



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**ENFERMERÍA**

TRANSCULTURALIDAD DESDE LA EXPERIENCIA DE  
HOSPITALIZACIÓN DE PERSONAS QUECHUAHABLANTES, LIMA 2024

TRANSCULTURALITY FROM THE HOSPITALIZATION EXPERIENCE OF  
QUECHUA-SPEAKING INDIVIDUALS, LIMA 2024

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO  
EN ENFERMERÍA

AUTORES

ERIK ALIAGA BAZAN

RUTH ELIZABETH RIVAS LOPEZ

ASESOR

CARLOS CHRISTIAN MELGAR MORAN

LIMA - PERÚ

2026



## **JURADO**

**PRESIDENTE: DRA. JANET MERCEDES AREVALO IPANAQUE**

**VOCAL: MG. LOURDES HANINA TUCTO GARCIA**

**SECRETARIO: MG. ELIZABETH MERIDA GARCIA DORREGARAY**

**FECHA DE SUSTENTACIÓN: 02 DE FEBRERO 2026**

**CALIFICACIÓN: APROBADO**

**ASESOR DE TESIS**

**ASESOR**

MG. CARLOS CHRISTIAN MELGAR MORAN

Departamento Académico de Enfermería

ORCID: 0000-0003-3293-6316

## **DEDICATORIA**

A quienes nos sostuvieron en los días en que no nos alcanzaban las fuerzas.

A quienes celebraron cada pequeño avance como si ya hubiésemos llegado a la meta.

A nuestras familias, por el amor incondicional, por la presencia a pesar de la distancia y por creer en nosotros desde que empezamos este camino.

Y a nosotros, por la fortaleza en medio del cansancio, por reírnos cuando todo parecía imposible, y por no soltarnos en todo este camino compartido.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios.

A nuestras familias, que con cada palabra, cada mensaje y cada gesto, lograron acortar la distancia, haciendo que el tiempo y el espacio se desvanecieran.

A nuestro asesor, Mg. Carlos Melgar, gracias por ofrecernos un espacio donde nuestras ideas pudieron crecer, por brindarnos su sabiduría sin imponer, por desafiar nuestras certezas y permitirnos cuestionar sin temor.

Con especial gratitud y admiración a quienes compartieron sus voces con nosotros y nos confiaron sus vivencias.

## **FUENTE DE FINANCIAMIENTO**

El presente trabajo fue autofinanciado en su totalidad por los autores.

## **DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES**

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses relacionados con la elaboración del presente trabajo.

# DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA  
CAYETANO HEREDIA

## DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	ALIAGA BAZAN ERIK
2.	RIVAS LOPEZ RUTH ELIZABETH

Pertenecientes al programa de la **CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**, autores del trabajo titulado: **TRANSCULTURALIDAD DESDE LA EXPERIENCIA DE HOSPITALIZACIÓN DE PERSONAS QUECHUAHABLANTES, LIMA 2024** el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el **TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA** bajo la modalidad de **TESIS**.

En calidad de docente asesor de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	MELGAR MORAN CARLOS CHRISTIAN	ENFERMERÍA	ASESOR

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **6 %**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **trn:oid:::1:3473721734**; fecha de entrega: **05-02-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 05 de febrero del 2026.**

Firma del asesor  
N° DNI: 44657726  
ORCID: 0000-0003-3293-6316



## TABLA DE CONTENIDOS

Resumen

Abstract

I. Introducción	1
II. Objetivos	16
III. Materiales y Métodos	17
IV. Análisis e interpretación de los resultados	26
V. Limitaciones y recomendaciones	64
VI. Conclusiones	67
VII. Referencias bibliográficas	69
VIII. Tablas y figuras	77

Anexos

## RESUMEN

En la actualidad, la población quechua tiene mayor presencia en los hospitales de Lima. Sin embargo, las diferencias lingüísticas y culturales representan un desafío para forjar la relación enfermero-paciente, así como para brindar una atención adecuada a su contexto sociocultural. **Objetivo:** Explorar y comprender la transculturalidad desde la experiencia de hospitalización de las personas quechuhablantes. **Material y métodos:** Estudio cualitativo de diseño fenomenológico, la técnica utilizada fue la entrevista semiestructurada, logrando su saturación teórica con 9 discursos. Se realizó pre-análisis, codificación y categorización. **Resultados:** Se encontró cuatro categorías. [1] Alteración de la cotidianidad: la hospitalización interrumpe los patrones de alimentación, sueño, vestimenta e higiene, provocando aislamiento y sensación de pérdida de tiempo. [2] La experiencia del cuidado enfermero: la relación enfermero-paciente fue valorada por su componente no verbal, sin embargo, la ausencia comunicativa dificulta la comprensión de la enfermedad, obligando a la persona a guardar silencio y depositar su confianza en el enfermero. [3] El proceso comunicativo, con dos subcategorías, el obstáculo comunicativo y la necesidad de que el personal aprenda quechua. [4] Prácticas culturales de salud, cuyo reconocimiento es clave para adaptar la atención. **Conclusiones:** El cuidado debe ser coherente con la cultura para lograr una transición saludable y el profesional debe emplear estrategias frente a la diferencia idiomática y cultural.

**Palabras clave:** Enfermería transcultural; hospitalización; barreras de comunicación (DeCS)

## ABSTRACT

Currently, the Quechua-speaking population has an increasing presence in Lima's hospitals. However, linguistic and cultural differences pose challenges in building the nurse-patient relationship and in providing care that is appropriate to their sociocultural context. Objective: To explore and understand transculturality from the hospitalization experience of Quechua-speaking individuals. Materials and Methods: A qualitative study with a phenomenological design was conducted. Semi-structured interviews were used, achieving theoretical saturation with nine narratives. Pre-analysis, coding, and categorization were performed. Results: Four categories emerged. [1] Disruption of daily life: Hospitalization interrupts patterns of eating, sleeping, dressing, and hygiene, leading to isolation and a sense of wasted time. [2] The experience of nursing care: The nurse-patient relationship was valued for its nonverbal component; however, the lack of communication hinders understanding of the illness, forcing individuals to remain silent and place their trust in the nurse. [3] The communication process, with two subcategories: communication barriers and the need for staff to learn Quechua. [4] Cultural health practices, whose recognition is essential for adapting care. Conclusions: Care must be culturally congruent to achieve a healthy transition, and health professionals should employ strategies to address linguistic and cultural differences.

**Keywords:** Transcultural Nursing; Hospitalization; Communication Barriers (MeSH)

## I. INTRODUCCIÓN

La hospitalización puede resultar una experiencia desafiante para muchas personas; sin embargo, para aquellos que probablemente no están familiarizados con este entorno, como la población quechuahablante, la complejidad resulta mayor debido a las diferencias culturales y lingüísticas que pueden aparecer en este proceso. Según Rengifo (1), la identidad cultural moldea la manera de percibir nuestro alrededor y actúa como un filtro mediante el cual se interpreta el entorno; además, define cómo se desarrolla la interrelación con otros pueblos, culturas o individuos. Gallo sostiene que la identidad cultural reside en la lengua al representar el 90% de la identidad, refiriéndose a poblaciones indígenas como los quechuahablantes y su lengua madre el *Runasimi*, citado por Rengifo (1). Esto se debe a que expresa la manera de pensar de un pueblo y la forma en la que conciben la realidad.

El quechua o *Runasimi* es uno de los idiomas más hablados en América del Sur, con aproximadamente 13 millones de personas que se concentran en la cordillera de tres países: Perú, Bolivia y Ecuador. Este idioma es considerado el patrimonio cultural más importante del Perú debido a las tradiciones, identidad e historia que son de gran valor, así como por su significado en el ámbito político, económico y social. Sin embargo, hoy en día está perdiendo vigencia a causa de la falta de promoción de su enseñanza en centros educativos y su poco uso en espacios públicos como hospitales u otros servicios sociales (2).

A pesar de las múltiples dificultades que esta población tuvo que enfrentar a lo largo de la historia, actualmente se han descentralizado y existe un número

significativo de quechuahablantes en casi todo el país. Según el último reporte del censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática en 2017, considerando a la población mayor de 5 años, en el país hay 3 735 682 personas que tienen como lengua materna el quechua. Es más, cuando se habla de autopercepción étnica, esta cifra incrementa a 5 176 809 considerando a personas mayores de 12 años. Es decir, resulta mucho mayor el número de personas que se identifican culturalmente como quechuahablantes, siendo esto un indicio de que su identidad se ha expandido más allá de los pueblos originarios (3).

Además, en el departamento de Lima habitan cerca de 724 775 personas quechuahablantes, de las cuales la mayoría se concentra en el distrito de San Juan de Lurigancho (SJL), con un total de 107 214 habitantes quechuas (3,4). Simultáneamente, el fenómeno migratorio incrementó el número de atenciones brindadas en los distintos establecimientos de salud a nivel regional. Según datos del Repositorio Único Nacional de Información en Salud, durante el año 2022, cerca de 16 154 personas quechuas recibieron atención sanitaria en Lima debido a alguna enfermedad que comprometía su salud y 936 pertenecían a dicho distrito (5). Es por ello que surge el interés de desarrollar el estudio en este contexto.

