

culturas latinoamericanas, del Cercano Oriente y de Asia. Sin embargo, las dimensiones y significados de esta clasificación varían y requieren una mayor investigación.

A menudo, los estadounidenses de origen mexicano consideran que la enfermedad es un exceso de calor o frío. Para restaurar la salud, es frecuente que se corrijan desequilibrios por medio del uso apropiado de alimentos, medicamentos o hierbas. Estas sustancias también se clasifican como calientes o frías. Por ejemplo, una enfermedad que se atribuye a un exceso de frío se tratará sólo con alimentos o fármacos calientes. La clasificación de los alimentos no siempre es consistente, pero se adapta a una estructura general de conocimiento tradicional. Ciertos alimentos, especias, hierbas y medicamentos se considera que enfrían o calientan el cuerpo. No es necesario que estas ideas correspondan a la temperatura real; se dice que algunos platillos calientes tienen una calidad enfriadora.

Los vietnamitas también consideran que el embarazo es un estado frío porque se pierde una gran cantidad de calor corporal. Por tanto, evitan las bebidas y los alimentos fríos después del parto (Calhoun, 1985). Por otro lado, las mujeres hindúes perciben el embarazo como un periodo "caliente" e ingieren

alimentos "fríos" para contrarrestar la situación cálida (Wollett y Dosanjh-Matwala, 1990).

Los conceptos de calor y frío no son tan importantes en las creencias nativas de Estados Unidos o entre los afroamericanos. Sin embargo, existen ciertas similitudes en todos estos grupos por el énfasis que se da al balance de la naturaleza. Henderson y Primeaux (1981) refieren que los negros de Estados Unidos creen que la salud es una armonía con la naturaleza y el equilibrio entre el bien y el mal, mientras los nativos de Estados Unidos consideran en forma tradicional a la salud como armonía con la naturaleza.

### Prácticas de salud

Las prácticas de salud durante el embarazo se modifican por numerosos factores, como la prevalencia de remedios caseros tradicionales y creencias populares, la importancia de curanderos indígenas y la influencia de los profesionales de la salud. En un ambiente urbano, la edad, duración de estancia en la ciudad, estado marital y fuerza de la familia, pueden afectar estos patrones. El estado socioeconómico también es impor-

?

### Controversia contemporánea ¿Tengo derecho a saber?

Para miles de adultos, la decisión de tener un hijo está llena de incertidumbre porque carecen del conocimiento de sus historias familiares. Ya que ellos son adoptados, su decisión es una forma de ruleta rusa médica. Esta falta de información se vuelve parte de la existencia diaria para las personas adoptivas. Aprenden a vivir sin la información que tanta gente da por hecho, datos sobre problemas potenciales de salud y que forman parte de un antecedente familiar. Por ejemplo, ¿un hombre vigilaría su dieta y programa de ejercicio con más cuidado si supiera que tiene antecedentes familiares fuertes de cardiopatía?, ¿cómo reaccionaría una mujer si supiera que su madre, abuela y tía biológicas presentaron cáncer mamario? Es imposible de predecir.

El problema cambia en forma sutil, pero significativa cuando surge la cuestión de concebir un hijo. Las personas no tienen control sobre su herencia genética. Sin embargo, pueden decidir si transmitirán su herencia genética a un niño, pero sólo si saben qué implica esa herencia.

Muchos niños adoptivos están expresándose, exigiendo que se pongan a su disposición los antecedentes familiares para que puedan planear sus vidas en forma más minuciosa. En el futuro, es posible que se proporcione una historia familiar completa a los padres que adoptan un niño para ayudarlos a criar a su hijo y a llevarlo a la vida adulta. Por desgracia, a menos de que se disponga de una forma de actualización, los

problemas de salud que desarrollan los padres biológicos o sus familias después de la adopción aún se perderían.

