

ENTRELAZANDO LA COMPASIÓN Y LA COMPETENCIA CULTURAL EN HOSPITALIZACIÓN: UNA REVISIÓN DE EXPERIENCIAS

INTERTWINING COMPASSION AND CULTURAL COMPETENCE

IN HOSPITALIZATION: A REVIEW OF EXPERIENCES

ENTRELAÇANDO COMPAIXÃO E COMPETÊNCIA CULTURAL EM

HOSPITALIZAÇÃO: UMA REVISÃO DE EXPERIÊNCIAS

Liliana Marcela Reina-Leal¹ Lucero López-Díaz²

¹Enfermera, MSc. en Información y Comunicación Científica, PhD en Enfermería, Grupo Cuidado Cultural de la Salud, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Grupo de Investigación Perspectivas del Cuidado, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4982-939X>

lmreinal@unal.edu.co

²Enfermera, MSc. en Enfermería, PhD en Enfermería, Profesora Titular, Grupo Cuidado Cultural de la Salud, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2157-763X>

alopezdi@unal.edu.co

Recibido: 30/10/2019

Aceptado: 06/11/2020

Para citar este artículo:

Reina-Leal, L. M., & López-Díaz, L. (2020). Entrelazando la compasión y la competencia cultural en hospitalización: Una revisión de experiencias. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 24 (58). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.58.13>

ABSTRACT

Introduction. The current globalized world expresses important challenges for nursing care, so that the suffering is recognized and relieved taking into account the patient's culture. **Objective.** To describe the findings of research into experiences of hospital nurses about compassion and care to culturally diverse people. **Method.** Systematic review. The searches were conducted in: Web of Science, CINAHL, OVID Nursing, Evidence Based Medicine Reviews, Medline (PubMed), PsycARTICLES, Virtual Health Library, CUIDEN Plus, TripDatabase, Epistemonikos and Descubridor de la Universidad Nacional de Colombia. A total of 83 searches were conducted with MeSH, DeCS and natural language terms, including research or review articles with qualitative approaches, published in Spanish, English or Portuguese. **Results.** 42 papers were included, with a predominance of phenomenological, ethnographic and grounded theory designs. These reflect the link between compassion and care for culturally diverse people, developed through three themes, and 14 sub-themes. **Conclusion.** The experiences of nurses and patients are diverse, but the connection between compassion and cultural competence in nursing care in the clinical setting is visible. This systematization shows educational and training needs, demonstrates the tensions between personal, professional and institutional culture.

KEY WORDS: Cultural competency; culturally competent care; transcultural nursing; compassion; nursing care

*Trabajo presentado como comunicación oral en Foro I+E 18. IV Reunión Internacional Investigación y Educación Superior en Enfermería, organizado por la Fundación Index. Granada, España.



Correspondencia: Calle 20A No. 96-71, T3 Apto. 526. Bogotá, Colombia
Correo electrónico de contacto: lmreinal@unal.edu.co

RESUMEN

Introducción. El mundo globalizado actual expresa importantes desafíos para el cuidado de enfermería, de manera que se reconozca y alivie el sufrimiento teniendo en cuenta la cultura del sujeto de cuidado. Objetivo: Describir los hallazgos de investigaciones sobre experiencias de enfermeras de hospitalización con respecto a la compasión y el cuidado a personas culturalmente diversas. Método. Revisión sistematizada. Las búsquedas fueron realizadas en: Web of Science, CINAHL, OVID Nursing, Evidence Based Medicine Reviews, Medline (PubMed), PsycARTICLES, Biblioteca Virtual en Salud, CUIDEN Plus, TripDatabase, Epistemonikos y el Descubridor de la Universidad Nacional de Colombia. Se ejecutaron 83 búsquedas con términos MeSH, DeCS y lenguaje natural, incluyendo artículos de investigación o revisión con abordajes cualitativos, publicados en español, inglés o portugués. Resultados: Se incluyeron 42 estudios, con predominio de diseños fenomenológicos, etnográficos y de teoría fundamentada. Estos reflejan el vínculo entre compasión y el cuidado a personas culturalmente diversas, desarrollado a través de tres temas y 14 subtemas. Conclusión. Las experiencias de enfermeras y pacientes son diversas, pero es visible la conexión entre compasión y competencia cultural en el cuidado de enfermería en el ámbito clínico. Esta sistematización muestra necesidades de formación y entrenamiento, refleja tensiones entre cultura personal, profesional e institucional.

PALABRAS CLAVE: Competencia cultural; asistencia sanitaria culturalmente competente; enfermería transcultural; compasión; atención de enfermería

RESUMO

Introdução. O mundo globalizado atual expressa desafios importantes para o cuidado de enfermagem, para que o sofrimento seja reconhecido e aliviado levando em consideração a cultura do paciente. Objetivo. Descrever os resultados de pesquisas sobre experiências de enfermeiros de hospitalização em relação à compaixão e ao cuidado de pessoas culturalmente diversas. Método. Revisão sistemática. As pesquisas foram realizadas em: Web of Science, CINAHL, OVID Nursing, Revisões de Medicina Baseada em Evidências, Medline (PubMed), PsycARTICLES, Biblioteca Virtual em Saúde, CUIDEN Plus, TripDatabase, Epistemonikos e o Descubridor de la Universidad Nacional de Colombia. Foram realizadas 83 pesquisas com termos MeSH, DeCS e idioma natural, incluindo artigos de pesquisa ou revisão com abordagens qualitativas, publicados em espanhol, inglês ou português. Resultados: Foram incluídos 42 estudos, publicados entre 1998 e 2018, com predominância de desenhos fenomenológicos, etnográficos e de teoria fundamentada. Estes refletem o vínculo entre compaixão e cuidado de pessoas culturalmente diversas, desenvolvidas por meio de três temas e 14 subtemas. Conclusão. As experiências de enfermeiros e pacientes são diversas, mas é visível a conexão entre compaixão e competência cultural no cuidado de enfermagem no ambiente clínico. Essa sistematização mostra as necessidades de educação e treinamento, demonstra as tensões entre a cultura pessoal, profissional e institucional e a necessidade de reorientar as políticas de assistência à saúde e de gestão de equipes de enfermagem nas instituições de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Competência cultural; assistência à saúde culturalmente competente; enfermagem transcultural; compaixão; cuidados de enfermagem

INTRODUCCIÓN

El mundo globalizado actual expresa importantes desafíos para el cuidado de enfermería, donde es fundamental contar con enfermeras con capacidad y sensibilidad para brindar cuidados que permitan reconocer y aliviar el sufrimiento de las personas que por su situación de salud son hospitalizadas (López, 2010; Papadopoulos, 2018). Esto ha sido reconocido por la ética de enfermería (Milton, 2016) y el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE, 2013) que convocan al profesionalismo en las relaciones con los pacientes y tener en cuenta su cultura para responder eficazmente a sus necesidades desde la compasión, la humanización, el alivio de los conflictos culturales y el evitar la imposición cultural (Miller y cols., 2008).

En esta línea de acción, la Sociedad de Enfermería Transcultural (TCNS) en alianza con otras organizaciones de enfermería ofrecen estándares para implementar cuidados culturalmente competentes, en los que a través de la compasión y humanización las enfermeras alivien los conflictos culturales y el dolor cultural de poblaciones diversas, a través de un proceso de reflexión y acción crítica que evite la imposición cultural, permita cuidar de manera culturalmente segura, congruente y efectiva, teniendo en cuenta al sujeto, la familia y las comunidades, así como las dimensiones sociales y políticas del cuidado (Douglas y cols., 2014; Garneau y Pepin, 2015).

Adicionalmente, la compasión es uno de los principales valores en el Sistema Británico de Salud y es considerado uno de los principios de la práctica de enfermería del Royal College of Nursing para atención de calidad, segura y efectiva (Crawford y cols., 2014; Papadopoulos y Ali, 2016). Mientras que organizaciones como The Joint Commission (2010) incluyen la competencia cultural dentro de sus estándares de acreditación de hospitales.