En este sentido, una de las principales problemáticas que enfrenta esta población es el acceso a la salud. Esta limitante es reconocida por el Ministerio de Salud, el cual define cuatro aspectos que inciden durante la atención: primero, existe muy poco personal sanitario que domina este idioma; segundo, las condiciones laborales no le permiten al profesional mantenerse capacitado

para brindar una atención que se adecúe a este contexto cultural; tercero, tanto los recursos humanos como materiales no son suficientes para abastecer las necesidades de todas las comunidades atendidas; cuarto, hace falta promover sistemas de atención con pertinencia intercultural a la hora de atender a esta población (6).

En la práctica de enfermería, la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería como método permite profundizar y entablar una relación directa con la persona que es sujeto de cuidado para identificar las necesidades y contribuir a su recuperación. De este modo, se puede establecer un contexto de necesidad de cuidados en el que ambos sujetos cumplen un rol importante mediante una relación enfermero-paciente (7). Sin embargo, cuando las diferencias culturales son marcadas, la dificultad inicia en la comunicación, haciendo que esta relación no se concrete.

Entonces, la ausencia de esa relación puede condicionar el proceso de hospitalización y esto se manifiesta en la limitada comunicación y confianza, dando lugar a un enfoque biomédico centrado únicamente en lo físico, dejando de lado el trasfondo cultural de la persona. Por otro lado, este enfoque obstaculiza la comprensión de las necesidades, comportamientos y adaptación de las personas quechuahablantes en entornos hospitalarios, donde pueden sentirse aislados y frustrados mientras experimentan la hospitalización (6). De la misma manera, estas brechas también fueron identificadas durante las prácticas clínicas y generan interés para recopilar información acerca de las experiencias, creencias, prácticas culturales y otras singularidades que repercuten en el cuidado brindado a la población quechuahablante.

En este mismo escenario se identificó una historia clínica con nula información sobre el paciente, esto debido a que en ese momento no hubo un intérprete o familiar que pudiera brindar datos relevantes como antecedentes, alergias o hábitos previos a la hospitalización. Este es un ejemplo de lo que afirma Larsen (8) en su investigación, donde señala que para las enfermeras es fundamental contar con un intérprete durante la recopilación de información para prevenir que se tomen decisiones médicas perjudiciales. En un contexto similar, en un Centro de Emergencia Mujer, se entrevistó a cuatro usuarias quechuahablantes. Entre las conclusiones más destacadas resaltó la escasez de personal capacitado en el idioma quechua. Una de las entrevistadas expresó: "*Runasimihuan Andahuaylas ocupipas, manan cutichiyta atirani*" (no pude responder a lo que decía porque no entendía nada, incluso en Andahuaylas), señalando que durante la atención no comprendía las preguntas en español, por lo que no hubo prestación de ayuda (9).

Si bien es cierto, este contexto ha sido más profundizado desde la perspectiva de los profesionales de enfermería, quienes coinciden en que las implicancias socioculturales representan una brecha para proporcionar un cuidado integral y holístico (10), pero resulta relevante considerar que aún no se ha explorado en profundidad este fenómeno desde el punto de vista del usuario.

En las próximas líneas se presentan algunas investigaciones que respaldan la ejecución de este estudio.

Ortiz (11), quien además de demostrar la gran heterogeneidad cultural en el ámbito hospitalario de un hospital de Argentina en 2021, estudió la

problemática del contacto lingüístico con el objetivo de constatar este hecho. Para ello, utilizó un enfoque cualitativo y un diseño de estudio de casos. Como resultados afirmó que hubo una gran variedad cultural y lingüística dentro del Hospital Interzonal de Agudos, siendo los más representativos la población aimara y quechua. Sin embargo, debido a la gran discriminación, estos grupos optaban por negar u ocultar su trasfondo cultural. Por otro lado, menciona las injusticias cometidas contra los pacientes quechuahablantes como resultado de la dificultad para comunicarse.

*“[...] Había una persona quechua, era muy difícil explicarle, porque yo no sé quechua, yo me acuerdo que el médico intentó por todos los medios, pero no podía, en un momento la médica se recalienta y dijo: “Este es un maya, estoy explicándole a un inca, porque no me entiende nada [...]” (Tomado de la tesis de Ortiz (11))*

En respuesta a ello, se implementaron algunas estrategias tales como: buscar mediadores que dominen el idioma para lograr comunicarse, algunos de ellos eran parte del personal del mismo hospital, pero siempre se consideró en primer lugar a la familia.

En una investigación realizada en Colombia por Rojas y Hahn (12) en el año 2020, cuyo objetivo fue profundizar en los significados que tienen las experiencias de atención hospitalaria para personas indígenas Emberá de la etnia Eyabida, emplearon la metodología cualitativa y diseño etnográfico. Para ello, realizaron entrevistas semiestructuradas a 12 participantes. En sus

resultados obtuvieron las siguientes categorías de análisis: [1]. El contexto en que se proporciona la atención en salud, así como la necesidad de pausar sus actividades económicas durante la hospitalización, además de recorrer largas distancias para recibir atención. [2]. La necesidad de consultar al hospital como última instancia y priorizar la medicina tradicional. [3]. Los cambios durante la estancia en el hospital debido a la diferencia del entorno y la diferencia en sus prácticas de alimentación e higiene. [4]. La experiencia en relación con el tratamiento, que se evidencia mediante una pronta mejoría para determinar si es apropiado continuar en el establecimiento o volver a su hogar. [5]. Las experiencias sobre las relaciones que establecen en el hospital, pues para ellos resulta primordial recibir un buen trato por parte del personal de salud.

Por otro lado, Origlia et al. (13) llevaron a cabo un estudio en una región de habla alemana de Suiza en 2019 con el objetivo de describir las barreras de comunicación que enfrentan las mujeres alófonas en la prestación de atención de maternidad desde la perspectiva de las mujeres migrantes, profesionales e intérpretes interculturales. Utilizaron un enfoque cualitativo de diseño exploratorio. Los resultados de esta investigación muestran que existe un desafío por parte de los profesionales de salud para comprender el mundo de las mujeres. Los intérpretes, quienes conocían este contexto, podían interactuar con mayor facilidad. Además, se evidenciaron fallas en la comunicación, sumado a la falta de intérpretes, lo que resultó en una comunicación mínima, siendo insuficiente para informar a las mujeres sobre el tratamiento y abordar sus necesidades. Concluyen sugiriendo la implementación de un servicio de interpretación intercultural y la reflexión por parte de los profesionales de salud

sobre su comunicación transcultural.

En otro estudio, Larsen et al. (8) investigaron la comunicación interpersonal en la atención transcultural de enfermería en India en 2020. El objetivo fue describir las experiencias de las enfermeras en este contexto, para lo cual utilizaron un enfoque cualitativo descriptivo. Los resultados se centran en las herramientas y técnicas que utilizan las enfermeras para que la atención sea culturalmente competente. Además, las participantes mencionan que los recursos y herramientas lingüísticas junto al conocimiento cultural fueron ayudas útiles para comunicarse con sus pacientes. En consecuencia, gracias a esos métodos pudieron ganar la confianza de los pacientes y prever sus necesidades. Por último, concluyen señalando la importancia de generar confianza y comprensión en entornos interculturales señalando que el camino para conseguirlo es la comunicación eficaz, culturalmente consciente y orientada.

Saito et al. (14) en su investigación realizada en el 2021, abordan la forma en que las prácticas en atención primaria enfrentan la barrera lingüística al brindar atención a personas refugiadas en Australia que hablaban distintos idiomas y la manera en que la inclusión de facilitadores en estos espacios mejoraba o no dicha práctica. El enfoque que utilizaron fue mixto, mediante el análisis de datos en registros de 31 consultorios y entrevistas a 55 médicos generales. Entre los hallazgos más destacados encontraron que el principal obstáculo para el uso del Servicio de Traducción e Interpretación fue la disponibilidad de los intérpretes. Además, mencionaron que a pesar de que el tiempo de consulta se extendió con la traducción, esto les permitió una mejor comprensión del estado

del paciente. Sin embargo, a pesar de la presencia de un intérprete, muchos de los atendidos preferían que sea un familiar el intermediario para la comunicación, puesto que así se mantenía su confidencialidad.

En otro estudio realizado por Farias et al. (15) en el año 2021, en el Hospital Universitario de Brasil, cuyo objetivo fue comprender la relación entre la cultura familiar y la cultura institucional hospitalaria, utilizaron el enfoque cualitativo de diseño etnográfico. Los resultados mostraron que esta transición de culturas resulta ser sensible. El equipo de salud menciona que la familia exige y cuestiona demasiado durante el proceso de aprehensión de la cultura hospitalaria. Algunas familias mencionan que *"El horario es completamente diferente al que seguimos en casa"* y *"lo que más me afecta es el cambio en la forma en que vivimos, aquí todo es diferente"*. Además, se ha observado que cuando se da la adaptación y/o flexibilidad de las reglas y rutinas, se posibilita la construcción de un cuidado humanizado, democrático y ético.

En el ámbito nacional, Carrera (10) en su estudio realizado en el Hospital Referencial de Ferreñafe en 2019, analizó el cuidado transcultural en la relación enfermero-paciente, utilizando un enfoque cualitativo y un diseño de estudio de casos. En sus resultados describe que los pacientes quechuahablantes están íntimamente ligados a sus creencias y costumbres, lo que dificulta la aplicación de la ciencia del cuidado en todas sus dimensiones. Además, el idioma quechua es un factor que dificulta la comunicación debido a la carencia de aptitudes interculturales por parte del profesional por lo que es necesario que el paciente sea acompañado de un familiar. Finalmente destaca la importancia de seguir fortaleciendo el cuidado desde el enfoque transcultural en la disciplina de

Enfermería.