Los problemas y preocupaciones que se originan se enfocan en varios puntos:

- ¿Es justo pedir a la madre biológica, que tomó la decisión difícil de renunciar a su hijo, que se presente y participe de nuevo? ¿No se "cambian las reglas" para ella y se viola su derecho a la privacidad y anonimato?
- Desde el punto de vista ético, ¿la gente tiene derecho a conocer su historia?, ¿existe una obligación moral para informar a los miembros de la familia de posibles problemas de salud?
- ¿Debe desarrollarse un sistema de informe de la historia familiar? ¿Quién lo mantendría? ¿Cómo se actualizaría?
- ¿Existe alguna forma para cubrir las necesidades de personas adoptadas para conocer sus historias de salud? ¿Debe confiarse a los padres biológicos que proporcionen la información importante para las agencias de adopción y que la transmitan junto con el niño? ¿Tienen derecho los niños a pedir que los registros de adopción se publiquen para que puedan establecer contacto con sus padres biológicos? ¿Qué sucedería si los padres se rehúsan a compartir la información?
- ¿Qué sucede con los derechos y necesidades de los niños que conciben los padres que fueron adoptados? ¿Cómo se les puede ayudar?

tante ya que los servicios médicos modernos son más accesibles a aquellos que pueden pagarlos. La red social es una fuente importante de información para una mujer embarazada. A menudo, el consejo es confiable, pero a veces el razonamiento es incorrecto o, si se sigue, el consejo puede ser dañino (St. Clair y Anderson, 1989).

Es crucial la conciencia de los recursos de salud alternativos para los profesionales de la salud, ya que estas prácticas afectan los resultados sanitarios. Muchas madres estadounidenses de origen mexicano tienen una influencia fuerte de la familia; buscarán y seguirán el consejo de sus madres o las mujeres mayores en el periodo de crianza (Tamez, 1981).

Los curanderos indígenas también son importantes en culturas específicas. En algunas tribus nativas de Estados Unidos, el médico puede cumplir el papel de *curandero*; a menudo, se encuentran herbolarios en las culturas asiáticas y los negros norteamericanos a veces consultan curadores de fe, doctores en raíces y espiritualistas.

### Factores culturales y cuidados de enfermería

En los últimos años inmigraron a Estados Unidos personas de diversas culturas. Esta influencia tiene un impacto importante sobre el sistema de salud. Existen numerosas diferencias en cuanto a las creencias, valores, prácticas de atención a la salud y expectativas, lenguaje, consideraciones del mundo y etiqueta entre estas personas que acaban de llegar y la mayoría de los profesionales de la salud.

A menudo, los profesionales de la salud no tienen conciencia de las características culturales que demuestran ellos mismos. Sin la conciencia cultural los profesionales tienden a proyectar sus propias respuestas culturales hacia los pacientes extranjeros y asumen que éstos demuestran un comportamiento específico por la misma razón que lo harían ellos mismos. Por ejemplo, a veces los profesionales de la salud etiquetan a una mujer embarazada o puérpera de las Filipinas como "floja" por su estilo de vida sedentario. En realidad, este estilo proviene de la creencia cultural de que la inactividad es necesaria para proteger a la madre y al niño (Stern y col., 1985). Thiederman (1986) sugiere que si los profesionales de la salud no comprenden las razones del comportamiento de una persona, es imposible que intervengan en forma apropiada y consigan la cooperación.

En cierto grado, la mayoría de los profesionales de la salud son culpables de etnocentrismo, al menos parte del tiempo. El *etnocentrismo* "implica la creencia de que los valores y prácticas de la cultura propia son los mejores; en algunos casos, los únicos válidos" (Thiederman, 1986, p. 52). Por tanto, la enfermera que valora el estoicismo durante el trabajo de parto puede sentirse incómoda con la respuesta más vocal de la mujer latinoamericana. Otra enfermera puede desconcertarse con la mujer vietnamita que intenta mantener tal autocontrol que sonríe durante el trabajo de parto (Calhoun, 1985).

A veces, los profesionales de la salud creen que si los miembros de otras culturas no comparten los valores occidentales, no deben adoptarlos. Esto es difícil, en especial para algunas enfermeras que atienden familias en etapa de crianza, si la enfermera es una firme creyente de la igualdad de los sexos y la liberación femenina. Puede ser difícil para ella permanecer

callada si una mujer de una cultura del Medio Oriente acude a su esposo para tomar decisiones. Es importante recordar que la presión para desafiar los valores y creencias culturales puede provocar tensión y ansiedad para estas mujeres (Thiederman, 1986).

