾ reportó preocupación de las enfermeras en relación a las barreras en la comunicación y oportunidades de acceso y calidad de la atención; beneficios sobre el aprendizaje de otras culturas y satisfacción en la atención a pacientes de diversos orígenes étnicos. En base a estos hallazgos, la autora sugirió el planteamiento de nuevas metátesis con abordajes más específicos en cuanto a escenarios de prestación de cuidado, grupos culturales y prácticas de cuidado, para facilitar la comparación directa⁽¹⁶⁾.

La creciente producción de estudios cualitativos acerca de la experiencia de enfermeras con pacientes provenientes de diversos orígenes culturales ha puesto en relieve hallazgos sobre la experiencia en la atención culturalmente competente centrada en la familia, que hasta el momento no han sido sintetizados para servir como soporte a la práctica basada en la evidencia.

Suplir este vacío condujo a plantear la presente revisión, basada en el enfoque de metátesis como producto interpretativo y proceso analítico, cuyo objetivo consistió en interpretar y sintetizar los hallazgos de las investigaciones cualitativas para comprender la experiencia de enfermeras cuidando a familias culturalmente diversas.

Para efectos de esta revisión, las familias culturalmente diversas fueron consideradas como aquellos miembros de la familia de una persona adulta mayor de 18 años, provenientes de diferentes orígenes étnicos, países o religiones diferentes a los de la enfermera.

Adicionalmente, este estudio tuvo en cuenta una connotación amplia del cuidado de la familia, desde la visión de la familia como unidad de cuidado, sistema o contexto del paciente⁽¹⁷⁾, en razón a incluir todos los acercamientos a la familia realizados desde el ámbito asistencial. La experiencia de las enfermeras fue concebida como todo aquello (pensamientos, sentimientos, reflexiones y acciones) presenciado, sentido o recordado, descrito por las enfermeras durante el cuidado de la familia culturalmente diversa⁽¹⁸⁾.

En el caso particular de los países de Latinoamérica, el desarrollo de conocimiento producto de esta síntesis aportaría a la generación de respuestas congruentes a las demandas en salud de las familias culturalmente diversas, formación de profesionales en competencia cultural, y adaptación de programas y políticas de intervención familiar, que permitan garantizar seguridad, calidad y adherencia en la atención.

Método

Metátesis cualitativa siguiendo el enfoque interpretativo y los parámetros sugeridos por Sandelowski y Barroso⁽¹⁹⁾. Consiste en una integración interpretativa donde los resultados de los estudios cualitativos sobre la experiencia de enfermeras cuidando a las familias culturalmente diversas se agregaron, integraron o resumieron para crear representaciones interpretativas en un nuevo resultado, fiel a la interpretación de los estudios particulares⁽¹⁹⁾.

Este proceso implicó el diseño de un protocolo de revisión planteado durante una pasantía de investigación

realizada por la primera autora en abril de 2014 en Sao Paulo, Brasil.

La definición de la pregunta se guió por la estrategia PICO, sugerida por el JBI para revisiones sistemáticas cualitativas, la cual permitió especificar aspectos clave relacionados con la población (P), fenómeno de interés (I) y contexto (Co)⁽²⁰⁾, definida así: ¿Cómo ha sido la experiencia de enfermeras cuidando a familias culturalmente diversas?

La estrategia de búsqueda fue planteada con el asesoramiento de bibliotecólogos expertos de la Universidad de Sao Paulo e implementada del 14 al 18 de abril de 2014. Las bases de datos consultadas incluyeron CINAHL, Medline, Ovid Nursing, Science Direct, Sociological Abstracts, Cuiden, BVS-Lilacs y los Repositorios de la Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Alicante (España) y Universidad de São Paulo (Brasil).

Los términos controlados (MeSH y Decs) y palabras clave para la búsqueda en inglés fueron: "Attitude of Health Personnel", "Nurse-Patient Relations", "Nurse experience", "Family Nurse Practitioners", "Professional-Family Relations", "Family Centered Nursing", "Culturally diverse families" y "Multicultural family members" y su equivalente en español y portugués. Estos términos fueron especificados de acuerdo a los tesauros por cada base de datos e integrados utilizando los operadores booleanos "AND" y "OR", según las partes de la pregunta PICO.

Adicionalmente, se implementó una búsqueda manual en las referencias de los estudios incluidos, con el fin de reducir el sesgo de publicación y selectividad, consistente en la exclusión de literatura dentro del alcance de la revisión⁽²¹⁾.

Los siguientes criterios de inclusión fueron tenidos en cuenta para la selección de estudios: a) idioma inglés, español y portugués, sin límite de tiempo publicados hasta el 30 de Marzo de 2014; b) reporte de hallazgos sobre las experiencias de enfermeras con las familias culturalmente diversas de adultos mayores de 18 años en cualquier ámbito de atención y c) diseños etnográficos, fenomenológicos, teoría fundamentada, análisis de discurso, historia oral de vida, investigación acción-participación y estudios mixtos con posibilidad de extraer los hallazgos cualitativos.

Como resultado de esta etapa de búsqueda, se obtuvieron 1,621 informes, de los cuales 12 fueron duplicados. Así, un total de 1,609 se sometieron al proceso de selección por título, resumen y texto completo en base a los criterios de inclusión. Adicionalmente, la revisión manual de referencias arrojó cinco informes, resultando en la inclusión de una muestra final de 14 estudios para esta metátesis⁽²²⁻³⁵⁾.

La evaluación de la calidad de los estudios se llevó a cabo utilizando el Critical Appraisal Skills Programme (CASP) para informes cualitativos, realizada por dos equipos de revisores de forma independiente. El primero fue conformado por los autores y el segundo por una investigadora externa, experta en investigación cualitativa. Esta evaluación se implementó con el interés de familiarizarse con los informes y apreciar su rigor metodológico, ya que ningún estudio fue excluido por términos de calidad metodológica⁽¹⁹⁾.