Cruz (9) reafirma lo expuesto anteriormente en su estudio realizado a usuarias quechuhablantes en un servicio público de Apurímac en 2023, donde analizó las experiencias de la calidad de atención utilizando un enfoque cualitativo fenomenológico con actores sociales. Menciona como resultados la dificultad que tienen los entrevistados para acceder a un centro de salud. Además, destaca que no hay participación en igualdad de condiciones, dado que falta validar las prácticas y costumbres por parte de los trabajadores de salud. También se evidenció la barrera idiomática, para la cual buscaron un personal que entienda e interprete el mensaje. Concluye resaltando que la atención en salud debe cumplir con un enfoque intercultural.

Por otro lado, Cuaila (16) realizó un estudio en Ancash en el año 2022 con el objetivo de determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento del quechua y su influencia en la calidad de atención. Para ello, se utilizó un enfoque cuantitativo de diseño correlacional. Los resultados mostraron que el 46.3% tienen un conocimiento del quechua bajo, y la atención percibida es regular. Además, el 19.5% tienen conocimiento del quechua bajo, y la atención percibida es buena. Por otro lado, el 9.8% tienen conocimiento del quechua medio, y la atención percibida es regular, mientras que el 24.4% tienen conocimiento medio del quechua, y la atención percibida es buena. Sin embargo, no se encontró ningún profesional con un buen conocimiento del quechua, por lo que se evidencia que la relación es directa y la tendencia es que mientras mejor sea el conocimiento del idioma, mejor será la atención.

Para comprender el abordaje que tendrá esta investigación, se definen los siguientes conceptos.

La palabra "cultura" ha sido definida en innumerables ocasiones por distintos autores. Tylor (17) en el año 1977 afirmó que una civilización abarca un conjunto de aspectos que involucran el conocimiento adquirido colectivamente, la apropiación de las creencias, la expresión del arte, el desarrollo de la moral y el respeto por sus derechos. En esencia, esta definición sugiere que la cultura es una construcción compleja que a partir de los valores y las normas sociales moldea el modo de vivir de las personas dentro de una comunidad.

Con las nuevas realidades sociales surge el término "multiculturalidad", el cual hace referencia a la coexistencia de distintas culturas dentro de un mismo espacio físico. Sin embargo, en este espacio no necesariamente surge una interacción significativa en donde se comparta la riqueza cultural de cada grupo, sino que esta convivencia se limita. Dicho de otro modo, estas culturas pueden carecer de vínculos significativos o incluso presentar conflictos entre sí. Es por ello que una sociedad y sus individuos se consideran multiculturales si mantienen una actitud de indiferencia o tolerancia hacia otras culturas (17).

En contraste, la "interculturalidad" va más allá de la coexistencia, pues involucra una comunicación comprensiva entre las distintas culturas presentes en un mismo entorno con base en el respeto por la igualdad. Además, desde el punto de vista filosófico, se busca promover la participación colectiva derribando las barreras culturales que pueden existir. Esto se traduce en una cadena de percepciones que involucra cómo vemos a los demás, cómo nos ven

a nosotros y cómo percibimos esa mutualidad (17).

A partir de todos estos conceptos, nace una nueva perspectiva que se amplía en el concepto de "transculturalidad", representando un enfoque que trasciende la simple integración entre las culturas. Esto sugiere que, gracias a la universalización, la convivencia entre distintos grupos podría reconfigurar los significados y visión de la humanidad. En ese sentido, se manifiesta en la promoción de valores universales que pasan por encima de cualquier distinción de raza, etnia o religión, avanzando hacia una especie de integración y fraternidad universal que resulta desafiante, pero a su vez nos incentiva a indagar sobre las diferencias culturales profundamente arraigadas en la sociedad (17).

Este espacio de interacción también está presente durante el cuidado. En la disciplina de Enfermería, el cuidado ha sido estudiado por muchos teóricos desde distintas perspectivas y se coincide en que es la esencia de la práctica enfermera e implica pensamientos, sentimientos y el comportamiento con los demás. Por lo tanto, cada individuo atribuye un significado distinto a las experiencias vividas durante el contacto enfermero-paciente según su perspectiva cultural (18).

En una relación de cuidado, se establece un intercambio mutuo, donde el profesional de enfermería y el paciente empiezan a conocerse y a brindarse apoyo mutuo. Esta interacción puede verse como un proceso en el que se fomenta la confianza y la empatía. En resumen, la atención de enfermería en entornos multiculturales se basa en la comprensión, la relación y el cuidado

mutuo, puesto que resulta complicado evidenciar el cuidado hacia otra persona si no se comprende su identidad y la forma en que percibe su propia enfermedad (18).

Por otro lado, la "experiencia" se define como el conocimiento adquirido a través de los sentidos, catalogado como conocimiento personal. Kant (19) explica que la experiencia es el resultado de la actividad cognoscitiva en la que interviene todo el conjunto de condiciones interpuestas por la subjetividad humana. Al mismo tiempo, este autor describe a este conocimiento como empírico.

Para comprender el significado y la dirección de esta investigación abordaremos las bases teóricas que fueron brindadas por tres grandes teóricas de la disciplina.

Peplau (20) en su Teoría de las Relaciones Interpersonales, describe la relación enfermero- paciente como el principio y la base fundamental de la práctica de enfermería. Además, plantea que la relación establecida es bidireccional, lo que significa que las acciones de enfermería no se limitan a ser realizadas en, para y hacia el paciente, sino que se llevan a cabo junto con él, implicando respeto, desarrollo y aprendizaje mutuo. Este enfoque teórico humanista se encuentra dentro del paradigma de la integración, lo que significa que guía a la enfermera a reconocer en cada persona sus aspectos biológicos, psicológicos, culturales, sociales y espirituales, y orienta la atención a las dimensiones físicas, sociales y mentales del individuo.

La práctica de enfermería, por lo tanto, no solo es procedimental, sino también

interpersonal, haciendo partícipe al paciente como sujeto principal. Sin embargo, ¿cómo lograrlo si no se conoce la cultura y lengua del otro? Para ello, se necesita comprender el papel que juega el profesional de enfermería dentro de una amalgama de culturas.

Para ello, Leininger (21) en la Teoría Transcultural define al ser humano como una persona que cuida y es un ente cultural, puesto que es parte de una familia, grupo, comunidad, institución social, cultura y subcultura. Esto se representa a través del Modelo del Sol Naciente, el cual señala que el individuo no debe separarse de su procedencia social y cultural. Este modelo se interpreta por niveles; dentro de los tres primeros, organizan el conocimiento para brindar un cuidado culturalmente coherente al paciente y el cuarto determina el nivel de las acciones y decisiones de los cuidados de enfermería, enfocado en la preservación, acomodación y remodelación de los cuidados culturales, visualizando al ser humano de manera holística, siendo el factor cultural determinante y eje central.

La Teoría de las Transiciones de Meleis (22) define el paso de una etapa o condición a otra, por ejemplo, la transición de salud a enfermedad incluye el proceso de recuperación, el alta hospitalaria y el diagnóstico de enfermedades. La experiencia de la transición incluye cinco conceptos como la conciencia, compromiso, cambio y diferencia, lapso temporal y los puntos o acontecimientos críticos. Las condiciones de las transiciones se relacionan con los factores personales, comunitarios, sociales y culturales que pueden facilitar o limitar los procesos y resultados de transiciones saludables. En el marco de la investigación, nos permitirá comprender el proceso de hospitalización, así

como el antes y después. Además de ello, permitirá explorar las experiencias de los pacientes quechuas en cada una de las etapas.

Por lo tanto, es crucial analizar esta problemática desde un punto de vista crítico para obtener una base que permita desarrollar estrategias efectivas para enfrentar las barreras lingüísticas y culturales presentes durante el cuidado, permitiendo así brindar un cuidado integral, holístico, transcultural y centrado en el sujeto de estudio. Es así como surge la pregunta de investigación: **¿Cómo es percibida la transculturalidad desde las experiencias de hospitalización de personas quechuahablantes, Lima 2024?**

La investigación tiene un aporte teórico porque identificó los aspectos socioculturales presentes en la experiencia de hospitalización de personas quechuahablantes, su análisis permitió establecer una relación más sólida entre la cultura y el cuidado, sentando las bases para nuevos enfoques teóricos basados en el cuidado transcultural. Asimismo, facilita una comprensión profunda de las dinámicas culturales que influyen en el cuidado de la salud.

Además, es socialmente relevante debido a que busca promover la equidad e inclusión durante la atención mediante el reconocimiento de diferencias culturales, proyectándose a brindar una atención culturalmente competente.

Por otro lado, tiene una implicancia práctica porque no solo contribuye al campo de la etnoenfermería, sino que también, desde una perspectiva antropológica, facilita la orientación de planes de cuidado con visión transcultural. Esto, a su vez, podría facilitar una atención equitativa y de integración cultural en los entornos hospitalarios, mejorando la experiencia de

hospitalización del usuario quechuahablante.