La compasión y la competencia cultural permiten retomar la esencia del cuidado de enfermería, pueden favorecer el empoderamiento de las enfermeras para visibilizar su rol en la solución o prevención de problemas de salud, mediante un trato digno, que respete los derechos de los pacientes, mejore la calidad del cuidado y los resultados de salud (Blomberg y cols., 2016; Reina-Leal, 2018; Schantz, 2007; Sinclair y cols., 2016). Por lo tanto, es de gran relevancia visibilizar las experiencias de enfermeras clínicas y pacientes, para conocer cómo es cuidar con compasión y a personas culturalmente diversas, y hacerlo a través de un proceso de revisión, muestra un panorama de cuáles y cómo han sido dichas experiencias en diversos contextos, de manera que la síntesis del conocimiento científico disponible contribuya a generar estrategias para incorporar la compasión y la competencia cultural en el cuidado de enfermería. En consecuencia, el objetivo de la revisión fue describir los hallazgos de investigaciones sobre experiencias de enfermeras de hospitalización con respecto a la compasión y el cuidado a personas culturalmente diversas.

METODOLOGÍA

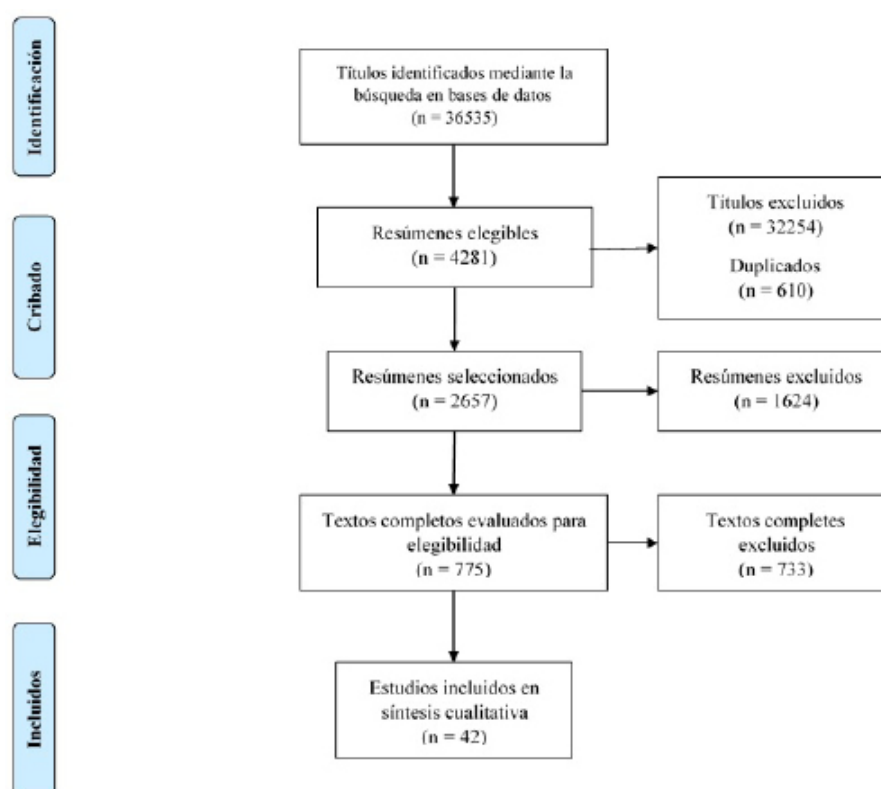
Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de natureza qualitativa, fruto de uma dissertação de mestrado, Revisión sistematizada -seleccionada entre 14 posibilidades de revisión por ser propia de trabajos de posgrado que no cuentan con recursos necesarios para revisiones sistemáticas completas- que posibilitó profundizar sobre las experiencias de compasión y cuidado culturalmente competente, encontrando elementos para enriquecer la construcción de una intervención de entrenamiento sobre este tema a través del análisis narrativo (Grant y Booth, 2009; Whitemore y cols., 2014).

Las búsquedas fueron realizados entre abril y julio de 2018 en las bases de datos y recursos electrónicos: Web of Science, CINAHL, OVID Nursing, EBM Reviews (All Databases), Medline (PubMed), PsycARTICLES, Biblioteca Virtual en Salud, CUIDEN Plus, TripDatabase, Epistemonikos y el Descubridor de la Universidad Nacional de Colombia. Se ejecutaron 83 búsquedas con ecuaciones construidas con términos MeSH, DeCS y lenguaje natural: cultural competence, transcultural nursing, transcultural care, health care delivery, compassion, empathy, health outcomes, outcomes (health care), outcome assessment, process assessment (health care), patient outcomes, clinical outcomes, intervention, así como sus equivalentes en español. Estos términos fueron combinados con los operadores booleanos AND y OR.

Se incluyeron artículos de investigación o revisión con abordajes cualitativos. Se consideró el punto de vista de enfermeras y/o pacientes adultos en el ámbito hospitalario, textos publicados en inglés, español o portugués, sin tener en cuenta su fecha de publicación. Se excluyeron los estudios con enfermeras de pediatría, y donde los “verbatim” no dejaban claro las perspectivas de enfermeras y pacientes de servicios de hospitalización. De los estudios en que vincularon profesionales de la salud, se incluyeron únicamente aquellos donde fue posible determinar la participación de la enfermera.

El proceso de revisión fue sistemático y exhaustivo (selección por título, resumen y texto completo). Como se indica en el diagrama PRISMA [Figura 1], se identificaron 36.535 títulos y se incluyeron 42 para la revisión, 16 sobre experiencias de compasión y 26 sobre experiencias de cuidado a personas culturalmente diversas.

Figura 1. Diagrama PRISMA del proceso de búsqueda



Los datos de identificación y metodológicos de los estudios se extrajeron en una base de datos de Microsoft Excel® diseñada ad hoc para apoyar el proceso de gestión de la información. Se realizó análisis temático, con apoyo del software NVivo 12®, para ofrecer una interpretación que va más allá de los estudios primarios (Tong y cols., 2012; Whittemore y cols., 2014), así: 1) Codificación línea por línea del texto del epígrafe resultados en códigos inductivos creados por LMR, 2) Desarrollo de temas descriptivos por LMR, algunos de los textos hicieron parte de más de un código y tema, fueron verificados posteriormente por LLD para verificar pertinencia, coherencia, el significado y contenido; 3) LMR generó un esquema para establecer la relación entre temas. Se procedió a reagrupar o suprimir los redundantes y generar temas analíticos. LLD hizo una nueva revisión y mediante consenso se obtuvieron 3 temas y 14 subtemas que intentan organizar estas experiencias para una mejor comprensión.

RESULTADOS

Los períodos de publicación de los estudios son: 1998-2000: dos, 2001-2005: cinco; 2006-2010: diez; 2011-2015: catorce; y 2016-2018: once, que muestran un mayor interés por estas temáticas. Predominó el uso de la fenomenología (diez), etnografía (seis), teoría fundamentada (seis), los demás no especifican el diseño cualitativo (ocho) [Tabla 1]. Los estudios dejan ver que la compasión y el cuidado a personas culturalmente diversas se vinculan para develar la esencia del cuidado de enfermería, lo cual se desarrolla a través de tres temas y 14 subtemas.