Por cada una de las 10 preguntas del CASP se establecieron los equivalentes: SI: 2, No sé: 1 y No: 0. El cálculo de puntuación final consistió en el promedio de las valoraciones otorgadas por cada equipo de evaluadores. Puntuaciones entre 11 y 20 puntos se consideraron con menor riesgo de sesgo metodológico y por debajo de 11 con mayor riesgo de sesgo metodológico.

Los desacuerdos entre los evaluadores se resolvieron mediante discusión, o en los casos donde el informe de investigación publicado no cumplió con todos los criterios de la evaluación, se gestionó el acceso al texto original, lo cual ocurrió en un caso.

Los 14 estudios contaron con un promedio en el puntaje final igual o superior a 14,5: un estudio alcanzó 14,5⁽³⁰⁾; cuatro tuvieron 15^(27-29,34); uno 15,5⁽²⁶⁾; otro 16⁽³³⁾; cuatro alcanzaron 16,5^(22-24,35); dos 18,5^(25,31) y finalmente uno tuvo 19⁽³²⁾. Eso demuestra el rigor de los estudios incluidos en esta metátesis, garantizando los criterios de calidad exigidos para revisiones sistemáticas⁽³⁶⁾ y soportando la validez de los resultados de este estudio⁽¹⁹⁾.

La síntesis de hallazgos en esta revisión se llevó a cabo siguiendo uno de los enfoques sugeridos por Sandelowski y Barroso para la generación de metátesis cualitativa mediante análisis comparativo constante⁽¹⁹⁾.

Este proceso inició con la reducción de hallazgos de las fuentes primarias, a través de la extracción manual de 152 hallazgos en una matriz en Excel (2010), incluyendo los resultados específicos presentados por los investigadores como temas o metáforas y los diálogos de los participantes, en el idioma original y en su traducción al español con la página respectiva. Esto permitió disminuir el sesgo de extracción errónea de los datos de las fuentes primarias⁽²¹⁾.

A partir de lectura y relectura, los hallazgos fueron simplificados manualmente, conformando 70 códigos agrupados según similitudes y diferencias. Una vez reducidos los hallazgos con el proceso de codificación, se reagruparon conformando 64 subcategorías, integradas en categorías más amplias de acuerdo al eje de relaciones, hasta obtener las cuatro categorías finales.

Este proceso de codificación y categorización implicó diseño, rediseño y reformulación en la medida en

que los datos fueron revisados y emergía su significado. El análisis en conjunto por parte de los autores a través de encuentros, periodos de discusión y particularmente la experticia en investigación cualitativa de la segunda autora fue clave en esta etapa para lograr reconocer, recontextualizar, interpretar los datos y llegar a un consenso sobre la construcción de las categorías.

Esto facilitó la auditabilidad en el proceso análisis⁽³⁶⁾ y la disminución del sesgo en el reconocimiento de los resultados contrarios⁽²¹⁾, mediante la inclusión de toda la evidencia de las fuentes primarias y la exploración de la variabilidad de los resultados.

Para facilitar el entendimiento de los datos y la comprensión de la dinámica de la experiencia de las enfermeras, se formularon ocho modelos visuales. A partir de este proceso emergió la metáfora de la cuerda floja como un recurso útil para darle sentido a los datos y favorecer la construcción del meta-tema (nominación propuesta por McFarland y Wehbe)⁽³⁷⁾.

Resultados

De los 14 informes incluidos, 13 corresponden a artículos de investigación^(22-31,33-35) y uno a una tesis doctoral⁽³²⁾, cuyos años de publicación varían de 1993 a 2011. Se llevaron a cabo en nueve países: Gran Bretaña, Inglaterra, Irlanda, Noruega, Suecia, Canadá, Colombia, Arabia Saudita y Australia. Los diseños empleados incluyeron exploratorios (21,4%), descriptivos exploratorios (28,6%), descriptivos interpretativos (28,6%), fenomenológicos (7,1%), etnográficos (7,1%) y hermenéuticos (7,1%).

La mayoría de los estudios fueron desarrollados en escenarios de atención hospitalaria (93%) y un informe en el área de atención domiciliaria (7%). Un total de 247 enfermeras se reportaron como participantes de los 14 estudios. La Tabla 1 indica las características demográficas de las enfermeras de acuerdo a género, edad, país de origen y origen étnico según lo reportado en los informes. El ítem "no especificado" indica omisión de esta información en el estudio primario.

Tabla 1 - Características demográficas de las enfermeras participantes de los estudios primarios según género, edad, país de origen y origen étnico. Bogotá, Colombia, 2014

Característica	Número	Porcentaje (%)
Género		
Mujeres	102	41
Hombres	32	13
No especificado	113	46

(continúa...)

Tabla 1 - continuación

Característica	Número	Porcentaje (%)
Edad		
22-55	85	34
No especificado	162	66
País de origen		
Australia	2	0,8
Canadá	9	3,6
Irlanda	1	0,4
Reino Unido	1	0,4
India	1	0,4
Noruega	16	6,5
Suecia	52	21,1
Colombia	20	8,1
No especificado	145	58,70
Origen étnico o cultural		
Raza Blanca	40	16,2
Raza Negra	3	1,2
Latino	20	8,1
No especificado	184	74,5

Las características de las enfermeras según nivel educativo, promedio de experiencia laboral en años y entrenamiento en competencia cultural se señalan en la Tabla 2, lamentablemente los dos últimos aspectos no se determinaron con precisión por la falta de omisión de la información en los estudios primarios (66% y 72% de los casos respectivamente), lo cual constituyó una limitación para la síntesis.