Por último, por su utilidad metodológica, esta investigación se desarrolló mediante una guía de entrevista, que resultó esencial para comprender las experiencias de hospitalización de este grupo cultural a través de las entrevistas a profundidad, para su posterior análisis.

La investigación fue viable porque cumplió con los requisitos administrativos de la Universidad Peruana Cayetano Heredia para ser aplicada. Respecto a los investigadores, es crucial resaltar que uno de ellos tiene como lengua materna el idioma quechua, lo cual permitió una comunicación con la población objetivo, facilitando la recolección de datos previa firma del consentimiento informado. Además, se obtuvo acceso a la población considerando su disponibilidad. Finalmente, se destaca la presencia de un asesor con formación y experiencia en investigación cualitativa que guio el desarrollo de las entrevistas.

## **II. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo general**

Explorar y comprender la transculturalidad desde la experiencia de hospitalización de personas quechuahablantes, Lima 2024.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Develar el cuidado transcultural de enfermería desde la experiencia de hospitalización de personas quechuahablantes.
- Interpretar el desarrollo del proceso comunicativo durante el cuidado de enfermería a la persona quechuahablante hospitalizada.

### **III. MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **3.1 Diseño del estudio:**

El estudio se desarrolló con un enfoque cualitativo y de diseño fenomenológico. Este enfoque facilitó la comprensión de las experiencias de hospitalización desde la perspectiva de la persona quechuahablante, considerando los significados, creencias y valores culturales en relación con el cuidado transcultural. Además, es pertinente en contextos poco estudiados como la población quechua. Por su parte, el diseño fenomenológico permitió entender el punto de vista individual de cada participante y a partir de ello construir una perspectiva colectiva de las experiencias de hospitalización. Por último, el análisis de los discursos propició la construcción de categorías para posteriormente interpretar el fenómeno, tal como refiere Hernández (23).

#### **3.2 Población:**

Los sujetos de estudio fueron las personas quechuahablantes nativas que residen en el departamento de Lima, distrito San Juan de Lurigancho, Canto Grande - Huáscar, específicamente en el Asentamiento Humano Ampliación Belén. Además, quienes experimentaron un proceso de hospitalización por lo menos una vez en el lapso del 2019 - 2024. Fue conveniente realizar el estudio en esta población puesto que, debido al fenómeno migratorio este distrito posee la mayor concentración de habitantes con lengua originaria quechua según datos del INEI, quienes mantienen su identidad cultural en un contexto multicultural, en donde surgen nuevas dinámicas sociales (3, 4, 5).

Debido al enfoque cualitativo del estudio, no se estableció una población total

cuantificable, priorizándose la profundidad de la información mediante un muestreo no probabilístico intencional.

### **3.3 Criterios de selección**

#### **3.3.1 Criterios de inclusión:**

- Varones y mujeres mayores de 18 años cuya lengua materna y dominante sea el quechua.
- Personas que han estado hospitalizadas en los servicios de medicina o cirugía de algún hospital público de Lima, al menos por 48 horas.
- Disposición para participar voluntariamente previa firma del consentimiento informado.
- Personas lúcidas con capacidad de expresar ideas y con autonomía.

#### **3.3.2 Criterios de exclusión:**

- Personas en desacuerdo para tratar el tema por ser sensible y complicado a nivel personal.
- Personas que no identificaron al profesional de enfermería en su rol de cuidador.
- Personas que tengan dificultades para dialogar fluidamente.

### **3.4 Muestra:**

El muestreo fue no probabilístico intencional; se utilizó la saturación teórica, es decir, cuando las entrevistas a profundidad dejaron de aportar nueva información al estudio se dio por culminada la recolección, llegando a la

saturación con 9 discursos.

### **3.5 Procedimientos y técnicas:**

Primero, la investigación fue aprobada por el asesor; luego, fue revisada por la Unidad de investigación de la Facultad de Enfermería. Después, se registró en el Sistema Descentralizado de Información y Seguimiento (SIDISI). Posterior a ello, logró la aprobación del Comité de Ética e Investigación (CIE) de la UPCH.

Segundo, para la identificación de los sujetos de estudio se contó con el apoyo del presidente de la junta vecinal del Asentamiento Humano Ampliación Belén, ubicado en la localidad de Canto Grande – Huáscar. A dicha autoridad se le explicó los objetivos, procedimientos, beneficios, riesgos y la importancia de la participación en la investigación, a fin de que convocara principalmente a la población quechuahablante a una reunión mensual previamente programada.

En esa reunión, la información mencionada fue brindada directamente a los asistentes con la participación activa del presidente, quien incentivó a formar parte del estudio. Este primer acercamiento permitió la difusión inicial de la investigación en la población objetivo. Además, se promovió los derechos en salud mediante de la entrega de un tríptico informativo como estrategia de captación del interés en los primeros participantes.

El mensaje transmitido en la reunión generó un efecto multiplicador; de modo que, con el paso del tiempo, nuevos interesados en formar parte del estudio se contactaron directamente con los investigadores, acercándose de manera voluntaria al salón comunal, previamente coordinado con el presidente de la

junta vecinal, quien actuó como nexo entre la comunidad y el equipo investigador.

Al inicio de la entrevista, a cada participante se le formularon preguntas de apertura o rompehielos, orientadas a verificar el cumplimiento de los criterios de selección y propiciar un clima de confianza. Estas incluyeron: la lengua de uso cotidiano, su edad, lugar de procedencia, el tiempo y lugar de hospitalización, la disposición para compartir la experiencia y la recepción de atención por parte de un profesional de enfermería. Para la confirmación de este último criterio, se solicitó al participante que describiera cómo identificó al profesional de enfermería durante su hospitalización, considerando elementos como el uso del uniforme turquesa y la realización de funciones propias del cuidado enfermero.

Aquellas personas que no cumplían con los criterios de selección recibían un tríptico traducido al quechua acerca de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud explicado brevemente en su idioma y se les agradeció su interés por participar en el estudio.

A quienes sí cumplían con los criterios, se explicó el consentimiento informado **(anexo 1 y 2)** y se solicitó la firma, luego se realizó la entrevista en un espacio dentro del local comunal libre de ruidos y que proteja la confidencialidad.

Tercero, la técnica que se utilizó fue la entrevista a profundidad. Esta técnica permitió la recolección de datos cualitativos al investigador por ser dinámico y flexible al realizar las preguntas y repreguntas (24).

En cuanto al instrumento se empleó una guía de entrevista semiestructurada

(**anexo 5 y 6**), cuya validación idiomática bilateral se realizó a través de proceso sistemático de ensayo y error. Inicialmente, se elaboraron las preguntas orientadoras en función del objetivo general y a los objetivos específicos. Luego, el instrumento fue revisado por el asesor. Después, uno de los investigadores principales, quien domina la lengua quechua y cuenta con el reconocimiento formal de su comunidad nativa como quechuahablante, acreditado a través de una constancia emitida por la junta directiva (**anexo 7**), realizó la traducción de las preguntas al quechua y fueron validadas por un intérprete con certificación en conocimiento del idioma quechua nivel B2 emitida por la PUCP (**anexo 8 y 9**), garantizando la equivalencia semántica y cultural entre ambas versiones.

Seguidamente, el instrumento fue aplicado a una persona quechuahablante que cumplía con los criterios de inclusión. La entrevista resultante fue analizada considerando la coherencia y correspondencia de las respuestas a los objetivos del estudio, realizándose los ajustes pertinentes a las preguntas y términos, y el proceso de validación se repitió en una segunda aplicación, evidenciándose una mayor profundidad y pertinencia de la información recolectada.

La entrevista se llevó a cabo de forma directa a fin de obtener y recabar las experiencias de los sujetos de estudio.

Cuarto, cada entrevista se llevó a cabo de forma directa a fin de obtener y recabar las experiencias de los sujetos de estudio. El tema principal a abordar en la entrevista fue las experiencias de hospitalización de las personas quechuahablantes, a medida que el participante fluía en su discurso se

introducían preguntas y repreguntas en función al tema y las preguntas orientadoras. Asimismo, considerando que las entrevistas fueron grabadas (audio) también se tomó notas de campo para registrar los aspectos más importantes durante la entrevista que no pudieron evidenciarse en la grabación como gestos, expresiones, impresiones y comentarios. El desarrollo de la entrevista fue en quechua con una duración aproximada de 20 minutos, y consta de cinco etapas fundamentales:

En la introducción, los investigadores se presentaron al participante mediante un saludo cordial agradeciendo su participación y se invitó a tomar asiento para dar comienzo a la entrevista. Uno de los investigadores, que domina la lengua quechua, procedió a tomar asiento junto con el participante puesto que asumió el rol de entrevistador. Después, el entrevistador y entrevistado se encontrarán frente a frente, se dió a conocer nuevamente el objetivo principal del estudio asegurando que se mantendrá la confidencialidad de la información. A su vez, se le comunicó que al finalizar la entrevista recibiría un tríptico (**anexo 3 y 4**) acerca de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud traducido a su idioma.

En la presentación, el entrevistador le explicó al entrevistado el proceso de la entrevista haciendo énfasis en que el tema principal será su experiencia de hospitalización y para ello se abordarán los aspectos del cuidado transcultural enfermería y el proceso comunicativo durante su cuidado. En este momento, se le recordó al participante que la entrevista sería grabada pero que podía detenerse y retirarse en cualquier momento si así lo decidiera.

