




La publicación en otros idiomas frente al cuidado culturalmente competente

Autora: Ana Belén Salamanca Castro 
Enfermera. Directora de la revista Nure Investigación.

Dirección de contacto:
nureinvestigacion@fuden.es

Los cuidados enfermeros se desarrollan paralelamente a los cambios que acontecen en la sociedad. Esta afirmación resulta incuestionable ya que, obviamente, los cuidados deben adaptarse y adecuarse a los cambios sociales y culturales para poder dar respuesta a las demandas que surgen en cada sociedad y en cada cultura. La necesidad de prestar cuidados culturalmente competentes, respetando la individualidad de cada persona y sus valores, es la piedra angular de la enfermería transcultural, idea central del modelo enfermero de Madeleine Leininger. Sin embargo, prestar cuidados culturalmente competentes requiere de una importante labor de introspección por parte de las enfermeras, que han de examinar sus propias asunciones culturales, labor que resulta compleja, puesto que la cultura en la que estamos inmersos nos resulta difícil de percibir, aunque sí condiciona nuestras creencias, valores o conductas, también en nuestra la práctica clínica.

Pero, ¿qué es la cultura?

Páez y Zubieta califican el concepto de cultura como “nebuloso”, ya que estos autores hablan de la existencia de hasta 105 definiciones de cultura. Estos autores afirman que, en general, se pueden distinguir dos grandes familias de definiciones: la cultura objetiva (entendida como patrones de conducta en un hábitat), y la cultura subjetiva (como estructuras de significado compartidas) (1). Así, la cultura se puede definir como “un conjunto de conocimientos compartidos por un grupo de individuos que tienen una historia común y participan en una estructura social”. Los patrones de conducta se producen porque las personas valoran y siguen ciertas normas y orientaciones de acción (1). Por otro lado, “el conjunto de actitudes, normas, creencias y valores que orientan las conductas, y que son compartidas por los miembros de una nación o grupo, constituyen la cultura subjetiva” (1). Como Páez y Zubieta indican, dentro de la cultura subjetiva se encuentran: las creencias (o conocimiento denotativo), que indica qué es

verdad; las actitudes y valores (o conocimiento connotativo), que informa sobre lo que es bueno y deseable; y las normas y roles que son consideradas adecuadas a las interacciones en general y a posiciones sociales en particular; y el conocimiento de procedimiento (conocimiento implícito sobre cómo se hacen las tareas) (1).

Pero no sólo el concepto cultura es dinámico y cambiante. Como bien sabemos, el concepto de salud también ha ido evolucionando a lo largo de la historia.

¿Y cómo se define la salud?

El concepto de salud sufrió un cambio importante en sus significados a lo largo del pasado siglo, puesto que si bien hasta el siglo XX la salud expresaba la ausencia de enfermedad física (quizás motivado, como indican Feria y cols., por los azotes epidémicos que asolaban la humanidad) (2); en el siglo XX varios acontecimientos históricos hicieron que el concepto de salud se fuera modificando hasta llegar a la definición de salud actual. Algunos de estos acontecimientos fueron:

- En 1918, tras el final de la I Guerra Mundial, la presión obrera y social, hicieron que la idea de que la salud era un derecho y que el Estado debía responsabilizarse de la atención a la salud fuera tomando fuerza (3).
- En 1946, poco después del final de la II Guerra Mundial, la salud es definida en la Carta Magna de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como “*el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades*” (4). Esta definición, criticada fundamentalmente por definir la salud como algo subjetivo, estático y por equiparar el bienestar con la salud, hemos de considerar que se elabora en un momento en el que la sociedad es especialmente sensible a cómo el bienestar mental y social pueden influir en la salud de los individuos, y abre la puerta al abordaje de los problemas de salud desde otras perspectivas diferentes a la física (como a través de las condiciones sociales, políticas, económicas, etc.).

- En la década de los 70 hay una apertura hacia el mundo a nivel internacional. Hay en primer lugar, una apertura en la cultura y posteriormente, tras la crisis del petróleo de 1973, en la economía. El final de la Guerra Fría y la caída de los regímenes comunistas (que culmina con la caída del muro de Berlín en 1989) marcan una época en la que hay una gran movilidad poblacional, con la consecuente multiculturalidad de las sociedades, sobre todo en los países occidentales (2).
- En 1974 se publicó en Canadá el documento *A new perspective of the health of Canadians*, conocido como informe Lalonde (ya que fue elaborado a petición del que entonces era Ministro de Sanidad en Canadá, Marc Lalonde). En él se establecían cuatro factores que eran determinantes en la salud de los canadienses, a saber: biología humana; medio ambiente; estilo de vida; y sistema asistencial. De los cuatro, era el estilo de vida el que más influencia tenía en la salud de la población y, sin embargo, era uno de los que menos recursos recibía. Siguiendo este planteamiento, en 1976 se realizó en Estados Unidos el estudio Dever, que constató que la mejora de los hábitos de vida podía contribuir potencialmente a reducir la mortalidad en un 43%. Tras estos estudios, se convocó en 1978 la conferencia Internacional de Alma-Ata, que otorgaba a la Atención Primaria el protagonismo necesario para que se realizaran los cambios en las políticas sanitarias con el fin de conseguir, por un lado, que la población participara activamente en la resolución de sus problemas de salud, y por otro, la colaboración de profesionales no sanitarios que pudieran ayudar a entender y resolver las causas que provocaban la enfermedad y la muerte (5).
- Es en este escenario cuando surge el conocido como Paradigma de la Transformación, en el que el mundo se interpreta como relaciones de intercambio donde hay intereses comunes. Bajo la perspectiva de este paradigma, la salud es una experiencia que engloba al ser humano y su entorno, y por eso, la promoción de la salud fomenta el compromiso y la participación de la comunidad para mejorar su bienestar (recordemos que estamos en los inicios de la salud comunitaria). La sociedad es multicultural y la dignidad del ser humano es un aspecto importante a tener en cuenta en la atención enfermera. Es en estos momentos cuando se comienzan a establecer los principios de la bioética, ya que fue en 1974 cuando se creó la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Sciences*; que tras cuatro años de trabajo publicó, en 1978, el conocido como Informe Belmont (*Belmont Report*) en el que se establecen los principios éticos básicos: autonomía (respeto por la persona), beneficencia (hacer el bien, que derivaba de la máxima hipocrática “*primum non nocere*” o “*ante todo no dañar*”, pues el cuarto principio, de no maleficencia fue añadido posteriormente por Beauchamp) y justicia (trato igualitario sin discriminación) (6).