Tabla 2 - Características de las enfermeras participantes de los estudios primarios según nivel educativo, experiencia laboral en años y entrenamiento en competencia cultural. Bogotá, Colombia, 2014

Característica	Número	Porcentaje (%)
Nivel Educativo		
Auxiliar de enfermería	37	15
Profesional de enfermería	129	52
Posgrado	44	5
No especificado	37	15
Promedio de experiencia laboral (años)		
<5	8	3
6 a 10	40	16
11 a 15	0	0
16 a 20	23	9
>21	12	5
No especificado	164	66
Entrenamiento en competencia cultural		
Si	70	28
No especificado	177	72

A partir de la integración interpretativa de los hallazgos de los 14 estudios incluidos, emergieron cuatro categorías y un meta-tema, que representan el resultado más significativo de este proceso metasintético

y facilitan la comprensión de la experiencia de las enfermeras cuidando a las familias culturalmente diversas (Figura 1).

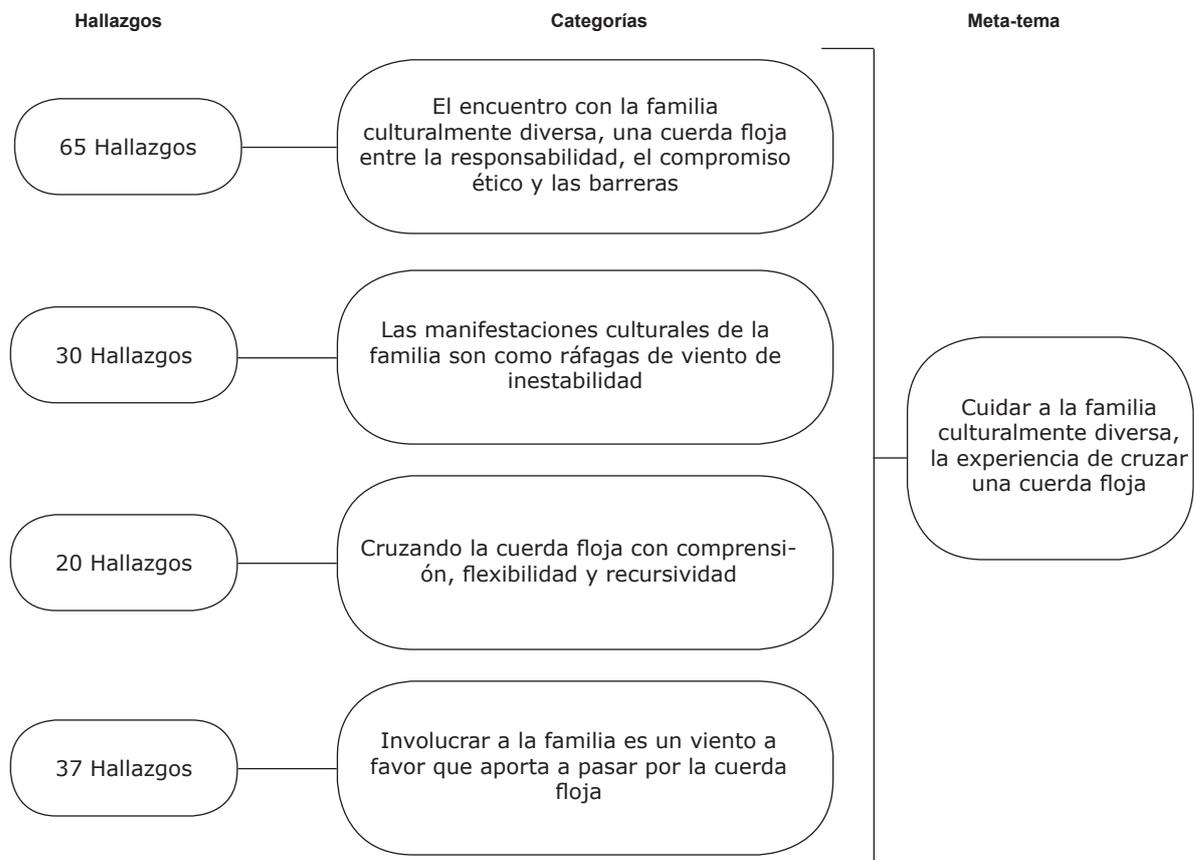


Figura 1 - Categorías y Meta-tema resultado del proceso de síntesis de hallazgos

Categoría 1: El encuentro con la familia culturalmente diversa: una cuerda floja entre la responsabilidad, el compromiso ético y las barreras

La responsabilidad y el compromiso ético de la enfermera en el cuidado al paciente impulsan a dar el primer paso en el encuentro con la familia. Este encuentro se desarrolla en medio de factores externos e internos que rodean el entorno de cuidado, denominados barreras, las cuales hacen que la interacción desarrollada en medio del encuentro, no sea estática si no al contrario oscilante y variante alrededor de toda la experiencia.

Las barreras externas consisten en todas aquellas dificultades para el cuidado a las familias causadas por factores externos a las enfermeras, dentro de las que se encuentran en primera medida las relacionadas con la comunicación: a) diferencias en el idioma^(25-26,31) b) confidencialidad^(24,29-30,33) y c) particularidades culturales en la comunicación en cuanto a las distinciones de género o las actitudes patriarcales en las familias⁽²⁷⁾, el empleo de un niño como traductor⁽³⁴⁾ o la forma de comunicarse con el personal de salud⁽²⁹⁾.

A causa de la presencia de estas barreras, las enfermeras perciben su responsabilidad de informar demandante y exigente, ya que reconocen su deber de velar por el respeto al derecho del paciente y su familia de ser informados⁽²⁷⁾, lo cual se complejiza en medio de las políticas institucionales en relación al uso de miembros de la familia como intérpretes⁽²³⁾.