Tabla 1. Caracterización de los estudios sobre experiencias de compasión y cuidado a personas culturalmente diversas

Estudio	Autores	Revista	Diseño	Participantes	País	Técnica análisis datos
Experiencias de compasión en el cuidado						
E1	Iranmanesh S, y cols. (2009)	J Adv Nurs	Fenomenología	e enfermeras	Irán	Fenomenología hermenéutica (Ricoeur, 1976)
E2	Monks J, Flynn M (2014)	Intensive Crit Care Nurs	Fenomenología	6 enfermeras	Reino Unido	Fenomenología (Van Manen, 1997)
E3	Price AM (2013)	Nurs Crit Care	Etnografía	16 enfermeras, 1 médico, 2 fisioterapeutas	Reino Unido	Comparativo constante (Glaser and Stauss, 1967)
E4	Ghaljeh M, y cols. (2016)	Int J Palliat Nurs	Fenomenología	10 enfermeras	Irán	Fenomenología hermenéutica (Ricoeur, 1976)
E5	Torjuul K, y cols. (2007)	Nurs Ethics	Fenomenología	10 enfermeras	Noruega	Fenomenología hermenéutica (Ricoeur, 1976)
E6	Sabo BM (2011)	Eur J Oncol Nurs	Fenomenología interpretativa	12 enfermeras	Canadá	Temático (van Manen, 1997)
E7	Jones J, y cols. (2016)	J Adv Nurs	Cualitativo	171 enfermeras	Australia	Temático (Guest y cols. 2012)
E8	Papadopoulos I, y cols. (2015)	J Transcult Nurs	No descrito	1323 enfermeras	Multicéntrico	Temático inductivo (Braun & Clarke, 2006)
E9	Jakimowicz S, y cols. (2018)	J Clin Nurs	Teoría fundamentada constructivista	21 enfermeras	Australia	Comparativo constante (Glaser & Strauss, 1967)
E10	Kongsuwan W, Locsin RC (2011)	Intensive Crit Care Nurs	Fenomenología hermenéutica	8 enfermeras	Tailandia	Fenomenología hermenéutica (Van Manen, 1990)
E11	Zamanzadeh V, y cols. (2017)	Scand J Caring Sci	Exploratorio	16 enfermeras	Irán	Contenido (Graneheim & Lundman 2004)

E12	Babaei S, y cols. (2016)	Int Nurs Rev	Etnografía	20 enfermeras 12 pacientes	Irán	Teoría fundamentada (Charmaz, 2006; Strauss & Corbin)
E13	Berg L, Danielson E (2007)	Scand J Caring Sci	Fenomenología interpretativa	6 enfermeras 7 pacientes	Suecia	Fenomenología interpretativa (Benner, 1994)
E14	Sinclair S, y cols. (2016)	J Pain Symptom Manage	Teoría fundamentada	53 pacientes	Canadá	Teoría fundamentada (Strauss & Corbin, 1990)
E15	Bramley L, Matiti M (2014)	J Clin Nurs	Descriptivo exploratorio	10 pacientes	Reino Unido	Temático (Attride-Stirling, 2001)
E16	Sharp S, y cols. (2015)	Contemp Nurse	No descrito	10 apcientes	Australia	Temático (Van Manen, 1998)
Experiencias de cuidado a personas culturalmente diversas						
E17	Cioffi J (2003)	Int J Nurs Stud	Descriptivo-interpretativo	23 enfermeras	Australia	Unificación y categorización (Lincoln & Guba, 1985)
E18	Watts KJ, y cols. (2017)	Eur J Oncol Nurs	Cualitativo	21 enfermeras 17 oncologos	Australia	Temático (Miles & Huberman 1984)
E19	Al-Yateem N, y cols. (2015)	Holist Nurs Pract	Descriptivo	27 enfermeras	Multicéntrico	No especificado
E20	Goodman P, y cols. (2015)	J Transcult Nurs	Fenomenología	15 enfermeras	Iraq	Temático
E21	Coffman MJ (2004)	J Cult Divers	Metasíntesis	1054 enfermeras	Multicéntrico	Método comparativo meta-etnográfico (Noblit and Hare, 1988)
E22	Tuohy D, y cols. (2008)	Int Nurs Rev	Cualitativo	7 enfermeras	Irlanda	Temático (Morse & Field 1996)
E23	Huang YL, y cols. (2009)	J Clin Nurs	Teoría fundamentada	7 enfermeras	Australia	Teoría fundamentada
E24	Cai D, y cols. (2016)	Nurs Health Sci	Cualitativo	20 enfermeras	Tailandia	Temático (Braun, Clarke, 2006; Vaismoradi, 2013)
E25	Hultsjö S, Hjelm K (2005)	Int Nurs Rev	Exploratorio	24 enfermeras 11 auxiliares de enfermería	Suecia	No especificado
E26	Atkinson C (2015)	J Holist Nurs	Etnografía enfocada	18 enfermeras	Kuwait	Etnoenfermería (Leininger & McFarland, 2006)
E27	Fatahi N, y cols. (2010)	J Adv Nurs	Cualitativo	11 enfermeras	Suecia	Contenido (Graneheim & Lundman 2004)
E28	Kirkham SR (1998)	Clin Nurs Res	Descriptivo-interpretativo	8 enfermeras	Canadá	Temático (Lincoln & Guba, 1985)
E29	Cioffi J (2005)	Contemp Nurse	Cualitativo	10 enfermeras	Australia	Unificación y categorización (Lincoln & Guba, 1985).
E30	Vydelingum V (2006)	Nurs Inq	Etnografía	22 enfermeras 18 auxiliares de enfermería	Inglaterra	Temático (Miles & Huberman, 1994)
E31	Ian C, y cols. (2016)	Appl Nurs Res	Exploratorio	17 enfermeras	Estados Unidos	Contenido
E32	Plaza del Pino FJ, y cols. (2013)	BMC Nursing	Etnografía enfocada	32 enfermeras	España	Codificación abierta (Coffey, 1996)
E33	Coleman JS, Angosta AD (2016)	J Clin Nurs	Fenomenología	40 enfermeras	Estados Unidos	Fenomenología (Van Manen, 1990)
E34	Almutairi AF, y cols. (2015)	J Transcult Nurs	Estudio de caso único integrado	24 enfermeras	Arabia Saudí	Deductivo Inductivo

E35	Huang YL, y cols. (2009)	Cancer Nursing	Teoría fundamentada	7 enfermeras	Australia	Teoría fundamentada (McCann & Clark, 2003, Rossa, 2005)
E36	Shafipour V, y cols. (2014)	Glob J Health Sci	Cualitativo	11 pacientes 10 enfermeras	Irán	Contenido (Graneheim & Lundman 2004)
E37	Hemberg JAV, Vilander S (2017)	Scand J Caring Sci	Fenomenología hermenéutica	8 enfermeras 2 pacientes	Finlandia	Contenido latente (Kyngäs & Vanhanen, 1999)
E38	Wilson DW (2010)	J Psychiatr Ment Health Nurs	Descriptivo	16 pacientes 40 enfermeras	Estados Unidos	Temático de contenido (Kvale, 1996; Patton, 2002)
E39	Arnaert A, Schaack G (2006)	Accid Emerg Nurs	Cualitativo	4 apcientes	Canadá	Comparativo constante (Strauss & Corbin, 1990)
E40	Sobel LL, Sawin EM (2014)	J Transcult Nurs	Teoría fundamentada	26 pacientes	Estados Unidos	Teoría fundamentada (Charmaz, 2006)
E41	Cortis JD (2000)	J Transcult Nurs	Teoría fundamentada	55 pacientes	Reino Unido	Teoría fundamentada (Glaser & Strauss, 1967)
E42	Pasco AC, y cols. (2004)	J Nurs Scholarsh	Etnografía enfocada	23 pacientes	Canadá	No especificado

Tema 1. Compasión y cuidado culturalmente congruente en la práctica hospitalaria

El tema revela la conjunción de perspectivas y experiencias expresadas por enfermeras y/o pacientes. Las actitudes estuvieron relacionadas con el reconocimiento y aceptación de la diversidad cultural con sus creencias y prácticas, así como la importancia de la conciencia y la sensibilidad culturales, del respeto y la competencia para la comunicación [Figura 2].

Desarrollando relaciones de cuidado (E1-E2,E4,E6,E10,E12-E16,E18,E21,E26,E29,E33,E37-E38,E40-E42)

Las relaciones de cuidado auténticas son terapéuticas y en ellas se expresan la compasión y la competencia cultural. Requieren del conocimiento profesional y cultural del paciente y su familia, de acercarse al sufrimiento y buscar aliviarlo con expresiones de afecto, cercanía, conexión genuina y comportamientos como: usar el tacto, estar presentes, escuchar activamente, compartir y respetar sus historias creencias, entre otros que permiten construir confianza. Las relaciones exitosas pueden generar satisfacción cuando la enfermera conecta verdaderamente con el paciente, y supera las tensiones inmersas en el cuidado (diferencias culturales, competencias profesionales, contexto de cuidado).