En los datos generales, se le pidió al participante que brinde información acerca de su edad, lugar de procedencia y residencia y el tiempo de hospitalización, estos datos fueron útiles para conocer el contexto de su experiencia.

En las preguntas, es donde comienza la entrevista propiamente dicha. En principio, el entrevistador indicó al entrevistado que se empezará realizar las preguntas orientadoras pero que durante ello pueden surgir repreguntas por lo que puede explayarse con libertad si lo desea. Respecto a esta etapa, la guía de entrevista (**anexo 5 y 6**) considera las siguientes preguntas: Explíqueme: ¿Cómo fue su experiencia de hospitalización?; ¿Cree usted que su idioma dificultó el hecho de comunicarse con las demás personas durante su hospitalización? ¿Por qué?; Cuénteme: ¿Cómo fue su relación con la enfermera durante su hospitalización? ¿Algo más que usted quiera agregar? Además, las repreguntas permitieron profundizar en los discursos de interés que respondían al objetivo del estudio.

En el cierre, los investigadores agradecieron nuevamente la participación del sujeto para concluir con la entrevista. Por último, durante la despedida se entregó y explicó al participante el tríptico (**anexo 3 y 4**) como beneficio por haber participado.

La selección se realizó de forma progresiva y duró 6 meses, se incorporó nuevos participantes conforme se avanzaban las entrevistas. Este proceso continuó hasta alcanzar la saturación de la información, es decir, hasta que los datos obtenidos dejaron de aportar elementos nuevos significativos para el análisis.

### **3.6 Aspectos éticos:**

Para la investigación se consideraron los siguientes principios:

La autonomía, porque se le entregó el consentimiento informado (**anexo 1 y 2**) y se explicó el propósito del estudio en quechua para que los participantes tomen la decisión voluntaria de participar, considerando que podían retirarse en cualquier momento si así lo deseaban.

La justicia, debido a que se mantuvo el diálogo únicamente en quechua para garantizar la comprensión, esto se dio desde el primer contacto con el participante hasta finalizar la entrevista. Los participantes fueron tratados por igual. Además, en todo momento se respetó su cultura y creencias.

Beneficencia, los participantes recibieron un tríptico (**anexo 3 y 4**) sobre los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud traducido al quechua y una explicación breve sobre ello. Además, para aquellos que no pudieron leer o no sabían cómo hacerlo se le presentó un video en su idioma, que se encuentra disponible en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).

No maleficencia, se evitó ahondar en temas que pudieran ser sensibles para el participante y no relacionados con el tema central de la entrevista, para ello el entrevistador mantuvo una comunicación cordial y respetuosa. Además, se garantizó la privacidad de los discursos mediante la anonimización de datos. Por último, al ser un tema sensible, se estableció un plan de contingencia, para identificar oportunamente signos de desplazamiento de emociones que consistió en; primero, el entrevistador desde la disciplina de enfermería brindó soporte emocional mediante la escucha activa, empatía, comprensión y

validación de sentimientos para manejar la situación. Por otro lado, si el evento escalaba a mayores, se establecería rápidamente una comunicación con el psicólogo y el intérprete para que el participante sea derivado, brindando una atención psicológica integral por un especialista con la responsabilidad de realizar un seguimiento, afortunadamente durante el desarrollo de las entrevistas no se presentaron este tipo de eventos.

### **3.8 Plan de análisis:**

El procesamiento de la información se realizó en tres fases:

Preanálisis; las entrevistas fueron revisadas en un dispositivo electrónico (computadora), teniendo en consideración los aspectos más relevantes de cada entrevista.

Codificación; esta etapa se desarrolló de manera manual, se transcribió la entrevista (desde lo oral a lo escrito) en quechua y luego fue traducida al español con el apoyo de un intérprete, esto permitió un mejor manejo de la información para el posterior análisis. En una primera instancia se realizó el componente escrito conteniendo todas las palabras tal cual se dijeron en la entrevista por parte del participante (EMIC), el texto se leyó cuidadosamente, haciendo uso de resaltadores para subrayar los fragmentos más significativos y se contactó a los participantes para aclarar el significado de aquellas palabras que no fueron comprendidas (ETIC).

Categorización; se analizaron los datos encontrados, comparando con las teorías planteadas y bibliografía, este análisis se realizó de manera sistemática y a profundidad, examinando cada una de las palabras mencionadas por parte de la persona quechuahablante desde su experiencia de hospitalización.

#### **IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

El ser humano es por naturaleza un ente cultural, tal como lo señala Leininger (21). Por ejemplo, durante las entrevistas se observó que los participantes tienen características culturales predominantes como el idioma quechua. Por otra parte, la cosmovisión andina con el uso de plantas medicinales y rituales ancestrales como herramientas de sanación. También se destacó la vestimenta típica como la pollera multicolor con diseños que representan la naturaleza y a su vez costumbres centradas en el hogar, el campo, la naturaleza y la ganadería. Todo ello otorga tranquilidad a la vida cotidiana de las personas quechuahablantes, lejos del bullicio y caoticidad de la ciudad. Estos elementos proporcionan un sentido más subjetivo a la vida, dando valor y significado a las cosas.

En un contexto de salud-enfermedad más complejo, el individuo quechua se ve forzado a atravesar un proceso de hospitalización en un nosocomio de Lima. Es aquí donde vivencia una serie de transiciones que involucran múltiples fluctuaciones de manera simultánea. En ese sentido, se entiende la transición como el cambio que sufre esta persona en su vida cotidiana, tal como define Meleis (22). Por ejemplo, el hecho de cambiar el modo de alimentación pasando de comer papa, maíz, habas y otros productos a consumir la dieta intrahospitalaria; o tener que pasar de vestir varias capas de polleras a usar una bata; incluso el hecho de cambiar de un espacio geográfico a otro. Un hallazgo significativo a partir de lo descrito fue la estrecha conexión que existe entre el individuo quechua y su lugar de origen, motivada por la comodidad que aporta la naturaleza en sus vidas.

Por otro lado, la transición a nivel geográfico que sufre el individuo quechua en su necesidad de acceder a servicios de salud más especializados, expone la brecha

comunicativa existente, puesto que la capital se convierte en un contexto de heterogeneidad lingüística, donde se habla el castellano como lengua principal. Se descubrió que parte del disconfort que experimentan los quechuahablantes es producto de la poca comprensión de la lengua materna quechua en la capital, factor que los alienta a volver a su lugar de origen luego de terminado el periodo de hospitalización o antes de concluir el tratamiento en caso de no percibir mejoría en su estado de salud (22).

Es por ello que el profesional de enfermería debe velar por un cuidado integral y holístico que implica conocer y entender a la persona quechuahablante como una unidad cultural con un modo de expresión y de vida propio. Además, debe aplicar conocimientos interpersonales que resulten en un cuidado transcultural, entendiéndose este como una comprensión mutua a nivel cultural y que da lugar a una relación enfermero-paciente óptima (17). Es decir, aplicar el modelo transcultural de Leininger (21) para lograr un contexto de homogeneidad cultural que permita la conexión con el individuo, esto implica conocer profundamente la cultura y la lengua. Posteriormente, se debe integrar el modelo de las relaciones interpersonales de Peplau (20) en el cuidado para lograr una relación terapéutica y comprensión plena de las necesidades. Es por ello que el Proceso de Atención de Enfermería debe iniciar desde una visión teórica que permita al enfermero abordar las necesidades del usuario de los servicios de salud.

Esta investigación recopila la experiencia de hospitalización de personas quechuahablantes, los testimonios muestran los desafíos a los que tuvieron que enfrentarse debido a la brecha cultural. Fueron en total 9 quechuahablantes que emigraron en búsqueda de salud y quienes en su mayoría tienen un familiar cercano

en el distrito de SJJ - Huáscar - Belén (**tabla 1**). 7 de ellos fueron de sexo femenino y 2 del sexo masculino. La edad máxima fue de 83 años y la mínima de 54 años. Entre los lugares de procedencia predominaron Cusco, Huancavelica, Ayacucho, Apurímac y Ancash. De estos, 3 participantes son de Cusco, 2 de Huancavelica, 2 de Ayacucho, 1 de Ancash y 1 de Apurímac.

Los participantes relatan que viajaron a Lima motivados por la búsqueda de hospitales especializados. Algunos de ellos habían visitado la capital con anterioridad, pero refirieron no lograr acostumbrarse a la dinámica y clima de la ciudad. Otros que la visitaron por primera vez experimentaron múltiples cambios en su vida cotidiana, tales como la vestimenta, la comida, el idioma y la dinámica social. Teniendo en cuenta esta perspectiva, los entrevistados exponen los retos a los que tuvieron que enfrentarse en el contexto intrahospitalario. Es así que nacen las siguientes categorías de análisis (**tabla 2**).

**Categoría I: Alteración de la cotidianidad durante la hospitalización: actividades de la vida diaria**

La cotidianidad se define como las actividades del ser humano en la vida diaria. Cabe destacar que estas acciones están guiadas por el trasfondo cultural que representa la esencia del individuo (17). Por ejemplo, para el individuo quechua, esto implica cultivar la tierra, cuidar los sembríos y los animales, comer alimentos típicos, vestir atuendos con significados místicos, respetar la *Pachamama*, hablar en quechua y valorar el idioma como un legado que simboliza el conocimiento ancestral.