En segunda medida, se consideran parte de las barreras externas aquellos aspectos institucionales que influyen en la prestación de un cuidado óptimo a la familia, determinadas por: a) la falta de espacio en las áreas asistenciales para albergar a todos los miembros de la familia^(28-30,32) b) la limitación de recursos para proporcionar alimentación y estadía a todos los miembros de la familia⁽³²⁾ y c) la restricción del tiempo de las enfermeras para dedicarse al cuidado de la familia⁽³²⁻³³⁾.

La presencia de dichas barreras sobre la experiencia de cuidado causa un impacto negativo al catalogarse la presencia de la familia como un problema o una dificultad^(22,29,32), por la violación a la normatividad institucional en relación a las visitas y la interferencia

con procedimientos rutinarios de cuidado^(25-26,29,32), así lo expresó un participante: *Los indígenas primero llegaban, inmediatamente llegaban ellos querían que los atendieran ya en consulta y no solamente a uno o dos sino a toda la familia, si son diez entonces pedían diez consultas, así estuvieran bien pero si iba a entrar uno tenían que entrar todos, entonces a veces se convertía en un problema para la consulta, como son gente de tan lejos no se pueden dejar esperar tanto tiempo* (E3P6, Enfermero)⁽³²⁾.

Por otra parte, la presencia de estas barreras repercute en la aparición de barreras internas propias de las enfermeras, las cuales surgen cuando experimentan un choque cultural al sentir sus propios valores y creencias culturales, confrontados con los valores y creencias culturales de las familias⁽²⁷⁾.

Esta confrontación obstaculiza el avance a una experiencia positiva en la medida en que las diferencias pueden generar conflictos. Por ejemplo, la opinión patriarcal de algunas familias culturalmente diversas en conflicto con ser mujer en la profesión de enfermería fue relatado así: *Su marido era el intérprete y antes del alta quería hablar con el encargado. Yo fui, porque yo era la enfermera de la sala. Se negó a hablar conmigo, porque yo era una mujer* (Enfermero)⁽²⁶⁾.

Lo anterior repercute en la percepción negativa de cuidar a las familias, manifestada en: a) una imagen negativa de la familia, catalogándola como un obstáculo⁽²⁵⁾ o una molestia^(32,35) b) reacciones emocionales en la enfermera como angustia⁽²⁶⁾, estrés⁽²⁵⁻²⁶⁾, tensión⁽²⁵⁻²⁶⁾, incertidumbre⁽²⁶⁾, frustración⁽²⁵⁾ e irritación⁽³¹⁾ y c) una relación con la familia lejana y superficial⁽²⁹⁾.

Categoría 2: Las manifestaciones culturales de la familia son como ráfagas de viento de inestabilidad

Las manifestaciones culturales de la familia se constituyen para las enfermeras en diversos comportamientos particulares asociados a la cultura, expresadas ante situaciones de enfermedad, duelo, muerte, dolor, aceptación o negación de un tratamiento. Dichas manifestaciones son catalogadas como inesperadas y diferentes frente a su propia cultura, pues pueden surgir en cualquier momento^(28,30) y generarse de diversas formas: a) expresivas o no expresivas⁽²⁶⁻³⁰⁾ b) relacionadas con la apariencia física y con la manifestación de costumbres^(25,32) c) relacionadas con la participación de las labores de cuidado^(27,33) y d) asociadas a las diferencias de género^(27,32), tal como lo dijo este participante: *La información se transmite por el marido, mientras que en nuestra cultura es diferente - cuando las esposas y madres piden información, la reciben. Eso puede ser un problema* (Enfermero)⁽²⁷⁾.

Con la presencia de estas manifestaciones culturales de la familia, el mantenimiento del equilibrio por parte de las enfermeras en el encuentro se ve amenazado, al no encontrar alternativas de respuesta. El conocimiento y la experiencia previos no son suficientes para abordar a la familia, lo cual se puede ver reflejado en la expresión de esta participante: *Como enfermeras nos dedicamos a, o estamos acostumbradas a ayudar a las personas en duelo. Pero no encontré este papel de consuelo en la unidad con todos los miembros de la familia* (Enfermero)⁽²⁶⁾.

Adicionalmente, las enfermeras perciben una afectación de dichas manifestaciones sobre el entorno de trabajo y en los demás pacientes, donde la alternativa de la imposición cultural emerge como la mejor respuesta. En relación a ello, un participante afirmó: *Los miembros de la familia se quedaron en la habitación después de que ella murió y hablaron en voz muy alta. Tuvimos que cerrar las puertas, con el fin de evitar que las voces que se escucharan en el pasillo, porque otros pacientes estaban realmente asustados* (Enfermero)⁽²⁶⁾.

Categoría 3: Cruzando la cuerda floja con comprensión, flexibilidad y recursividad

En respuesta al desequilibrio, las enfermeras comienzan a contemplar herramientas adicionales que les ayudarán a adquirir habilidad para avanzar y superar la inestabilidad que antes marcaba su encuentro con la familia: la comprensión, flexibilidad y recursividad.

La comprensión, emerge cuando las enfermeras comienzan a "ponerse en los zapatos de las familias". A través de la comprensión, empiezan a descubrir las características y necesidades de la familia y a dar explicación a aquellas manifestaciones que le causan inestabilidad^(22-24,26-27).

Por otra parte, la flexibilidad es descrita como "ser de mente abierta" a las necesidades de la familia. Implica ser receptivo sin juzgar las actitudes, comportamientos de la familia, lo que ayuda a la comprensión de las diferencias culturales^(24,27). Por ejemplo, un participante afirmó: *Hay que ser flexible en cuanto a la familia que viene a ver al paciente y no se acogen a las horas de visita. Los pacientes pueden sentirse muy aislados si no pueden hablar con nadie, no pueden entender lo que se hace o lo que se dice a su alrededor* (Enfermero)⁽²⁴⁾.

A través de estas dos herramientas, las enfermeras comienzan a planear e implementar alternativas de intervención, las cuales se generan a través de la recursividad, entendida como aquellas formas innovadoras de actuar y de solucionar las dificultades al tratar a la familia.