Para las enfermeras musulmanas, las relaciones altruistas y humanitarias derivaron de sus creencias religiosas, mientras que para los pacientes fue de gran importancia que las enfermeras establecieran conversaciones con ellos, ser respetados en sus opiniones e integridad, ser validados y considerados como partícipes de su cuidado, aunque a veces sus sentimientos de vulnerabilidad limitaban esta relación. Para pacientes filipino-canadienses, el desarrollo de la relación de cuidado pasa por diferentes etapas antes de establecer confianza mutua.

Comunicándose con el paciente y su familia (E1,E10,E12-E15,E17-E24,E27-E29,E32-E37,E39-E42)

La comunicación fue un tema ampliamente abordado, incluyó la comunicación verbal y no verbal, además del uso de estrategias como intérpretes, colegas, otros profesionales bilingües e incluso el humor ante las dificultades al comunicarse con personas de otras culturas, estrategias que facilitaron la relación enfermera-paciente. La comunicación efectiva implicó permitir al paciente expresarse, escuchar activamente, sin juicios, mirar a los ojos, sonreír amablemente, ser flexibles y responder asertiva y oportunamente. Las enfermeras buscaron mecanismos para comprender y satisfacer las necesidades culturales de los pacientes.

Los pacientes destacan la comunicación como elemento clave para la comprensión de sus necesidades, su situación personal y familiar, y para expresar compasión y cuidado culturalmente congruente. No obstante, con grupos étnicos específicos, pacientes con idioma diferente y/o en ambientes de alta tecnología hay tensión entre enfermeras y pacientes porque no tienen herramientas de comunicación, y reconocen las limitaciones para el cuidado.

Siendo consciente y sensible ante el sufrimiento y la diversidad cultural (E4,E6,E8-E10,E13-E14,E16-E19,E21,E23-E24,E28-E31,E33-E35,E37-E38,E42)

Las enfermeras reconocen la influencia del contexto socio-cultural y económico en el estado de salud, en la forma de vivir los procesos de enfermedad y muerte, así como las reacciones frente a la atención en salud. Algunas mencionan el deseo de ser culturalmente sensibles y son conscientes de la diferencia, algo motivado por experiencias interculturales previas (vivir en países diferentes, trayectoria en gestión y negociación del cuidado) que contribuyen a la evaluación de los propios prejuicios, evitar estereotipos, abrirse a conocer sus pacientes y comprenderlos más allá de su condición fisiopatológica, incluyendo sus necesidades culturales.

Del mismo modo, declaran ser sensibles y comprender el sufrimiento del paciente como un fenómeno subjetivo y único con diversas expresiones y significados en un entorno cultural en particular. Esto moviliza procesos de mediación entre el cuidado de enfermería y las prácticas religiosas de pacientes y familiares. El conocimiento cultural de los diversos grupos es indispensable para reconocer y aliviar el dolor y el sufrimiento, mejorar la relación enfermera-paciente, brindar cuidados seguros y de calidad.

Estando presente (E1,E3-E8,E12-E14,E16,E33,E37-E38,E41)

La cercanía y la presencia en el cuidado es una forma de ser y conectar con el paciente y su familia, requiere autenticidad, apertura y disponibilidad de la enfermera, surge del compromiso, del crecimiento personal y profesional, del conocimiento, los valores y creencias religiosas, así como de experiencias personales y profesionales previas que redefinen la práctica. Se expresa pasando tiempo, hablando con ellos, permitiéndoles expresarse, escuchándoles, usando el tacto y considerando su contexto, acciones que facilitan la conexión, percibir su sufrimiento, aliviar la ansiedad y el dolor, comprender lo significativo, mantener la esperanza y generar confianza para satisfacer sus necesidades de cuidado y apoyar a la familia, reduciendo el riesgo de efectos psicosociales adversos. Crear una relación cercana con el paciente moribundo es la mejor manera de satisfacer sus necesidades y preferencias para proporcionarle una muerte digna, comfortable y tranquila.

Los pacientes valoran y se sienten más seguros con la cercanía y presencia de las enfermeras, consideran importante ser escuchados y validados en un entendimiento compartido, que les permite sentirse acompañados y seguros, aliviando su sufrimiento.

Sienten el compromiso de las enfermeras cuando estas se sientan frente a su cama, se comunican continuamente, brindan información de manera precisa y sensible, y permiten la participación. No obstante, sienten que las enfermeras no quieren hablar con ellos, cuando van y vienen sin decir nada.

Reconociendo el sufrimiento y siendo empática (E2, E5-E6, E9-E10, E12, E15, E17, E26, E31, E41)

La cercanía permite a las enfermeras reconocer el dolor y el sufrimiento del paciente y sentirlo como propio, sentimiento más fuerte ante la gravedad de la enfermedad o el dolor de la familia. Según las enfermeras, su perspectiva del sufrimiento y la angustia es diferente a la de los médicos, por lo que se sienten afectadas, poco compasivas y es más difícil su abordaje cuando el tratamiento médico es inútil. En algunas culturas, las emociones no se expresan de maneras tan evidentes y el dolor se manifiesta no verbalmente, por lo que las enfermeras deben observar más allá de lo que parece obvio.

La empatía es un aspecto importante en las interacciones terapéuticas, para comprender el sufrimiento del paciente y solidarizarse con él, para sentir su dolor y ser amables. Aunque no siempre logran conectar o son incapaces de minimizar el impacto de la situación, se muestran empáticas, sintiéndose responsables de situaciones difíciles.

Para los pacientes, ser empático implica que el profesional tenga conciencia del sufrimiento ajeno y se pregunte por cómo se sentiría en sus zapatos. Sienten más empatía cuando las enfermeras son inmigrantes como ellos, favoreciendo la apertura y expresión de necesidades, base para la posterior toma de acción y expresión de la compasión.

Reflejando valores y experiencia (E5-E6, E8, E11-E12, E14, E18, E20, E22-E24, E28-E29, E37, E41)

El sistema de valores y creencias es esencial para la compasión y el cuidado culturalmente congruente permitiendo el reconocimiento del otro como ser humano y la motivación altruista de ayudar desinteresadamente. La compasión es aprendida en el hogar, por la cultura y religión de los padres que promulgan el amor y la ayuda como fuente de futuras recompensas. Algunas enfermeras afirman que la formación es inadecuada para el cuidado de pacientes culturalmente diversos, aunque a veces los maestros se convierten en modelo de cuidado compasivo.

Las enfermeras transmiten solidaridad, deseo de ayudar al que sufre, esperanza, respeto por las creencias y prácticas culturales de cuidado independiente del origen del paciente, resaltando la importancia de no imponer sus creencias y valores profesionales. También expresan responsabilidad por el bienestar, tratamiento y calidad de la atención; antes de finalizar el turno discuten consigo mismas y antes de irse a casa visitan a los pacientes para verificar si han hecho lo necesario y las necesidades han sido atendidas adecuadamente, aunque con algunos pacientes complejos deben confiar la responsabilidad a colegas; en algunos casos, la responsabilidad con los pacientes se experimenta como una obligación personal, difícil de olvidar en casa.

Los pacientes consideran que los valores reflejados por las enfermeras les dan la sensación de preocupación por ellos como seres humanos.

Ir más allá y dedicar tiempo (E1, E5-E6, E8-E10, E13-E16, E18-E19, E28, E31, E33, E38, E42)

Las enfermeras consideran que cuidar con compasión es conmoverse por el sufrimiento y comprometerse moralmente a actuar, es encontrar un momento en medio de las múltiples actividades del entorno hospitalario, para dedicar al paciente, acompañarle conversando, tocando su mano o dejándolo sólo cuando lo necesita. El deseo es la motivación para ir más allá de sus deberes, escuchar y observar más allá de lo evidente, con actos comunes pero significativos para los pacientes porque transforman sus experiencias (ayudarles a adaptar la alimentación, a mantener sus prácticas espirituales y su seguridad).