A menudo, se encuentra que los miembros de grupos culturales minoritarios viven en cierta área de una comunidad. La enfermera puede empezar a desarrollar una sensibilidad cultural si conoce las prácticas culturales de los grupos locales. Por ejemplo: ¿se considera cortés evitar el contacto visual?, ¿deben usarse los apellidos en una conversación como signo de respeto?, ¿es necesaria una profesional de la salud mujer?

La valoración cultural es un aspecto importante de la atención prenatal. La enfermera debe identificar las principales creencias, valores y comportamientos que se relacionan con el embarazo y el parto. Esto incluye información sobre el antecedente étnico, grado de afiliación con el grupo étnico, patrones para la toma de decisiones, preferencias religiosas, lenguaje, estilo de comunicación y prácticas comunes de etiqueta (Tripp-Reimer y col., 1984). La enfermera también puede explorar las expectativas de la mujer (o de la familia) hacia el sistema de salud.

Para planear la atención, la enfermera considera el grado en que los valores, creencias y costumbres personales de la paciente están de acuerdo con los valores, creencias y costumbres del grupo cultural de la mujer, la enfermera que la atiende y la agencia de salud. Si existen discrepancias, la enfermera considerará si el sistema de la paciente brinda apoyo, es neutral o dañino en relación a las posibles intervenciones (Tripp-Reimer y col., 1984). Si el sistema de la mujer brinda apoyo o es neutral, puede incorporarse a los planes. Por ejemplo, las prácticas alimentarias individuales o los métodos de expresión del dolor pueden diferir de los que tiene la enfermera o la agencia, pero no interfieren en forma

Cuadro 12-4. Brindar una atención prenatal efectiva a familias de cultura diferente

Las enfermeras que tratan con familias de una cultura o grupo étnico diferente que tendrán un hijo pueden proporcionar una atención de enfermería más efectiva y sensible de la cultura si:

- Identifican tendencias personales, actitudes, estereotipos y prejuicios
- Establecen un compromiso consciente respecto a los valores y creencias de los otros
- Aprenden los ritos, costumbres y prácticas de los principales grupos étnicos y culturales con los que tiene contacto
- Incluyen la valoración cultural y la de las expectativas familiares del sistema de salud como parte rutinaria de la valoración prenatal
- Incorporan las prácticas culturales de la familia a la atención prenatal, tanto como sea posible
- Alojjan una actitud de respeto y cooperación con los curanderos alternativos y otras personas que atienden a la paciente, siempre que sea posible
- Proporcionan los servicios de un intérprete, si existen barreras de lenguaje
- Aprenden el lenguaje lo como mínimo, varias frases clave de al menos uno de los grupos culturales con los que interactúan
- Reconocen que, en última instancia, la mujer tiene el derecho de hacer sus propias elecciones de atención sanitaria



necesaria con el plan de enfermería. Por otra parte, ciertas prácticas culturales pueden representar una amenaza para la salud de la mujer que va a dar a luz. Por ejemplo, algunas mujeres filipinas no tomarán medicamento alguno durante el embarazo. El profesional de la salud puede considerar que cierto fármaco es esencial para el bienestar de la mujer. En este caso, la creencia cultural de la mujer puede dañar su propia salud. Entonces, la enfermera enfrenta dos consideraciones:

1. Identificar maneras de persuadir a la mujer para que acepte el tratamiento que se propone; o
2. Aceptar el razonamiento de la paciente para rechazar el tratamiento si no desea cambiar su sistema de creencias (Tripp-Reimer y col., 1984).

El cuadro 12-4 resume las acciones clave que puede tomar una enfermera para adquirir una mayor conciencia cultural.



### CONCEPTOS CLAVE

Virtualmente todos los sistemas del cuerpo de una mujer se alteran de alguna manera durante el embarazo

La presión sanguínea disminuye un poco durante el embarazo. Alcanza su punto más bajo en el segundo trimestre y aumenta en forma gradual hasta cerca de los niveles normales en el tercer trimestre

El útero grande puede presionar la vena cava cuando la mujer se acuesta en posición supina. A esto se le llama síndrome de vena cava

Puede existir una anemia fisiológica durante el embarazo porque el volumen plasmático total aumenta más que el número total de eritrocitos. Esto provoca un descenso del hematócrito

La velocidad de filtración glomerular aumenta durante el embarazo. La glucosuria puede originarse por la incapacidad del cuerpo para resorber toda la glucosa que filtran los glomérulos