Por ejemplo, las enfermeras movilizan todos los recursos que están a su alcance para acomodar a las familias de los pacientes indígenas⁽³²⁾, crean alternativas con el fin de preservar las creencias, valores, costumbres y cuidados populares de la familia o a través de la participación en algunos de sus ritos familiares⁽²⁵⁾ y facilitando un clima de apoyo⁽²⁶⁾. En otra instancia, permitían a los miembros de la familia llevar símbolos e iconos de curación⁽²⁷⁾ o ideaban ayudas lingüísticas para facilitar la interacción con la familia⁽²⁶⁾.

Un ejemplo de una alternativa de intervención desde la recursividad fue comentado por un participante así: *Las mujeres musulmanas se cubren generalmente arriba (parte superior de sus cuerpos). Cuando sus hombros estaban desnudos, las cubríamos como vistiéndolas en una camisa de atrás hacia adelante antes de que los visitantes llegaran* (Enfermero)⁽²⁷⁾.

Categoría 4: Involucrar a la familia es un viento a favor que aporta a pasar por la cuerda floja

Las herramientas de comprensión, flexibilidad y recursividad permitieron reformular el significado de la experiencia en forma positiva. Las enfermeras comienzan a catalogar como "útil" la ayuda que le puede proporcionar la familia^(22,29,33-34), ejerciendo labores asistenciales^(22,29,34), en la comunicación^(22-24,31), en la seguridad del paciente⁽²²⁾ y en el apoyo al paciente^(29,31),

tal como lo relató este participante: *Encuentro que los familiares son muy útiles. Estoy muy agradecida por la ayuda que nos dan para ayudar a bañar al paciente y también sin olvidar su apoyo en la interpretación. No sé qué haríamos sin ellos* (Staff nurse)⁽³⁵⁾.

Sentir como si la familia se uniera al propósito de cuidar al paciente causa estabilidad e impulsa a la construcción y fortalecimiento de una buena relación que acarrea beneficios en tres niveles, tanto para el paciente, la enfermera y la familia: a) paciente: beneficios en cuanto apoyo emocional y físico^(22,29,31), comodidad⁽²⁴⁾, seguridad, confianza^(31,33) y bienestar emocional, social y psicológico⁽²⁵⁾ b) enfermera: superar dificultades en la comunicación^(22-23,29,31), incrementar su conocimiento sobre las diferentes culturas^(22,24) y fortalecer el vínculo con el paciente^(22,28,31) y c) familia: fortalecer la confianza en la enfermera⁽²⁶⁾ y prestar cuidado o participar en la toma de decisiones sobre el cuidado de su ser querido^(25,29,33).

Meta-tema: Cuidar a la familia culturalmente diversa, la experiencia de cruzar una cuerda floja

Lanzarse a la experiencia cruzar una cuerda floja y experimentar la incertidumbre por el riesgo de caer es un acto maravilloso y admirable, pero exigente y desafiante. Así es la experiencia de las enfermeras cuidando a las familias culturalmente diversas (Figura 2).

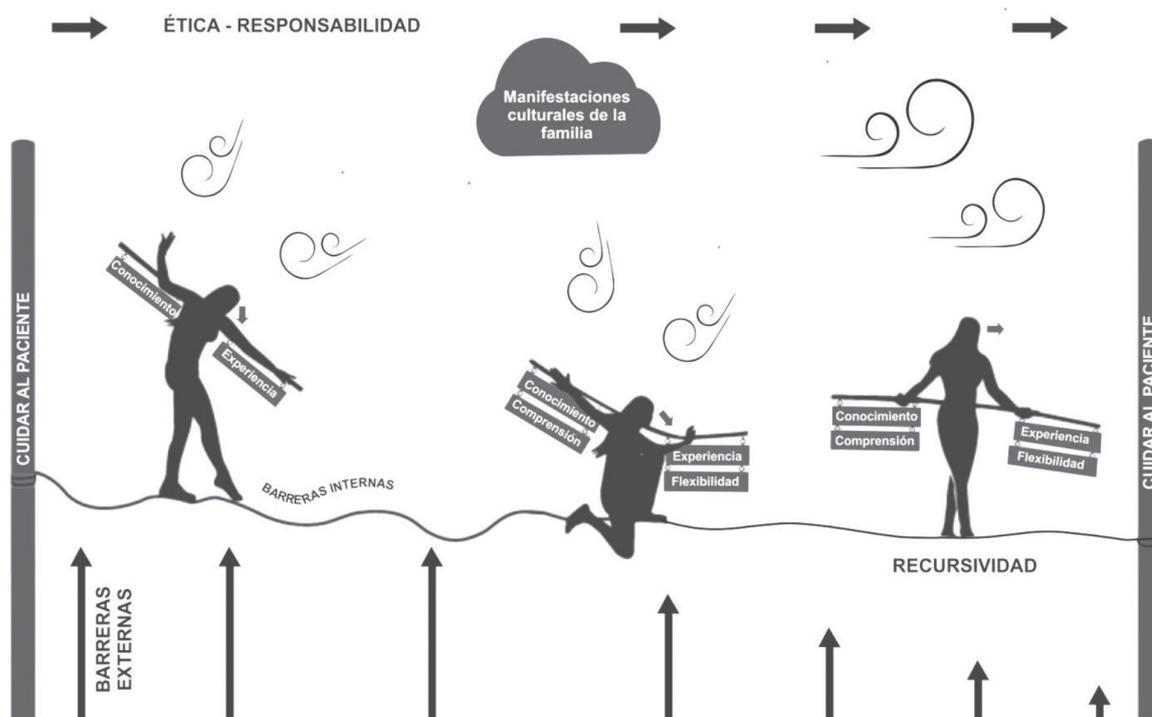


Figura 2 - Experiencia de enfermeras cuidando a familias culturalmente diversas

Al igual que la cuerda floja, el encuentro con la familia es oscilante y cambiante en la medida que las enfermeras avanzan y perciben su experiencia positiva o negativamente, dependiendo de la interacción con las familias y los diferentes elementos que rodean el entorno de cuidado (Figura 2).