Cuando la condición de los pacientes hace indispensable el uso de tecnologías, o cuando tienen pacientes culturalmente diversos con los que existe alguna barrera idiomática o de prácticas religiosas, las enfermeras emplean más tiempo para cuidar. Ejercen abogacía para defender los derechos del paciente y ajustar o detener los tratamientos, aliviar el sufrimiento y facilitar una muerte digna, buscan recursos externos ante la inexistencia de algún sistema de apoyo.

Los pacientes reconocen que las enfermeras tienen mucho trabajo por lo que su tiempo es muy valioso, aunque la espera les resulta poco compasiva. La compasión y el cuidado culturalmente congruente son visibles con pequeños gestos que contribuyen a la relación de cuidado (tiempo para escucharles, reflexionar sobre su situación y brindar atención sensible y oportuna). Lo anterior, implica que las enfermeras tengan la intención de encontrar tiempo y hagan esfuerzos conscientes para superar las limitaciones del sistema sanitario y de las organizaciones, reflejadas en los contextos de cuidado, que restringen el tiempo para el paciente.

Negociando y adaptando el cuidado (E2-E6,E8,E10-E11,E14-E24,E26-E35,E37-E42)

Las enfermeras articulan cuidado cultural y compasión al establecer relaciones de cuidado conscientes y sensibles ante las diferencias, empatizan y actúan frente al sufrimiento, incluyen al paciente y su familia, reconocen sus necesidades y expectativas, respetan sus preferencias, las defienden, aunque a veces no están de acuerdo, negocian-adaptan el cuidado para permitir algunas (oración, cantos, visitas, rituales), proporcionando privacidad, respeto, incluyendo prácticas cotidianas culturalmente específicas como la dieta, la higiene, productos naturales, musicoterapia, cromoterapia, y estrategias de comunicación intercultural.

Las enfermeras dan importancia a los aspectos psicológicos y fisiológicos del cuidado, consideran a cada persona como un ser único y diverso, e intentan mediar con la cultura de los demás profesionales y la organización. En algunas circunstancias, priorizan los aspectos técnicos, no son conscientes de las diferencias, ni reconocen la necesidad de adaptar el cuidado.

Los pacientes describen la enfermería en términos de lo que las enfermeras hacen por ellos, se sienten valorados, estimados y que su recuperación es importante para las enfermeras.

Figura 2. Síntesis tema 1: Compasión y cuidado culturalmente congruente en la práctica

Hallazgos	Subtema	Tema
<p>"Una relación efectiva significa estar presente, escuchar al paciente, hablarle y brindarle consuelo. Los pacientes necesitan acercarse a las enfermeras, para que se sientan cómodos cuando hablan con ellos (P6)". (E4)</p> <p>"Las enfermeras que eran amigables... tienden a ir a la gente [que está] mal, molesta, angustiada. [Ellos] te animan, te dicen cosas bonitas, y algunas enfermeras son buenas [porque] te escuchan sentadas junto a la cama. Pero algunas enfermeras no quieren escuchar y no quieren hablar con usted. Vienen y van y no dicen nada. Pero no sé por qué las enfermeras hacen estas cosas". (E41)</p>	<p>Desarrollando relaciones de cuidado (E1-E2, E4, E6, E10, E12-E16, E18, E21, E26, E29, E33, E37-E38, E40-E42)</p>	<p>Compasión y cuidado a personas culturalmente diversas en la práctica hospitalaria</p>
<p>"Es particularmente importante en la cultura iraní. La risa puede transferir un mejor sentido de compasión de la enfermera al paciente. Una sonrisa puede cambiar una atmósfera estresante y ayudar a un paciente a tolerar el dolor". (E36)</p> <p>"La compasión significa para mí alguien que escucha. Realmente oír y escuchar lo que estoy diciendo en lugar de lo que ellos piensan que estoy diciendo. Es importante que escuche lo que estoy diciendo para que podamos abordar esto correctamente (Paciente 32)". (E14)</p>	<p>Comunicándose con el paciente y su familia (E1, E10, E12-E15, E17-E24, E27-E29, E32-E37, E39-E42)</p>	
<p>"La necesidad de tratar de comprender las necesidades de una persona y luego adaptar la atención en consecuencia fue identificada por la mayoría de los pacientes como una característica fundamental de la compasión". (E14)</p> <p>"Interactuar con diferentes culturas en situaciones tan estresantes me ha enseñado mucho acerca de otras culturas, así como también de la nuestra" (Participante 1). "Te hace ser más consciente de las diferentes culturas y las necesidades de la población a la que servimos" (Participante 7). (E31)</p>	<p>Siendo consciente y sensible ante el sufrimiento y la diversidad cultural (E4, E6, E8-E10, E13-E14, E16-E19, E21, E23-E24, E28-E31, E33-E35, E37-E38, E42)</p>	
<p>"Aprendí de la gente que necesitan que estemos allí y pasemos tiempo con ellos. Con el tiempo me di cuenta de que esto es lo más importante en el cuidado". (E1)</p> <p>"En realidad, están allí, se puede ver que están en mente y en cuerpo, que no están fuera en otro lugar (Paciente 25)". (E14)</p>	<p>Estando presente (E1, E3-E8, E12-E14, E16, E33, E37-E38, E41)</p>	
<p>"Vemos cuánto luchan, cuánto cuesta y cuán cansados están mucho antes que los médicos. Escuchamos a los pacientes decir que ya no pueden más, y nos piden que los dejemos morir". (E5)</p> <p>"Nos solidarizamos cuando los pacientes dependen de las tecnologías de la máquina. Estas máquinas hacen sufrir a los pacientes. Por ejemplo, con intubaciones, el tubo endotraqueal en la garganta del paciente es doloroso. Entendemos la situación de los pacientes. Sentimos su dolor. [Participante 2]". (E10)</p>	<p>Reconociendo el sufrimiento y siendo empática (E2, E5-E6, E9-E10, E12, E15, E17, E26, E31, E41)</p>	
<p>"Amo mi trabajo (enfermería) porque puedo ofrecer servicios altruistas a las personas, por lo tanto, mi trabajo es valioso... (P8)". (E11)</p> <p>"La mejor atención es posible respetando mis opiniones y mi integridad". (E37)</p>	<p>Reflejando valores y experiencia (E5-E6, E8, E11-E12, E14, E18, E20, E22-E24, E28-E29, E37, E41)</p>	
<p>"Sabemos que las personas moribundas necesitan que estemos con ellas, pero realmente no tenemos tiempo, porque hay muchos pacientes en la sala. (P8)". (E4)</p> <p>"La compasión es cuando la enfermera, que está muy sobrecargada con la redacción de documentos, encuentra el momento de acudir a una persona enferma, hablar, escuchar (República Checa)". (E8)</p> <p>"Las niñas [enfermeras] vienen [y dicen] "¿te gustaría una manta caliente"? Ellos saben que vas a estar descubierta. Como dar ese paso extra. Dar ese paso extra es compasión (Paciente 50)". (E14)</p>	<p>Ir más allá y dedicar tiempo (E1, E5-E6, E8-E10, E13-E16, E18-E19, E28, E31, E33, E38, E42)</p>	
<p>"Comencé a llorar [en el momento del diagnóstico] y la enfermera vino, se sentó a mi lado y me abrazó, me abrazó y lloré lo suficiente como para empapar su uniforme (Paciente 15)". (E14)</p> <p>"Trabajo con refugiados e inmigrantes. Especialmente en el encuentro con nuevos ciudadanos, es importante demostrar que te preocupas, cuidas de quienes han tenido tantas experiencias de pérdida y tienen que orientarse en un nuevo país. (Noruega)". (E18)</p>	<p>Negociando y adaptando el cuidado (E2-E6, E8, E10-E11, E14-E24, E26-E35, E37-E42)</p>	

Tema 2. Influencias externas que suponen desafíos/barreras para la compasión y el cuidado culturalmente congruente

Las experiencias de enfermeras y pacientes permiten encontrar algunos factores que influyen para que el cuidado que brindan/reciben sea compasivo y coherente con sus necesidades culturales [Figura 3].