Estas actividades, experiencias y significados forman parte de la vida cotidiana del quechuahablante, la cual se ve alterada frente a una situación de salud-enfermedad. Este conjunto de fluctuaciones se entiende como una transición, tal como lo describe Meleis (22). Algunas situaciones que generan cambios incluyen viajar a lugares lejanos en busca de mejores oportunidades de salud, enfrentarse a una dolencia o enfermedad y exponerse a entornos culturalmente distintos. Estas circunstancias obligan al individuo quechua a adaptarse al nuevo entorno o, en su defecto, a lidiar con el impacto del choque sociocultural.

En ese sentido, frente a una situación de salud que implique una hospitalización, la expresión de los aspectos culturales y cotidianos del quechuahablante se verán condicionados por las nuevas dinámicas intrahospitalarias. Lo cual significa que este percibirá limitaciones en sus actividades y necesidades de eliminación, nutrición, sueño-descanso y comunicación, solo por mencionar algunas (21, 22).

En primer lugar, se encontró que las personas quechuahablantes mantienen un estilo de vida dinámico que implica el uso de la fuerza de forma constante. Para este análisis es fundamental comprender que las actividades cotidianas del individuo quechua se desarrollan al aire libre, como caminar por el campo revisando las chacras, trabajar la tierra y cuidar los animales. Por otro lado, a nivel emocional y espiritual mostraron un fuerte sentido de pertenencia al modo de vida, al lugar de origen y a la comodidad del hogar (21, 22).

Considerando la premisa anterior respecto a la vida cotidiana de la persona quechuahablante, se examina la percepción de las vivencias en el intrahospitalario.

Un hallazgo significativo es que la persona quechuahablante percibe la hospitalización como una “*pérdida de tiempo*” ocasionada por la inactividad y permanencia en la camilla. Esto se explica, por un lado, como la consecuencia de la pérdida de autonomía asociada a la enfermedad y por el otro, debido a la existencia de normas hospitalarias que debe cumplir el personal de salud a cargo del paciente que dificultan una transición saludable (22).

*"[...] Campupi purichkanchikmi, puriyku hinaspa llamkaypi kallpanchakuyku sasa kasqanrayku, ichaqa kaypim tiempuyta usuchisqayta hina sientekurqani. Manam gustawarqachu huspitalpi kayta ni imapipas [...]". (Kuntur)*

*"[...] En el campo estamos en movimiento, caminamos y hacemos esfuerzo en el trabajo porque es pesado, pero aquí sentía que perdía el tiempo. No me gustaba nada estar en el hospital [...]". (Kuntur)*

*"[...] Tukuy tiempu suyaspa tiyachkarqani; ¿ima mastam ruwayman? [...]". (Anka)*

*"[...] Estaba esperando sentado todo el tiempo; ¿qué más podía hacer? [...]". (Anka)*

A su vez, es vista como “*estar encerrado en una cárcel*” puesto que, cotidianamente la persona quechuahablante está acostumbrada a permanecer activa a expensas de la naturaleza, contrario a ello, los servicios hospitalarios resultan ser espacios hacinados y estáticos, generando un alto grado de estrés y sentimientos de nostalgia (12).

<p>“[...] <i>Llaqtaypi, maymanpas risqayman purini, ichaqa huspitalpi carcelpi hina wisq’asqa karqani, chayqa manan allinchi, llakisqa, faltasqa sientekurqani, huspitalpi waqarqani [...]</i>”. <b>(Yutu)</b></p>	<p>“[...]<i>En mi tierra, camino a donde voy, pero en el hospital estaba encerrada como en una cárcel, eso no es bueno, me daba pena y extrañaba, lloré en el hospital [...]</i>” <b>(Yutu)</b></p>
--	---

Estos aspectos repercuten negativamente en el desarrollo de una transición saludable, definidos por Meleis (22) como inhibidores. Algunos entrevistados refirieron no tolerar los cambios que conlleva la hospitalización, señalando principalmente tener que dejar su hogar para convivir con personas desconocidas, entre ellas, los profesionales de salud y otros pacientes. Asimismo, mencionaron el ruido, los disturbios, la realización de procedimientos, la administración de medicamentos y la necesidad de adaptarse a un horario para despertar, comer, bañarse y recibir visitas. Sin embargo, tuvieron que aceptarlos porque querían recuperar su salud, mientras que otros sí lograron sobrellevar la situación y adaptarse. Por su parte, Rojas y Hahn (12) mencionan resultados similares con los indígenas de la lengua Emberá, pues también afirman que el entorno hospitalario es un lugar encerrado, frío y que enferma. Además, este proceso salud- enfermedad interrumpe sus actividades cotidianas como el trabajo en el campo.

Desde una perspectiva profesional de enfermería, es fundamental prestar atención a las propiedades de la transición, como la conciencia, definida como el conocimiento de una situación; el compromiso, entendido como el grado de implicación de la persona; y, por último, los cambios y las diferencias presentes en

este proceso. Estos elementos permiten valorar y guiar al paciente hacia una transición saludable (22).

En segundo lugar, se identificaron diversos aspectos de la vida cotidiana que dificultaron la transición a la dinámica intrahospitalaria. Los principales son el sueño y descanso, la eliminación, la alimentación y el vestido.

En cuanto al aspecto del binomio sueño-descanso, los participantes mencionan no poder conciliar el sueño y fundamentan que la causa de ello es la ausencia de la comodidad del hogar que les brinda tranquilidad, además incluyen el bullicio del hospital como factor secundario (10).

*"[...] Wasiypi hina mana puñurqanichu. Sapa kutim rikcharichiwarqaku, chaymi mana samayniyuqta ruwawarqa. Wasiypi, manam pipas llakichivanqachu. Manam bañuman riyta atirqanichu catéter nisqanwan kasqayrayku. Huspitalpi ñuqanchikmanmi pañal nisqanwan churawarqaku [...]. Mikhuyqa manan kaqllachu karqan, ancha pisillatan quwarqanku. Huspitalpi preparasqakunamantaqa hukniray platokunata mikhunaypaqmi yachasqa karqani [...]" (Kuntur)*

*"[...] No dormía como en casa. Me despertaban constantemente, lo que me ponía inquieto. En casa, no hay quien me moleste. No podía ir al baño porque tenía una sonda. Estoy acostumbrado a usar calzoncillos, pero en el hospital solo nos ponían pañal [...]. La comida no era la misma, me daban muy poco. Yo estaba acostumbrado a comer platos diferentes a los que preparaban en el hospital [...]" (Kuntur)*

Esto quiere decir que más allá de prestar atención a los factores ambientales, la persona se enfoca en la conexión con cultura, es por ello que el profesional de enfermería debe adecuar el entorno en donde la persona lleva su proceso de recuperación y hacerlo más confortante. Por ejemplo, Rojas y Hahn (12) mencionan que en el hospital en donde llevaron a cabo su investigación observaron que para atender a personas de la lengua Emberá, se ambientaba el entorno con esteras, canastos, pinturas y grabados alegóricos a la cultura, lo cual tuvo una apreciación positiva. Por lo tanto, se debe incluir estrategias como estas para mejorar la percepción de la hospitalización.

El siguiente aspecto es la eliminación. Es importante destacar que la cultura quechua se caracteriza por mantener su perfil conservador, es por ello que refieren incomodidad cuando se aborda aspectos como orinar, defecar y la sexualidad.

*"[...] Huk kutin ducturta mañakurqani permisuta bañuman rinaypaq, imaraykuchus manan munarqanichu chay pañalpi nisqan ruwayta. Niwarqankun pañalpi ruwanaypaq, ichaqa manan hayk'aqpas chaytaqa ruwarqanichu. Chaymi valekurqani: "Ductur, ama hinachu kay", hinaspan permisuta quwarqanku. Huspitalpi huk invalido hinam kanchi[...]" (Urpi)*

*"[...] Una vez pedí permiso a la doctora para ir al baño, porque no quería hacer en el pañal. Me dijeron que hiciera en el pañal, pero yo nunca hice eso. Así que rogué, "doctora, no seas mala", y al final me dieron permiso. En el hospital me sentía inválida [...]" (Urpi)*

Se mantuvo una postura defensiva frente al uso del pañal, uno de los entrevistados refiere que se negó a realizar sus deposiciones en el pañal pese a las recomendaciones de los profesionales de salud, a tal grado de implorar para realizar deposiciones en el sanitario. En el ámbito hospitalario se debe considerar que no todos los pacientes pueden realizar las deposiciones y diuresis en el baño; considerando que, algunas enfermedades representan un verdadero riesgo para la salud si forzamos al cuerpo a bipedestación, aún más para deambular. La participante refiere que apenas podía caminar, pero sustenta que nunca había hecho deposiciones en el pañal y que no estaba acostumbrada, por lo cual tuvo que accionar de esta manera (12).

En relación a la alimentación, la dieta de la persona quechuahablante se compone principalmente de maíz (el *mote* es resultado del sancocho del maíz), yuca, habas, papa, entre otros productos que provienen de cultivar la tierra.