El primer paso de las enfermeras en el encuentro con la familia es impulsado por la ética y la responsabilidad del cuidado al paciente, motivadas por el imperativo moral de cuidar de la mejor manera. Por ello, son los dos polos que sostienen el encuentro con la familia.

Las enfermeras comienzan a sentirse sobre una cuerda floja, porque el encuentro se genera en medio de barreras externas e internas y las manifestaciones culturales de la familia como ráfagas de viento. Su mirada se concentra para abajo, dejándose afectar por las barreras y las dificultades (Figura 2), lo cual les genera inestabilidad y por tanto una percepción negativa de la experiencia.

En consecuencia, el cuidado a la familia se percibe como una obligación o una exigencia a la cual es difícil responder. Las herramientas con las cuales han contado previamente y llevan en su barra de equilibrio: conocimiento y experiencia previa (Figura 2) no son suficientes para abordar a la familia culturalmente diversa, llevándolas a responder desde la imposición cultural.

Pero en medio de la inestabilidad, las enfermeras toman una pausa (Figura 2) y comienzan a contemplar herramientas adicionales para abordar a la familia: la comprensión y flexibilidad, las cuales se suman a su barra de equilibrio aportándoles estabilidad (Figura 2).

Así, comienzan a avanzar con mayor seguridad a través de las respuestas desde la recursividad, su mirada se concentra al frente y su percepción de la altura disminuye progresivamente (Figura 2), lo cual les permite percibir aquellos elementos que antes estaban en su contra, ahora a su favor.

Finalmente, las enfermeras comienzan a valorar los beneficios de cuidar a y con la familia, fortaleciendo su relación de cuidado, lo cual favorece el avance a una percepción positiva de la experiencia.

Discusión

Este estudio buscó interpretar y sintetizar los hallazgos de las investigaciones cualitativas para comprender la experiencia de enfermeras cuidando a familias culturalmente diversas. El esfuerzo interpretativo en el proceso metasintético arrojó nuevos significados a los hallazgos reportados las investigaciones primarias, trascendiendo a la explicación de las dinámicas y significados de la experiencia de las enfermeras.

La representación visual de la síntesis mediante una cuerda floja (Figura 2) se convirtió en un poderoso recurso retórico para hacer la interpretación de la experiencia no sólo más comprensible a los lectores, sino además para sustentar la validez de los resultados, ya que este tipo de recursos en metasíntesis permite visualizar las relaciones discernidas y comparaciones hechas por los autores⁽¹⁹⁾.

Por una parte, los hallazgos de esta metasíntesis sugieren que el encuentro con la familia culturalmente diversa es relacional, dinámico y oscilante, porque permite la interacción intercultural con la familia⁽²⁾ y se constituye en la plataforma central donde se construyen significados⁽³⁸⁾.

Lo particular del encuentro es la característica de estar mediado por el cuidado al paciente, donde el abordaje a la familia se genera en medio de la visión de la familia como contexto del paciente, a pesar de la creencia que el abordaje a la familia como unidad de atención siempre ha sido un foco de interés de enfermería⁽¹⁷⁾.

Esto pone en evidencia la prevalencia de la brecha entre lo que "debería ser" y la "práctica real" de la enfermería familiar⁽³⁹⁾, en medio de sistemas y organizaciones que dificultan incluir a las familias en la atención, más aún en los contextos hospitalarios predominantes en la mayoría de los estudios incluidos en esta metasíntesis.

Los esfuerzos de las enfermeras por abordar a las familias motivadas por la responsabilidad ética del cuidado se ven restringidos no sólo por la presencia de barreras externas, relacionadas con las dificultades en la comunicación, la falta de tiempo para el cuidado, espacio para las visitas y recursos destinados a las familias, sino además por la presencia de barreras internas asociadas al impacto de las diferencias culturales.

No es de extrañar que esta metasíntesis reafirme la dificultad de las enfermeras para atender a los requerimientos familiares cuando existen diferencias culturales que hacen esta tarea más compleja. La novedad radica en el efecto de estos factores en una tensión permanente, generando una percepción negativa de la experiencia, manifestada en la aparición de sentimientos, emociones desafiantes y conflictos y resultando en una relación lejana y superficial con la familia.

Por otra parte, los hallazgos en esta metasíntesis demuestran la aparición de algunos elementos de la competencia cultural en respuesta a la inestabilidad en el cuidado a la familia culturalmente diversa. Cuando las enfermeras comienzan a otorgar sentido a las diferencias mediante el reconocimiento de las necesidades de la familia y las propias a través de la comprensión y

flexibilidad, encuentran alternativas de respuesta dentro de las posibilidades y recursos a los que tienen acceso.

De esta forma, la comprensión y flexibilidad a la luz de la teoría de la Competencia Cultural de Campinha-Bacote⁽²⁾ son reflejo de la conciencia cultural, mientras los demás elementos: deseo, conocimiento y habilidad cultural⁽²⁾ se vieron manifestados de forma incipiente en la experiencia, a través de las alternativas generadas en medio de la recursividad.

Lamentablemente, la omisión de información en el reporte de las características de los participantes en los informes de investigación, en este caso en relación a la formación en competencia cultural de las enfermeras, constituyó una limitación que dificultó la profundidad de este análisis. Hubiera sido deseable determinar si estas enfermeras tenían conocimientos en competencia cultural que les facilitaran generar alternativas novedosas de respuesta o si fueron soluciones emergentes de forma espontánea en medio de la inestabilidad.