Escenario en el que se desarrolla el cuidado (E1-E4,E6,E9,E10,E13,E17-E36,E39-E41)

Escenarios altamente tecnológicos y condiciones complejas de los pacientes en unidades de oncología, trasplantes o cuidados críticos, muestran dificultades para la compasión y el cuidado culturalmente congruente por primar la tecnología sobre la experiencia humana. Además, las restricciones del entorno, las demandas de tiempo o involucramiento emocional no solo con el paciente sino con los familiares generan frustración, sin embargo, hay quienes aprenden a enfrentar estos desafíos, logrando coherencia entre valores personales y profesionales.

Ser enfermera extranjera o cuidar a pacientes de culturas diversas, es un desafío por razones como: estereotipos y racismo (propios, de otros profesionales y pacientes), comunicarse a pesar de la diferencia de idioma y jerga. Las enfermeras buscan estrategias para superar las barreras, malentendidos, choques culturales para reflejar la compasión, aunque no siempre con éxito.

Educación en enfermería y trayectoria en el cuidado (E4-E7,E9-E11,E13,E18-E23,E27-E34,E37)

En la educación en enfermería, el ejemplo de las docentes es clave para desarrollar compasión, pero señalan un privilegio de las tecnologías durante la formación, que no concuerda con la realidad de la práctica profesional, donde las responsabilidades derivan en tensiones, superadas con el deseo de proporcionar respeto cultural, confianza en el paciente y su participación en el cuidado. La situación a veces exige que se enfoquen en la tarea y los procesos de inducción de las instituciones son limitados en cuanto a la diversidad cultural.

Destacan la escasa oportunidad que el sistema educativo y las instituciones de salud les brindan para adquirir conocimientos y habilidades para cuidar de manera culturalmente competente y sensible. En la práctica profesional al enfrentarse a situaciones difíciles o dilemas éticos con pacientes y familiares adquieren conocimiento cultural, experiencia y seguridad. Sin embargo, son caminos difíciles, por lo que expresan la necesidad de capacitación específica para ofrecer cuidados integrales, de calidad, compasivos, culturalmente congruentes y seguros.

Cultura organizacional y división del trabajo (E1,E3-E11,E13,E21-E32,E34,E36,E40)

La cultura organizacional marcada por la productividad, las auditorías, escasez de personal, bajos salarios y pocos recursos para la atención intercultural repercuten en la capacidad para brindar cuidados compasivos y culturalmente congruentes. Aunque las enfermeras aprenden a convivir con esto y aprovechan los recursos disponibles (especialmente para la comunicación intercultural), sufren estrés y desánimo, afectando la experiencia del paciente en la institución.

Las relaciones de poder en los grupos de salud pueden favorecer o no el cuidado compasivo. Se hace evidente la contribución positiva cuando el líder, directivo o profesional se convierte en modelo de práctica compasiva porque motiva a otros a seguir de ese modo. Relaciones positivas entre colegas permiten sentir apoyo, satisfacción y compromiso, brindar cuidados culturalmente sensibles y centrados en el paciente, comprendiendo otras prácticas culturales, con fuerza y resiliencia ante contextos adversos. No obstante, algunos profesionales muestran desvalorización, poca colaboración y resistencia ante la diversidad cultural.

Figura 3. Síntesis tema 2: Influencias externas que suponen desafíos/barreras para la compasión y el cuidado culturalmente congruente

Hallazgos	Subtema	Tema
<p>“Las entrevistas revelaron que las enfermeras habían aprendido a trabajar en un entorno desafiante. Este aprendizaje también contribuyó al desarrollo profesional de las enfermeras. Habían aprendido a trabajar en un entorno con retos existenciales”. (E4)</p> <p>“Los participantes sintieron que su propia formación educativa no les daba la base que necesitaban (Baldonado y cols; Boi, 2000; Kirkham, 1998). Este sentimiento fue expresado por un participante que sintió que ella “no estaba del todo [preparada en el entrenamiento para atender a pacientes culturalmente diferentes]. Cuando vine a Inglaterra, en realidad nunca me había preocupado por alguien con antecedentes diferentes” (Boi, pág. 386). (E1)</p>	<p>Escenario en el que se desarrolla el cuidado (E1-E4,E6,E9,E10,E13,E17-E36,E39-E41)</p>	<p>Influencias externas que suponen desafíos/barreras para la compasión y el cuidado culturalmente congruente</p>
<p>“Tuve una profesora que me incitó a ser compasivo... Estábamos en una sala de neurología, vi que ella escuchaba atentamente a los pacientes, los instruyó y luego los pacientes se calmaron... Trato de tratar a mis pacientes de la misma manera que ella... (P4)”. (E11)</p> <p>“Las enfermeras expresaron que carecen de la educación necesaria para atender eficazmente a una mezcla diversa de pacientes de cualquiera de las culturas. Las enfermeras expresaron su deseo de continuar adquiriendo conocimientos y “expandiendo sus horizontes” (Labun, 2001) con respecto a otras culturas para poder practicar de manera efectiva. Todos menos dos de los estudios se referían a la educación como un tema importante dentro de la experiencia de cuidar a pacientes de otras culturas”. (E21)</p>	<p>Educación en enfermería y trayectoria en el cuidado (E4-E7,E9-E11,E13,E18-E23,E27-E34,E37)</p>	
<p>“El funcionamiento del equipo se vio afectado por la dinámica del personal y las personas a cargo y pudo fluctuar diariamente dependiendo de quién estaba trabajando en el turno. Todavía parecía haber relaciones de poder que afectaban el funcionamiento efectivo en su conjunto”. (E3)</p> <p>“Un gran número de participantes notaron la contribución positiva del personal directivo y el equipo de liderazgo para permitir una atención compasiva: “excelente ejemplo en el lugar de trabajo” (Participante, CC3), “buen ejemplo del personal directivo” (Participante, CC10) y “gerentes que entienden y apoyan” (Participante, CC4). Alternativamente, algunos señalaron, una “falta de liderazgo” (Participante, CC4) o “falta de apoyo” (Participante, CC2)”. (E7)</p>	<p>Cultura organizacional y división del trabajo (E1,E3-E11,E13,E21-E32,E34,E36,E40)</p>	
<p>“Los musulmanes creen que quien beba esta agua estará libre de cualquier dolencia y será sanado. Pero cuando se le da esta agua al paciente, entonces se le debe dar la debida atención a cómo se almacenó... está limpia... No sabemos que el agua que los familiares traen al paciente está preparada de forma sanitaria o no”. (E19)</p> <p>“Otro tema cultural al que se enfrentaron las enfermeras estaba relacionado con el género. Temas centrados en el cuidado del mismo sexo y el estado de los hombres frente a las mujeres. Algunas de las pacientes iraquíes no exponen sus cuerpos a otros hombres, incluso si los hombres son proveedores de atención médica. Por lo tanto, solicitaron que solo las mujeres los cuiden”. (E20)</p>	<p>Cultura del paciente y sus familiares(E1,E7-E8,E11-E12,E14-E15,E18-E26,E28,E31,E34-E35,E37-E38,E40-E42)</p>	

Cultura del paciente y sus familiares(E1,E7-E8,E11-E12,E14-E15,E18-E26,E28,E31,E34-E35,E37-E38,E40-E42)

Los comportamientos de los pacientes, las familias y los valores de las enfermeras como reflejo de su cultura y contexto influyen en la expresión de la compasión y el cuidado a personas culturalmente diversas. Los aspectos religiosos marcan la toma de decisiones de cuidado y en cuanto al género del profesional o quién recibe información o no en la familia.

Aspectos culturales de participación familiar en el cuidado exigen adaptaciones, mayor vigilancia o negociación en momentos como: proporcionar alimentos y bebidas por parte de mujeres jóvenes de la familia; visitas de la familia extensa con momentos de tensiones familiares o prácticas que pueden interferir en el cuidado.