<p><i>"[...] Mikhunaqa ancha pisillam hospitalpi; wasiykipi hinam mana huntasqachu tarikunki, chaypim tarwita mikuyku, sarata [...]</i></p> <p><i>Astawanqa sarata, chaymi achkata ruruchin. Mutita kachuku.</i></p> <p><i>Chaykunaqa yakikunchi huspitalpi kachkaspayki. Huspitalpiqa kawsanaykipaqllam mikunki".</i></p>	<p><i>"[...] La comida es muy poca en el hospital; no te llenas como en casa, allá comemos tarwi, maíz [...] sobre todo maíz, que produce mucho por allá. Mascamos mote. Esas cosas se extrañan cuando estás en el hospital. En el hospital se come solo para sobrevivir [...]"</i>. <b>(Anka)</b></p>
--	--

**(Anka)**

"[...] Manam chay mikhuymanqa yachakurqanichu, ichaqa hampiyta munasqaymantapacham aguantanay karqa. Tutapiqa sopatawan gelatinatam apamuwarqaku. Manam tantataqa mikurqanikuchu. Wakinpim mikuytam apamuwarqaku wakinpiqa mana [...]". **(Pichiwsa)**

"[...] Wakin mikhuykunamanta pruhibiwarqaku, kunankama chayta kasukuni. Hinallataqmi aycha mana wirayuqta, ancha cundimintuyuqta caldokunata mana mikunichu [...]". **(Wachwa)**

"[...] Hospitalpi mikhuyqa manchaymi, millaymi, manan musuqchu. Sapa kutim sopata mikuni, yucawan, sarawan [...]". **(Urpi)**

"[...] No me acostumbraba a la comida, pero como quería sanarme, tenía que aguantar. En la noche me traían sopa y gelatina. No comíamos pan. A veces nos traían comida y a veces no [...]". **(Pichiwsa)**

"[...] Me prohibieron algunas comidas y sigo con eso hasta ahora. También como carne magra y trato de evitar los caldos muy condimentados [...]". **(Wachwa)**

"[...] La comida en el hospital es pésima, fea, no es fresca. Yo siempre como sopa, con yuca, choclo [...]". **(Urpi)**

En ese sentido, los entrevistados refieren que la dieta proporcionada por el hospital es insuficiente para lograr la recuperación. Un descubrimiento interesante es que

las personas quechuas consideran que la ingesta de grandes cantidades de alimento se relaciona con la adquisición de fuerza y vitalidad, es decir, no consideran el aporte nutricional de cada grupo alimenticio ni las proporciones de cada uno de estos, lo que en enfermedades como la diabetes mellitus puede ser contraproducente. Además, solo un entrevistado reconoció la importancia de la dieta y su relación con la enfermedad. Por otro lado, algunos mencionan que los alimentos son distintos a lo que acostumbraban; sin embargo, los consumieron puesto que tenían que saciar el hambre. En un contexto similar, Rojas y Hahn (12) encontraron que estas diferencias en la alimentación hicieron que la comunidad Emberá consumiera los alimentos con disgusto, optara por no comerlos o incluso abandonar el hospital.

Por su parte, Realpe (25), sustenta que la cultura alimentaria tiene una estrecha relación con la cosmovisión de los pueblos indígenas ya que guarda significados espirituales. La ingesta de alimentos no es un acto biológico; por el contrario, es un fenómeno complejo que involucra subjetividades, como en el caso del quechuahablante, donde se refleja el respeto a la madre tierra "*Pachamama*". Este mismo autor también menciona la identidad cultural y el sentido de pertenencia hacia el territorio representados a través de la alimentación y los productos naturales.

El último aspecto alterado es la vestimenta. Según Pomaina et al. (26) la vestimenta representa un símbolo étnico que relata la trascendencia histórica de una población a través de símbolos, figuras y gráficos, los cuales conforman un código cultural. Respecto a ello, uno de los entrevistados menciona que la vestimenta tradicional de la cultura quechua es la pollera y que se usa más de una para lograr cubrirse bien.

A diferencia de estas prendas, durante la hospitalización los entrevistados tuvieron que vestir la bata hospitalaria, la cual posee una apertura posterior y se usa por su practicidad al momento de realizar intervenciones.

[...] *Mana nunka churakusqay  
p'achakunamanmi churawarqanku,  
hatun p'acha hina. Manataqmi  
yachanichu ima sutiyaq  
kasqanmantapas. Manam chayna  
pachakunataqa churakunichu.  
Ñuqaqa huk faldawanmi  
churakurqani, hospitalpim chay  
pachakunata churawarqaku [...].*

**(Yutu)**

*“[...]. Me pusieron una ropa que nunca había usado, como un vestido grande. No sé ni cómo se llama. No me pongo ropa así. Yo usaba pollera, en el hospital me ponían esos vestidos [...].”* **(Yutu)**

Para el individuo quechuahablante, la vestimenta simboliza un componente esencial de su cultura, mientras que el uso de otras prendas desencadena en gran medida un sentimiento de pérdida de su identidad. Desde la perspectiva de la epistemología andina, la forma de vestir está ligada a los códigos culturales que representan a la población quechua. De esta manera, al encontrarse en un escenario hospitalario, el cambio de vestimenta le recuerda a la persona que se encuentra lejos de su contexto habitual, donde sus símbolos y tradiciones eran reconocidos por su comunidad. Esto genera un distanciamiento entre el individuo y su realidad cultural, el cual es impuesto por las normas institucionales. Además, se menciona el desconocimiento acerca de las prendas hospitalarias, demostrando la lejanía de la persona con el contexto sanitario y la incomodidad que ello genera (26).

En conclusión, el análisis realizado en esta categoría permite comprender la relevancia de la cultura y el estilo de vida durante la hospitalización, ya que el trasfondo cultural de la persona configura su percepción de los nuevos contextos y relaciones interpersonales. Por ello, en el entorno intrahospitalario, el profesional de enfermería debe abordar a la persona desde una perspectiva transcultural y considerar los aspectos culturales más sensibles al cambio, empleando la flexibilidad entre la rutina hospitalaria y la rutina del individuo con el fin de facilitar una transición saludable (15, 22).

### **Categoría II: Enfoque transcultural del proceso del cuidado enfermero desde la experiencia de las personas quechuahablantes**

El significado del cuidado transcultural se interpreta a partir de las vivencias de personas quechuahablantes en un entorno culturalmente distinto. En este sentido, la hospitalización fue el escenario para concebir dichas experiencias, reflejando la subjetividad y dinamismo que acompañan al cuidado, el cual no es más que una expresión de ayuda y facilitación que se brinda en forma de acciones para lograr el bienestar del otro. Además, para considerarlo culturalmente congruente, el enfermero debe emplear de manera creativa sus conocimientos profesionales para sensibilizarse sobre las prácticas culturales, estas acciones denotan un respeto por la cultura del otro (21).

De los discursos analizados se infiere que el respeto a la cultura presentó limitaciones significativas durante el proceso de hospitalización de las personas quechuas. A nivel lingüístico, la brecha comunicativa generó la no participación del paciente en su propio cuidado, así como la incompreensión de la finalidad y

funcionalidad de los dispositivos biomédicos a los que fueron sometidos, en muchos casos sin una explicación previa. Esta situación originó sentimientos de incertidumbre, miedo y desconocimiento respecto al tratamiento administrado, así como dificultades para tolerar procedimientos y dispositivos invasivos.

Por otro lado, a nivel de las prácticas cotidianas, el entorno hospitalario influyó de manera significativa en la vivencia emocional de los participantes, generando aburrimiento, fatiga, estrés, ansiedad y tristeza, al evocar constantemente la ausencia del hogar y de sus costumbres. De manera similar, la alimentación y la vestimenta hospitalaria fueron percibidas como ajenas a su cultura. No se evidenciaron discursos que reflejaran procesos de adaptación, negociación o inclusión de las prácticas culturales cotidianas durante la atención, lo que puede interpretarse como una imposición cultural sobre la persona quechua.

<p><i>“[...] Chay hampita quwaptinkuqa manam imatapas willawarqakuchu. Dejakuykuni hinallam, manataqmi yacharqanichu ima ninaytapas. Manan entiendenichu imayna llank’asqanmanta. [...]” (Killin)</i></p>	<p><i>“[...] No me decían nada cuando me ponían el medicamento. Simplemente me dejaba, y no sabía qué decir. Pero no entiendo cómo funcionaba. [...]”</i></p> <p><b>(Killin)</b></p>
---	--

<p><i>“[...] Chaymantataq rimarqanku “diálisis” nisqankuta ruwawasqankuta. Tapurqanim sichus nanarqachu hinaspa mana</i></p>	<p><i>munarqanichu ruwanankuta mana yachasqayrayku ima kasqanmanta. Ari, mancharikurqanim. Yuyarqanim: “¿Nanachuch? Manam chaytaqa</i></p>
--	--

*kikiyta ruwayta mumarqanichu".  
Yuyarqanim achkata nanananta,  
manam yacharqanichu imayna  
kananmanta. [...]" (Waman)*

*"[...] Luego mencionaron que me  
harían eso que dicen "diálisis".*

*Pregunté si dolía y no quise que me la  
hicieran porque no sabía qué era. Sí,  
me asusté. Pensé: "¿Dolerá? No  
quería hacerme eso". Pensé que  
dolería mucho, no sabía cómo sería.  
[...]" (Waman)*

En un entorno de respeto cultural se debe practicar la adaptación o negociación respetando las creencias y valores culturales, para llegar a ello la comunicación sigue siendo el principal problema.