A pesar de esta limitación, esta síntesis logró demostrar que estos elementos, asociados a la competencia cultural, aportan a la re-formulación del significado de la experiencia de manera positiva. Aunque la tensión prevalece, gracias a estos elementos la percepción de la experiencia adquiere una nueva comprensión que permite valorar los beneficios de involucrar a la familia en el cuidado.

Con base a esta evidencia, se concluye que el significado de la experiencia de las enfermeras de cuidar a la familia culturalmente diversa es dinámico, puede pasar de una percepción positiva a negativa o viceversa según la interacción con la familia, los factores inmersos en el contexto de la atención y las herramientas que provee la competencia cultural.

Implicaciones para la investigación y la práctica de enfermería

Esta metasíntesis fue planteada con el propósito de tener un alcance internacional, incluyendo una muestra culturalmente diversa y diversos contextos de atención. No obstante, la inclusión de un único estudio realizado en Latinoamérica⁽³²⁾ pone en evidencia la escasez de literatura empírica sobre esta temática en nuestro medio.

Así mismo, la prevalencia de escenarios en el área hospitalaria frente a la comunitaria muestra la necesidad de una mayor investigación sobre este fenómeno de estudio en otros contextos de atención de enfermería con población multicultural.

Por otra parte, es fundamental ampliar la discusión, centrando esfuerzos de investigación futuros en el estudio de la competencia cultural y la exploración

desde el punto de vista de la experiencia de las familias, lo que permitiría ampliar la comprensión del potencial que poseen las estrategias de intervención dirigidas a las familias culturalmente diversas, tanto desde el punto de vista del proveedor como de quien es objeto de su cuidado.

Las limitaciones en el reporte de los estudios incluidos en esta revisión demuestran que es imprescindible propender por la mejora en la calidad de los informes de la investigación, con mayor énfasis en el reporte de los participantes y el diseño, lo cual continúa siendo un punto débil en los reportes cualitativos.

A nivel de la práctica, los resultados de este estudio proporcionan una línea de base para que las organizaciones en salud concentren gran parte de sus esfuerzos de intervención sobre las barreras externas, implementando mecanismos como: a) el establecimiento de servicios lingüísticos adecuados y competentes; b) la destinación de mayores recursos y el favorecimiento de espacios para albergar a los miembros de la familia y c) la evaluación de la distribución del tiempo previsto para el desempeño de las labores de los profesionales.

Por su parte, los profesionales de enfermería requieren concentrarse sobre las barreras internas: a) estando atentos al reconocimiento, entendimiento y respeto de las particularidades culturales que caracterizan a quienes son objeto de su cuidado y b) favoreciendo espacios de formación intercultural.

Finalmente, este estudio reafirma la necesidad de formación de los profesionales de enfermería en competencia cultural en los diferentes niveles de educación formal (básica y especializada) y la adaptación de currículos, para favorecer espacios que estimulen los conocimientos y habilidades en el cuidado a poblaciones culturalmente diversas y obtener experiencia positivas en la atención.

Conclusión

La síntesis de los hallazgos de 14 estudios cualitativos permitió comprender la experiencia de las enfermeras cuidando a familias culturalmente diversas como una experiencia gratificante y admirable, pero a la vez exigente y desafiante, dada la complejidad del abordaje de la unidad familiar, el encuentro con las diferencias culturales y la responsabilidad ética del cuidado que se complejiza al pasar a la esfera familiar.

Esta nueva comprensión desde la óptica de los profesionales permitió sacar a la luz la tensión permanente que experimentan las enfermeras en el

cuidado a las familias provenientes de diferentes culturas y sus consecuencias en la percepción del significado de la experiencia y en la relación de cuidado.

La evidencia de esta revisión abre nuevos horizontes en el conocimiento de enfermería familiar y transcultural, aportando una base más fiable para la toma de decisiones en el abordaje a las familias culturalmente diversas y revalidando la necesidad de enfermeros preparados para responder a las demandas de la multiculturalidad, no sólo por el impacto de proveer un cuidado culturalmente adaptado, sino por una satisfacción y percepción positiva en la experiencia de cuidado.

Agradecimientos

A la Profª Drª Luiza Akiko Komura Hoga (Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil) por su gran contribución en la orientación para el desarrollo de esta investigación.