Los cambios en la piel incluyen el desarrollo de cloasma, línea morena, oscurecimiento de pezones, areola y vulva, estrias, nevos en araña y eritema palmar

Las necesidades de insulina aumentan durante el embarazo. Una mujer con una deficiencia latente puede responder al aumento de la tensión sobre los islotes de Langerhans con el desarrollo de diabetes gestacional

Los signos subjetivos (presuntivos) de embarazo son los síntomas que experimenta y refiere la mujer, como amenorrea, náusea y vómito, fatiga, polaquiuria, cambios mamarios y movimiento fetal

Los signos objetivos (probables) de embarazo pueden detectarse por parte del explorador, pero pueden provocarse por situaciones distintas al embarazo

Los signos diagnósticos (positivos) de embarazo son perceptibles por el explorador y sólo pueden originarse por la gestación

Durante el embarazo, la futura madre puede experimentar ambivalencia, aceptación, introversión, labilidad emocional y cambios en la imagen corporal

Rubin (1984) identificó cuatro labores del desarrollo para la mujer embarazada: a) asegurar un paso seguro durante el embarazo, trabajo de parto y parto; b) buscar que otros acepten a su hijo; c) buscar el compromiso y aceptación de sí misma como madre para el lactante, y d) aprender a darse a sí misma en favor del hijo

Los padres también enfrentan una serie de adaptaciones, conforme aceptan su nuevo papel

Los hermanos de todas las edades requieren ayuda para manejar el nacimiento de un nuevo hijo

Los valores culturales, creencias y comportamientos influyen en la respuesta de una pareja al nacimiento y al sistema de salud

El etnocentrismo es la afirmación de que las propias creencias culturales, valores y prácticas son las mejores; en realidad, las únicas que vale la pena de considerarse

Una valoración cultural no tiene que ser exhaustiva, pero debe enfocarse en los factores que influirán en las prácticas de la familia que va a tener un hijo con respecto a sus necesidades de salud



### Referencias

Brown MA: A comparison of health responses in expectant mothers and fathers. *West J Nurs Res* 1988; 10(5):527.

Calhoun MA: The Vietnamese woman: Health/illness attitudes and behavior. *Health Care Women Internat* 1985; 6:61.

Camann WR, Ostheimer GW: Physiological adaptations during pregnancy. *Internat Anesthesiol Clin* Winter 1990; 28(1):2.

Char EI: the Chinese American. In: *Culture and Childrearing*. Clark AL (editor). Philadelphia: Davis, 1981.

Clark SI et al: Central hemodynamic assessment of normal term pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* December 1989; 161:1439.

Clifton F: Expectant fathers at risk for couvade. *Nurs Res* September/October 1985; 35:290.

Cronenwett LR: Network structure, social support, and psychological outcomes of pregnancy. *Nurs Res* March/April 1985; 34:93.

Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF: *Williams Obstetrics*, 18th ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1989.

Fawcett J: Body image and the expectant couple. *MCN* July/August 1978; 3:227.

Fawcett J et al: Spouses' body image changes during and after pregnancy: A replication and extension. *Nurs Res* July/August 1986; 35:220.

Fishbein EG: Expectant father's stress—Due to mother's expectations? *JOGNN* September/October 1984; 13:325.

Glazer G: Anxiety and stressors of expectant fathers. *West J Nurs Res* 1989; 11(1):47.

Hollingsworth AO et al: The refugees and childbearing: What to expect. *RN* November 1980; 43:45.

Honig JC: Preparing preschool-aged children to be siblings. *MCN* January/February 1986; 11:37.

Horn M, Manion J: Creative grandparenting: Bonding the generations. *JOGNN* May/June 1985; 14: 233.

Jordan PL: Laboring for relevance: Expectant and new fatherhood. *Nurs Res* January/February 1990; 39:11.

Kay MA: The Mexican American. In: *Culture, Childbearing, Health Professionals*. Clark AL (editor). Philadelphia: Davis, 1978.

Key TC, Resnik R: Maternal changes in pregnancy. In: *Obstetrics and Gynecology*, 5th ed. Danforth DN, Scott JR (editors). Philadelphia: Lippincott, 1986.

Kimura M et al: Physiologic thyroid activation in normal early pregnancy is induced by circulating hCG. *Obstet Gynecol* May 1990; 75:775.