Se plantea la necesidad de cuidar siendo tolerante y respetuoso con la diversidad cultural (de hecho, el modelo de Madeleine Leininger es uno de que se sitúan en este Paradigma de la Transformación).

Y entonces, ¿podemos publicar en otros idiomas?

Considerando lo expuesto, parece que sí resulta necesario ese ejercicio de introspección al que aludía al inicio de este editorial para considerar, antes de publicar en otros idiomas, en qué medida los hallazgos de nuestro estudio van a poder ser consultados, leídos, comprendidos y, posteriormente aplicados en el ámbito social y cultural donde se generó la investigación. Parece que no tiene mucho sentido traducir, por ejemplo, un estudio cualitativo a otro idioma si lo que pretendemos es generar conocimiento útil para la población. Probablemente, la mera traducción de los verbatims a un idioma diferente ya provoque la pérdida de matices, connotaciones que son propias de cada lengua. Por otro lado, la transferencia de los resultados puede verse limitada si, por motivos sociales o culturales las prácticas de cuidado o las definiciones sobre qué es salud, qué es enfermedad o cómo deben prestarse los cuidados, no son equiparables en el lugar donde se desarrolló el estudio y en aquel donde se publican sus resultados. Puede suceder que nuestro estudio, simplemente, no resulte útil ni para la población donde se generó (que puede tener dificultades para acceder al estudio o para comprenderlo una vez traducido) ni para la población donde se publica (que sí pueden comprender el idioma, pero quizás no comprendan los significados compartidos, los valores, las creencias y los conocimientos procedimentales de la población de estudio) y, por ello, no parece que tampoco promueva la aplicación de cuidados culturalmente competentes.

Una vez más, reitero la importancia de publicar con la finalidad de generar conocimiento útil, transferible y relevante para la población que fue objeto de estudio, puesto que de lo contrario, además, considero que no estamos correspondiendo, como investigadores, a la generosidad mostrada por los participantes en el estudio, quienes suponían que, con su participación nos ayudarían a mejorar la atención que prestamos.

Referencias bibliográficas

1. Páez D, Zubieta E. Definición de cultura. En: Páez D, Fernández I, Ubillos S, Zubieta E. *Psicología social, cultura y educación*. 2004. [Consultado 13 jun 2024]. Disponible en: [file:///D:/Perfiles/e_acg252/Downloads/CapituloII%20\(1\).pdf](file:///D:/Perfiles/e_acg252/Downloads/CapituloII%20(1).pdf)
2. Feria Lorenzo DJ, León López R, Barquero González A. *Disciplina enfermera. Conceptos nucleares de la enfermería. Modelos y teorías de enfermería. Características generales de los modelos: componentes y elementos. Principales teóricas*. En: Salamanca Castro AB, Villaseñor Roa LA, Sánchez Castro S (Coords). *Cuidados Enfermeros en Atención Primaria y Especializada*. Vol. 2). Servicio de salud del Principado de Asturias. Madrid: Enfo Ediciones; 2012.

3. Gálvez Ramírez F. Enfermería Familiar, Comunitaria y de Salud Pública. Definición y conceptos básicos. En: Duarte Clíments G, Gómez Salgado J, Sánchez Gómez MB (Coords.). Fundamentos teóricos enfermería comunitaria. Madrid: Enfo Ediciones; 2007.
4. Organización Mundial de la Salud. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Official Records of the World Health Organization, 1946. N° 2, p. 100. Ginebra: OMS.
5. Marqués F. Marco teórico de la promoción y la educación para la salud (Unidad 1). Curso de Postgrado sobre Promoción y Educación para la Salud. [Citado 21 jul 2024]. Disponible en: <https://enfermeria.top/doc/marco-teorico-educacion-salud.pdf>
6. Moro Tejedor MN. Ética para enfermería. En: García Mayorga A, Villaseñor Roa LA, García-Carpintero Blas E (Coords). Metodología de los cuidados enfermeros: Concepto y aplicación práctica. Madrid: Enfo Ediciones; 2011.