Referencias

1. Fasanella MR, Machado ME. Multiculturalidad étnica en América Latina. El caso de Venezuela. *Cienc Odontológica*. 2009;6(2):137-47.
2. Campinha-Bacote J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *J Transcult Nurs*. 2002 Jul 1;13(3):181-4.
3. Comunicado de prensa de las Naciones Unidas [Internet]. [cited 2015 May 8]. Available from: http://www.un.org/es/ga/68/meetings/migration/pdf/press_el_sept_2013_spa.pdf
4. Almutairi AF, Gardner G, McCarthy A. Perceptions of clinical safety climate of the multicultural nursing workforce in Saudi Arabia: A cross-sectional survey. *Collegian*. 2013 Sep;20(3):187-94.
5. Osorio MB, Lopez AL. Competencia cultural en salud. Necesidad emergente en un mundo globalizado. *Index Enferm*. 2008;17(4):266-70.
6. NU, CEPAL, Bernal M, Dustin R. Innovación social en salud. Un aporte al avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio [Internet]. 2014. Available from: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/37194-innovacion-social-en-salud-un-aporte-al-avance-de-los-objetivos-de-desarrollo>
7. Martínez MF, Martínez J, Calzado V. La Competencia Cultural como referente de la Diversidad Humana en la Prestación de Servicios y la Intervención Social. *Interv Psicosoc*. 2006;15(3):331-50.
8. Whittemore R. Culturally competent interventions for Hispanic adults with type 2 diabetes: a systematic review. *J Transcult Nurs*. 2007;18(2):157-66.
9. Hasnain R, Kondratowicz, Portillo N, Johnson T, Balcazar F, Johnson T, Gould R, et al. The Use of Culturally Adapted Competency Interventions to Improve Rehabilitation Service Outcomes for Culturally Diverse Individuals with Disabilities. A Campbell Collaboration Systematic Review and Meta-Analysis. 2009.
10. Kumpfer KL, Alvarado R, Smith P, Bellamy N. Cultural Sensitivity and Adaptation in Family-Based Prevention Interventions 5. *Prev Sci*. 2002;3(3):241-6.
11. Hasnain R, Kondratowicz DM, Borokhovski E, Nye C, Balcazar F. Do Cultural Competency Interventions Work? A Systematic Review on Improving Rehabilitation Outcomes for Individuals with Disabilities. *Focus Tech Br*. 2011;31:1-12.
12. Henderson L, Reis MD, Nicholas DB. Health Care Providers' Perspectives of Providing Culturally Competent Care in the NICU. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2015;44(1):17-27.
13. Shen Z. Cultural Competence Models and Cultural Competence Assessment Instruments in Nursing: A Literature Review. *J Transcult Nurs*. 2015;26(3):308-21.
14. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare. *Int J Evid Based Healthc*. 2005;3(8):207-15.
15. Starr S, Wallace DC. Self-reported cultural competence of public health nurses in a Southeastern U.S. Public health department. *Public Health Nurs*. 2009;26(1):48-57.
16. Coffman MJ. Cultural Caring in Nursing Practice: A Meta-synthesis of Qualitative Research. *J Cult Divers*. 2004;11(3):100-9.
17. Friedman M, Bowden V, Jones E. *Family Nursing: Research, Theory and Practice*. 5th ed. Estados Unidos de América: Upper Saddle River, N.J. : Prentice Hall; 2003. 714 p.
18. Spence DG. Prejudice, paradox, and possibility: nursing people from cultures other than one's own. *J Transcult Nurs*. 2001;12(2):100-6.
19. Sandelowski M, Barroso J. *Handbook for Synthesizing Qualitative Research*. 1st ed. New York: Springer Publishing Company; 2007. 312 p.
20. Joanna Briggs Institute for Evidence Based Practice [JBI]. Reviewers' manual [Internet]. 2014. 197 p. Available from: www.joannabriggs.org
21. Whittemore R. Rigour in Integrative Reviews. In: Webb C, Roe B, editors. *Reviewing Research Evidence for Nursing Practice: Systematic Reviews*. Oxford (OXF): Blackwell; 2007. p. 149-56.
22. Boi S. Nurses' experiences in caring for patients from different cultural backgrounds. *J Res Nurs*. 2000 Sep 1;5(5):382-9.
23. Cioffi J. Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care

- setting: nurses' experiences. *Int J Nurs Stud.* 2003 Mar;40(3):299-306.
24. Cioffi J. Nurses' experiences of caring for culturally diverse patients in an acute care setting. *Contemp Nurse.* 2005 Sep;20(1):78-86.
25. Halligan P. Caring for patients of Islamic denomination: Critical care nurses' experiences in Saudi Arabia. *J Clin Nurs.* 2006 Dec;15(12):1565-73.
26. Høye S, Severinsson E. Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: an exploratory study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2008 Dec;24(6):338-48.
27. Høye S, Severinsson E. Professional and cultural conflicts for intensive care nurses. *J Adv Nurs.* 2010 Apr;66(4):858-67.
28. Hultsjö S, Hjelm K. Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *Int Nurs Rev.* 2005;52(4):276-85.
29. Murphy K, Clark JM. Nurses' experiences of caring for ethnic-minority clients. *J Adv Nurs.* 1993 Mar;18(3):442-50.
30. Ozolins L-L, Hjelm K. Nurses' experiences of problematic situations with migrants in emergency care in Sweden. *Clin Eff Nurs.* 2003 Jun;7(2):84-93.
31. Reimer-Kirkham S. Nurses' Descriptions of Caring for Culturally Diverse Clients. *Clin Nurs Res.* 1998 May 1;7(2):125-46.
32. Rojas JG. Significado de la experiencia de cuidar a pacientes indígenas en las salas de hospitalización del departamento de Antioquia-Colombia [tesis de doctorado]. Alicante (ALC): Departamento de Enfermería Universidad de Alicante. 2011.
33. Skott C, Lundgren SM. Complexity and contradiction : home care in a multicultural area. *Nurs Inq.* 2009;16(3):223-31.
34. Tuohy D, McCarthy J, Cassidy I, Graham M. Educational needs of nurses when nursing people of a different culture in Ireland. *Int Nurs Rev.* 2008;55(2):164-70.
35. Vydellingum V. Nurses' experiences of caring for South Asian minority ethnic patients in a general hospital in England. *Nurs Inq.* 2006 Mar;13(1):23-32.
36. Lloyd-Jones M. Overview of Methods. In: Webb C, Roe B, editors. *Reviewing Research Evidence for Nursing Practice: Systematic Reviews.* Oxford (OXF): Blackwell; 2007. p. 63-72.
37. McFarland M, Wehbe H. *Leininger's Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing.* Third Edit. Jones y Bartlett Pub (Ma), editor. Burlington; 2015. 612 p.
38. Meiers SJ, Tomlinson PS. Family - nurse co-construction of meaning : a central phenomenon of family caring. *Scand J Caring Sci.* 2003;17(2):193-201.
39. Segaric C, Hall W. The family theory-practice gap: a matter of clarity? *Nurs Inq.* 2005;12(3):210-8.

Recebido: 15.6.2015

Aceito: 13.12.2015

Correspondencia:

Saidy Eliana Arias Murcia
 Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería
 Carrera 30 No. 45-03, Torre de Enfermería, Edificio 101, Piso 09, Oficina 912
 Teusaquillo
 Bogotá, D.C, C/marca, Colombia
 E-mail: searias@unal.edu.co

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.