Klebanoff R et al: Epidemiology of vomiting in early pregnancy. *Obstet Gynecol* November 1985; 66:612.

Lederman RP: *Psychosocial Adaptation in Pregnancy*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1984.

Lee RV et al: Southeast Asian folklore about pregnancy and parturition. *Obstet Gynecol* April 1988; 71:643.

Longobucco DC, Freston MS: Relation of somatic symptoms to degree of paternal-role preparation of first-time expectant fathers. *JOGNN* November/December 1989; 18:482.

Messer E: Hot-cold classification: Theoretical and practical applications of a Mexican study. *Soc Sci Med* 1981; 15B:133.

Patterson ET et al: Seeking safe passage: Utilizing health care during pregnancy. *Image* Spring 1990; 22(1):27.

Robinson GE, Stewart DE: Motivation for motherhood and the experience of pregnancy. *Can J Psychiatry* December 1990; 34:861.

Rubin R: *Maternal Identity and the Maternal Experience*. New York: Springer, 1984.

Rubin R: Maternal tasks in pregnancy. *Mat Child Nurs J* Fall, 1975; 4:143.

Scott MDS, Stern PN: The ethno market theory: Factors influencing childbearing health practices of Northern Louisiana black women. *Health Care Women Internat* 1985; 6:45.

St. Clair PA, Anderson NA: Social network advice during pregnancy: Myths, misinformation, and sound counsel. *Birth* September 1989; 16:103.

Stern PN et al: Culturally induced stress during childbearing: The Philippine-American experience. *Health Care Women Internat* 1985; 6:105.

Stickler J et al: Pregnancy: A shared emotional experience. *MCN* May/June 1978; 3:153.

Strang VR, Sullivan PL: Body image attitudes during pregnancy and the postpartum period. *JOGNN* July/August 1985; 14:332.

Strickland OL: The occurrence of symptoms in expectant fathers. *Nurs Res* May/June 1987; 36:184.

Stringfellow L: The Vietnamese. In: *Culture, Childbearing, Health Professionals*. Clark AL (editor). Philadelphia: Davis, 1978.

Tamez EG: Familism, machismo, and childbearing practices among Mexican Americans. *J Psychiatr Nurs* 1981; 19:21.

Thiederman SB: Ethnocentrism: A barrier to effective health care. *Nurse Pract* August 1986; 11:52.

Tomlinson B et al: Family dynamics during pregnancy. *J Adv Nurs* 1990; 15:683.

Tripp-Reimer T et al: Cultural assessment: Content and process. *Nurs Outlook* March/April 1984; 32:78.

Wallach EE, Zacur HA: The endocrine physiology of reproduction (adrenal, thyroid, prostaglandins, pineal). In: *Danforth's Obstetrics and Gynecology*, 6th ed. Scott JR et al (editors). Philadelphia: JB Lippincott, 1990.

Wollett A, Dosanjh-Matwala N: Pregnancy and antenatal care: The attitudes and experiences of Asian women. *Child Care Health Dev* 1990; 16:63.

### Lecturas adicionales

Ahmed F: Unmarried mothers as a high-risk group for adverse pregnancy outcomes. *J Community Health* February 1990; 15:35.

Coons SJ et al: The use of pregnancy test kits by college students. *J Am Coll Health* January 1990; 38:171.

Fawcett J: Spouses' experiences during pregnancy and the postpartum: A program of research and theory design. *Image* Fall 1989; 21:149.

Grace JT: Development of maternal-fetal attachment during pregnancy. *Nurs Res* July/August 1989; 38:228.

Joyce TJ et al: Pregnancy wantedness and the early initiation of prenatal care. *Demography* February 1990; 27:1.

Kisilewski BS et al: Maternal and ultrasound measurements of elicited fetal movements: a methodologic consideration. *Obstet Gynecol* June 1991; 77(6):889.

Norbeck JS, Anderson NJ: Psychosocial predictors of pregnancy outcomes in low-income black, Hispanic, and white women. *Nurs Res* July/August 1989; 38:204.

Pratt D: The partner's role in pregnancy. *Nursing (London)* April 26, 1990; 4(9):23.

Yazigi RA et al: Hormonal therapy during early pregnancy. *Contemp Ob/Gyn* Jan 1991; 36:61.