La cultura de los pacientes es compleja e implica desafíos, incertidumbre, choque cultural pero las enfermeras intentan confiar en su capacidad y destacan la importancia de la sensibilidad cultural para adaptar los cuidados.

Tema 3. Efecto de la compasión y del cuidado culturalmente congruente

Algunos de los estudios incluidos reflejan de manera general el impacto del cuidado compasivo y culturalmente congruente en las enfermeras, que destacan el crecimiento personal y profesional, y en los pacientes, que se sienten mejor cuidados y más satisfechos [Figura 4].

Creciendo personal y profesionalmente (E1,E4-E6,E9,E28,E31)

Brindar cuidados culturalmente congruentes y compasivos es una oportunidad para crecer y mejorar la práctica. Genera satisfacción y motivación porque alivian los síntomas y minimizan los efectos secundarios de los medicamentos; valoran la relación positiva con sus pacientes con cáncer o en cuidado intensivos como forma de aliviar el sufrimiento, así como el movilizar ayudas para paciente con diferentes idiomas. Se hace visible la experiencia de crecimiento en conocimiento, amabilidad, menos agresión, reexaminan, reevalúan la actitud frente a la vida y la muerte, ganar mayor fuerza interior y mejoran el afrontamiento de los desafíos.

Aportando a mejores resultados de los pacientes (E14-E16,E40)

La compasión y el cuidado culturalmente congruente mejoran la percepción de los pacientes y su satisfacción con el cuidado puesto que se sienten valorados y tratados con dignidad; favoreciendo sus resultados de salud, a través de la mejora del afrontamiento, la esperanza, el alivio del sufrimiento y el enfocarse en la recuperación.

Figura 4. Síntesis tema 3: Efecto de la compasión y del cuidado culturalmente congruente

Hallazgos	Subtemas	Tema
<p>“Las enfermeras experimentaron satisfacción cuando pudieron aliviar los síntomas de los pacientes o minimizar los efectos secundarios de los medicamentos que tenían que usar. El hecho de poder brindar comodidad y una mejor atención física, incluido el manejo de los efectos secundarios causados por la quimioterapia, también contribuyó a su satisfacción. Incluso en los momentos de sufrimiento y muerte trágica, las enfermeras podían experimentar sentimientos de satisfacción, ya que sentían que habían hecho todo lo posible para promover el bienestar de los pacientes”. (E1)</p> <p>“Según muchos participantes, su experiencia en el cuidado de pacientes que no hablan inglés también fomentó el desarrollo personal. Las respuestas de los participantes indicaron que su experiencia en el cuidado de esta población de pacientes cambió su actitud y su autoconciencia general. Los cambios de actitud ayudaron a los participantes a sentir y pensar de manera diferente con respecto a situaciones y personas específicas”. (E31)</p>	<p>Creciendo personal y profesionalmente (E1,E4-E6,E9,E28,E31)</p>	<p>Efecto de la compasión y del cuidado culturalmente congruente</p>
<p>“Aunque algunos pacientes sentían que la compasión mejoraba directamente los resultados de salud, la mayoría sentía que principalmente mejoraba su bienestar y la calidad de su relación con sus proveedores de atención médica. Al describir el impacto de la compasión, varios pacientes notaron resultados negativos como resultado de la falta de compasión. Estas experiencias tuvieron un efecto igualmente duradero, aunque perjudicial, sobre su bienestar y la relación de cuidado, a menudo exacerbando el sufrimiento en el proceso”. (E14)</p> <p>“Me siento muy aislado al estar en una habitación lateral y soy una persona muy social, así que sabes que ella viene aquí para hablarme sobre eso y estar conmigo por un tiempo solo me hizo sentir mucho mejor. (Participante 7, sala C: L 46-48)”. (E15)</p> <p>“Todos estos comportamientos contribuyeron al resultado final deseado, la conexión, que los participantes describieron de varias maneras. Para una mujer, “[las enfermeras] me hicieron sentir que iba a estar bien; Eso me dio la seguridad de que estaba en buenas manos”. (E40)</p>	<p>Aportando a mejores resultados de los pacientes (E14-E16,E40)</p>	

DISCUSIÓN

Las experiencias de enfermeras y pacientes muestran que el sufrimiento va más allá del dolor y aspectos físicos, la compasión y la competencia cultural emergen como esencia del cuidado (Blomberg y cols., 2016; Reina-Leal, 2018; Schantz, 2007; Sinclair y cols., 2016). La relación enfermera-paciente es el pilar en el cuidado a personas culturalmente diversas; en cuidado crítico estas relaciones son intensas, mediadas por el contacto continuo con el cuerpo del paciente e incluso cuando están inconscientes logran desarrollar vínculos y relaciones que pueden dar sentido y dirección a su vida (Vouzavali y cols., 2011). Cuando los pacientes son culturalmente diversos, las relaciones de confianza se construyen a partir de valores personales, de invertir tiempo, de conocer los antecedentes, idioma, la disposición compasiva y comprensión a la diversidad de sus características culturales (Robertshaw y cols., 2017).

La comunicación es fundamental para reconocer y satisfacer las necesidades y las enfermeras aprovechan la interacción constante y el cuidado directo con los pacientes para lograrlo, aunque las dificultades con el lenguaje pueden ser la principal barrera, buscan activamente mecanismos para superarlas (Heer y cols., 2016; Robertshaw y cols., 2017).

La compasión se define de maneras diferentes en enfermería, pero tiene como base factores emocionales, de actitud y cognitivo-conductuales orientados al “involucramiento del conocimiento o sensibilidad al dolor o sufrimiento de otros que resulta en tomar acciones verbales, no verbales o físicas para eliminar, reducir o aliviar el impacto de tal aflicción” (Crawford y cols., 2014). Llegar a la acción, implica un proceso de motivación, atención y ser consciente del sufrimiento, donde la compasión surge como un estado de la mente. De allí la consideración por desarrollar una mentalidad compasiva orientada a la acción, con atributos como los encontrados en las experiencias: calidez, amabilidad, empatía, amor, afectividad, sensibilidad, comprensión, conexión, altruismo (Crawford y cols., 2014; Sinclair y cols., 2017), que guardan relación con los factores de cuidado propuestos por Watson (Drenkard, 2008).

Ser compasivo y culturalmente competente fue una decisión de las enfermeras influida por el contexto en el que se han desarrollado personal y profesionalmente. Esto refleja que la compasión tiene un gran componente cultural, que se expresa en la relación de cuidado y puede verse fortalecida por la competencia cultural, una idea en línea con el Modelo de Competencia Cultural y Compasiva (PPT/IENE4) desarrollado por Papadopoulos y su equipo, quienes definen la competencia cultural y compasiva como “una cualidad humana para comprender el sufrimiento de los demás y querer hacer algo al respecto, utilizando intervenciones de enfermería culturalmente apropiadas y aceptables, que tengan en cuenta tanto los antecedentes culturales de los pacientes como de los cuidadores, así como el contexto en el que se brinda la atención” (Taylor y cols., 2011).

Sin embargo, son múltiples los obstáculos y barreras para la compasión y la competencia cultural dadas las estructuras socioculturales, políticas, económicas y los propios escenarios/servicios de cuidado; influye la cultura de las instituciones educativas, instituciones de salud, la cultura del profesional, de los colegas, del paciente y sus familiares (Mareno y Hart, 2014; Papadopoulos y Ali, 2016; Robertshaw y cols., 2017; Sinclair y cols., 2016).

Aunque algunas políticas promueven la compasión y la competencia cultural en las instituciones, es escasa la atención de gobiernos y organizaciones para entornos compasivos con pacientes y profesionales (Crawford y cols., 2014; Papadopoulos y Ali, 2016; The Joint Commission, 2010). La cultura profesional y organizacional marca el contexto de actuación de enfermería y no se le puede dejar como su responsabilidad particular.

Aparece como esencial, el apoyo de colegas, demás profesionales y la institución en reivindicar el justo valor de enfermería para humanizar los cuidados (Crawford y cols., 2014; Robertshaw y cols., 2017).

Se asumen como limitaciones de la revisión, privilegiar la comprensión exhaustiva de las experiencias sobre compasión y competencia cultural frente al análisis de validez y valoración crítica de los diversos diseños de investigación cualitativa utilizados. En el proceso de síntesis, se pudieron diluir algunas especificidades provenientes de los diseños de investigación de los estudios incluidos (Mays y cols., 2005), y la comprensión alcanzada puede no reflejarse en su magnitud debido a las limitaciones que implica la publicación en revistas científicas.

CONCLUSIONES

Las experiencias de enfermeras y pacientes son diversas, pero es visible la conexión entre compasión y competencia cultural en el cuidado de enfermería en el ámbito clínico. Se expresan en la relación de cuidado y requieren del deseo y compromiso de las enfermeras, de las organizaciones y gobiernos; sin embargo, son múltiples los factores que pueden considerarse como oportunidades, desafíos y barreras para su transferencia en la práctica. Por tanto, es fundamental promover el cuidado de sí y la humanidad compartida en los equipos de salud para superar las barreras y dar al paciente el lugar privilegiado dentro del escenario de cuidado.

Esta sistematización muestra necesidades de formación y entrenamiento; el entrenamiento en una “mentalidad compasiva” y culturalmente competente, es una necesidad expresada por las enfermeras de los estudios incluidos. Los hallazgos requieren ser analizados en conjunto con las estrategias para el entrenamiento en compasión y competencia cultural reportadas por la literatura para diseñar una intervención educativa contextualizada. Esto será de gran utilidad en el contexto colombiano, dadas las características de la población y la orientación de las políticas hacia la garantía de derechos y atención diferencial a poblaciones culturalmente diversas.

Las implicaciones para la práctica y la investigación parten del potencial señalado, para mejorar las experiencias de enfermeras y pacientes en términos de crecimiento personal, profesional, resultados de salud, e incluso de superación de las inequidades en salud. Adicionalmente, son evidentes las tensiones entre cultura personal, profesional e institucional y la necesidad de reorientar las políticas de atención en salud y de gestión del personal de enfermería en las instituciones de salud para promover prácticas compasivas, coherentes con la diversidad cultural de pacientes e integrantes de los equipos de salud, para lo cual puede ser orientador el Modelo de Competencia Cultural y Compasiva.

REFERENCIAS

- Blomberg, K., Griffiths, P., Wengström, Y., May, C., & Bridges, J. (2016). Interventions for compassionate nursing care: A systematic review. *Int J Nurs Stud*, 62, 137-155. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.07.009.
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2013). Declaración de posición del CIE. Competencia Cultural y Lingüística. Recuperado Mayo 01, 2016, de http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/B03_Competencia_cultural_linguistica-Sp.pdf
- Crawford, P., Brown, B., Kvangarsnes, M., & Gilbert, P. (2014). The design of compassionate care. *J Clin Nurs*, 23(23-24), 3589-3599. doi: 10.1111/jocn.12632.
- Drenkard, K. N. (2008). Integrating human caring science into a professional nursing practice model. *Crit Care Nurs Clin N Am*, 20, 403-414. doi: 10.1016/j.ccell.2008.08.008
- Douglas, M. K., Rosenkoetter, M., Pacquiao, D.F., Callister, L.C., Hattar-Pollara, M., Lauderdale, J., Milstead, J., Nardi, D., & Purnell, L. (2014). Guidelines for implementing culturally competent nursing care. *J Transcult Nurs*, 25(2), 109-21. doi: 10.1177/1043659614520998
- Garneau, A.B., & Pepin, J. (2015). Cultural Competence: A Constructivist Definition. *J Transcult Nurs*, 26(1), 9-15. doi: 10.1177/1043659614541294.
- Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Info Libr J*, 26(2), 91-108. doi: 10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x.
- Heer, K., Rose, J., & Larkin, M. (2016). The challenges of providing culturally competent care within a disability focused team: A phenomenological exploration of staff experiences. *J Transcult Nurs*, 27(2), 109-16. doi: 10.1177/1043659614526454.
- López, L. (2010). Los Saberes Culturales en Salud en un Mundo Glocalizado. *Index Enferm*, 19(2-3), 81-3.
- Mareno, N., & Hart, P. L. (2014). Cultural competency among nurses with undergraduate and graduate degrees: Implications for nursing education. *Nurs Educ Perspect*, 35(2), 83-38. Recuperado Mayo 05, 2016, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24783722>
- Mays, N., Pope, C., & Popay, J. (2005). Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy-making in the health field. *J Health Serv Res Policy*, 10 Suppl 1, 6-20. doi: 10.1258/1355819054308576
- Miller, J., Leininger, M., Leuning, C., Pacquiao, D., Andrews, M., Ludwig-Beymer, P., & Papadopoulos, I. (2008). Transcultural Nursing Society Position Statement on Human Rights. *J Transcult Nurs*, 19(1), 5-7. doi: 10.1177/1043659607309147
- Milton, C. L. (2016). Ethics and Defining Cultural Competence: An Alternative View. *Nurs Sci Q*, 29(1), 21-23. doi: 10.1177/0894318415614624.
- Papadopoulos, I. (2018). *Culturally Competent Compassion: A Guide for Healthcare Students and Practitioners*. United Kingdom: Routledge. 130 p.
- Papadopoulos, I., & Ali S. (2016). Measuring compassion in nurses and other healthcare professionals: An integrative review. *Nurse Educ Pract*, 16(1), 133-9. doi: 10.1016/j.nepr.2015.08.001.
- Reina-Leal L. M. (2018). Competencia cultural y compasiva en enfermería: de regreso a la esencia del cuidado. *Enfermería Comunitaria*; 14. Recuperado Diciembre 01, 2018, de <http://ciberindex.com/c/ec/e12090>
- Robertshaw, L., Dhesi, S., & Jones, L. L. (2017). Challenges and facilitators for health professionals providing primary healthcare for refugees and asylum seekers in high-income countries: a systematic review and thematic synthesis of qualitative research. *BMJ Open*, 7, e015981. doi:10.1136/bmjopen-2017-015981

Schantz, M. L. (2007). Compassion: A concept analysis. *Nurs Forum*, 2007, 42(2), 48-55. doi: 10.1111/j.1744-6198.2007.00067.x

Sinclair, S., Beamer, K., Hack, T. F., McClement, S., Raffin Bouchal, S., Chochinov, H. M., & Hagen, N. A. (2017). Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliat Med*, 31(5), 437-447. doi: 10.1177/0269216316663499.

Sinclair, S., Norris, J. M., McConnell, S. J., Chochinov, H. M., Hack, T. F., Hagen, N. A., McClement, S., & Bouchal, S. R. (2016). Compassion: a scoping review of the healthcare literature. *BMC Palliat Care*, 15, 6. doi: 10.1186/s12904-016-0080-0.

Taylor, G., Papadopoulos, I., Dudau, V., Maerten, M., Peltegora, A., & Ziegler, M. (2011). Intercultural education of nurses and health professionals in Europe (IENE). *Int Nurs Rev*, 58(2), 188-95. doi: 10.1111/j.1466-7657.2011.00892.x.

The Joint Commission. (2010). *Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care: A Roadmap for Hospitals*. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission. Recuperado Mayo 05, 2016, de <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/ARoadmapforHospitalsfinalversion727.pdf>

Tong, A., Flemming, K., McInnes, E., Oliver, S., & Craig, J. (2012). Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Med Res Methodol*, 27(12), 181. doi: 10.1186/1471-2288-12-181.

Vouzavali, F. J., Papathanassoglou, E. D., Karanikola, M. N., Koutroubas, A., Patiraki, E. I., & Papadatou, D. (2011). 'The patient is my space': hermeneutic investigation of the nurse-patient relationship in critical care. *Nurs Crit Care*, 16(3), 140-51. doi: 10.1111/j.1478-5153.2011.00447.x.

Whittemore, R., Chao, A., Jang, M., Mingos, K. E., & Park, C. (2014). Methods for knowledge synthesis: an overview. *Heart Lung*, 43(5), 453-61. doi: 10.1016/j.hrtlng.2014.05.014.