Sin embargo, desde un punto de vista humanístico, la persona quechua reconoció y diferenció al profesional de enfermería; mencionaron que la atención fue buena, con poco contacto, pero que sí cumplían con sus actividades. Además, observaron la dinámica del hospital como un trabajo en equipo. Otros, que pudieron analizar más, identificaron que los profesionales eran pocos y que resultaban insuficientes para cubrir sus necesidades, reconociendo la cantidad de pacientes similares a ellos que tenían las mismas o más necesidades de atención; por lo que respetaban el trabajo del profesional de la salud. Otros, en cambio, notaron tratos diferenciados, relacionándolos con el lugar de origen y su trasfondo cultural.

*"[...] Llapanchismi munanchis  
kaqlata cuidasqa kayta, huk  
llaptamanta kachkantimchichpas,  
wasinchispi hina sintikuyta*

*munanchis, allinmi kanman  
uywakuna kaqtinqa. [...]" (Anka)*  
*"[...] Todos queremos que nos  
atiendan por igual, aunque seamos de  
otro lugar, queremos sentirnos como*

*en casa, sería bueno que hubiera animalitos. [...]*” **(Anka)**

“[...] *Imaynatachus tratawasqankutan chanincharqani. Paykuna manan imatapas nisqachu. Chaylla yuyaykurqani, estudiasqankurayku llank’anankuta allinta ruwanqaku, chaymi confiakurqany allin hampita quwanankupaq. Hampikuyqa allinmi, ruwayninkuta allinta ruwanku [...]*”

**(Kuntur)**

“[...] *Maypichus kasqay hospitalqa ancha allinmi. Hukninpiqa, profesionalkuna kуска llamkasqankutam qawani. [...]*”

**(Anka)**

“[...] *Hospitalpiqa achka unqusqa runakunam kachkan, piensanitaqmi mana llapallanta ministrayta atisqankuta. [...]*” **(Tuku)**

“[...] *Yo evaluaba cómo me trataban. No decía nada. Solo pensaba que ellos estarían haciendo su trabajo bien porque han estudiado, así que debía confiar en que me darían la medicina adecuada. El trato es bueno, hacen bien sus actividades*

*[...]”* **(Kuntur)**

“[...] *En el hospital donde estuve es muy bueno. Por una parte, veo que los profesionales trabajan unidos. [...]*”

**(Anka)**

“[...] *En el hospital hay muchas personas enfermas, y creo que no pueden abastecer a todos. [...]*”

**(Tuku)**

*"[...] Manam yacharqanichu ima ruwawasqankuta, manam ima yuyayniyuqpas karqanichu. Sapa kutim hampichikunankupaq mañakuspa, chaymi allinta tratawarqaku. [...]" (Waman)*

*"[...] Yo no sabía lo que me estaban haciendo, no tenía idea. Siempre rogando que me curaran, así me trataban bien. [...]" (Waman)*

Por otro lado, el cuidado fue percibido también como un gesto de apoyo pese a las limitaciones en la comunicación verbal, pues cuando el profesional mantuvo contacto visual y disposición hacia la persona, esto mitigó la ausencia del diálogo, dando valor a lo subjetivo que también es parte de la relación de cuidado (18).

*"[...] Enfermerakunaqa allinmi karqanku, ichaqa manan anchatachu rimarqanku, yanapawanankupaqmi pastillakunata, jarabekunata ima quwarqanku... wakinwan, pikunachus ñuqawan tiempunkuta pasarqanku, arí, entiendenakurqayku, ichaqa hukuna usqhaylla pasaqkunku, wakintaq hamurqanku, qhawariwarqanku, hukman pasarqanku [...]" (Wachwa)*

*"[...] las enfermeras eran buenas, pero no hablaban mucho, solo me daban pastillas y jarabes para ayudarme... con algunas que se daban el tiempo conmigo si, tratábamos de entendernos, pero con otros que pasaban rápido, otros solo venían me miraban y se pasaba a otro paciente [...]" (Wachwa)*

*"[...] Wakin kutin iskay kutita hamurqanku otaq imatachus*

*necesitasqankumanta... allinta tratawarqanku... manan anchatachu*

*rimarqanku, ch'inllamantaqa [...] A veces venían dos veces o según  
venayman imatapas churarqanku. lo que necesitaban ver, supongo... me  
Paykunamanmi anchata trataban bien... No hablaban mucho,  
agradecekuni, allintan solo en silencio me ponían algo por la  
llank'anankuta ruwarqanku [...]". vena. Estoy muy agradecida con  
(Waman) ellos, hicieron bien su trabajo [...]".*

**(Waman)**

Estos discursos reflejan que la persona quechuahablante le atribuye un gran significado a los aspectos subjetivos que nacen de las acciones de cuidado que brinda un enfermero. Particularmente, se da valor agregado a la comunicación no verbal, pues en ausencia del diálogo, el cuidado trasciende más allá del acto develando la presencia genuina del cuidador a través de la conexión emocional y humana. Entonces, cuando existen diferencias culturales, la capacidad del enfermero para transmitir una sensación de alivio a la persona hospitalizada es una forma de enfrentar las brechas idiomáticas y facilita la transición salud-enfermedad (22).

En contraste, para otros entrevistados no era suficiente sentir la presencia del cuidador, pues esos silencios causaban sentimientos de incompreensión y exclusión. Esto daba lugar a una relación de cuidado invisible y enfocada solo en actividades de cuidado que se realizaban de forma estandarizada, incluso sin que el paciente comprendiera de lo que se trataba.

" [...] *Manam imatapas arterial nisqamanta quechuapi,  
niwarqakuchu, upallallam manataqmi kutichiqakuchu [...]".  
qawawarqaku. Tapurqanim presión* **(urpi)**

*“[...] No me decían nada, solo me miraban en silencio. Yo preguntaba*

*por mi presión en quechua, y no me respondían [...]”.* **(Urpi)**

*" [...] Chaytaqa quwarqaku... (indica las marcas de venopunciones en su mano). Manam rimarqanichu, manam runasimita tantiankuchu [...]”.* **(Yutu)**

*“[...] Ellos me ponían eso... (indica las marcas de venopunciones en su mano). No hablaba porque ellos no hablan quechua, no entienden [...]”.* **(Yutu)**

*" [...] Manam, manam rimarqakuchu. Chayllamanmi chay ampolla nisqanta churawarqaku hinas pam ripurqaku... achka ruwaykunata ruwanku; chaytam qawarqani... ichaqa controlarqakum presión arterial nisqanta [...]”.* **(Anka)**

*“[...] No, no hablaban. Solo me ponían la ampolla rápido y luego se iban... Ellas hacen muchos papeles; eso es lo que veía... Pero me controlaban la presión [...]”.* **(Anka)**

Todo ello representó una barrera para otorgar un cuidado transcultural en donde las personas puedan expresar sus inquietudes sobre su estado de salud y recibir información precisa al respecto, lo que dificulta aún más el proceso de transición (18). Además, al hablar un idioma distinto no bastó solo con tener predisposición para entablar un diálogo con el otro, por lo que en ocasiones los pacientes preferían guardar silencio sabiendo que difícilmente alguien entendería sus palabras. Entonces, ¿realmente se puede cuidar sin comprender las necesidades del otro?

En la investigación desarrollada por Álvarez et al. (27) se habla acerca de la brecha idiomática, donde se motiva a los enfermeros a usar su creatividad y hacer frente a la diversidad cultural empleando herramientas como el lenguaje corporal, transmitiendo a través de gestos y expresiones la calma y tranquilidad que necesitan sentir los pacientes durante la hospitalización.

En relación al tratamiento, los profesionales se limitaron a realizar el acto enfermero predominantemente de manera mecánica, enfocándose exclusivamente en la administración de medicamentos, el control de funciones vitales y otros procedimientos, relegando el componente humanístico de la enfermería. Si bien el trato fue descrito como bueno, desde el respeto profesional, la interacción fue interpretada por los participantes de dos formas distintas, como un cuidado silencioso y como un cuidado cálido. No obstante, la barrera lingüística dificultó significativamente esta interacción; aún así, las personas quechuas manifestaron que dichas expresiones de cercanía y atención contribuyeron a generar sensaciones de bienestar durante su proceso de hospitalización.

*"[...] Paykuna cuidawarqanku,  
paykunan qowarqanku ampolla  
nisqanta utaq hampikunata.  
Paykunaqa imallatapas makiyman  
churarqanku (señala su brazo),  
ichaqqa manan tantianichu imayna  
llank'asqanmanta... u'pallam  
tratawarqanku... tratamientoqa  
allinmi karqan [...]"*. (Killin)

*"[...] Ellos (enfermeros) me  
cuidaban, me ponían ampollas y  
medicinas. Me ponían algo en el  
brazo (señala su brazo), pero no  
entiendo cómo funcionaba... me  
curaban en silencio... el trato era  
bueno [...]"*. (Killin)

*llamkaytam ruranku. Paykunaqa allinta qawawarqaku [...]*". (Kuntur)

*"[...] Enfermerakuna quwarqaku pastillayta, contrulawarqakum presión arterialniyta... hinas agujakunawanmi churawarqaku hampita... manam allintachu paykunawan rimayta atirqani kastillanu simipim rimasqanku... Cunfiakuqanim ima ruwasqankuta, llamkayninkuta ruwayta yachasqankurayku [...]. Allintam sientekurqaku... chaymi piensani allin*

*"[...] Los enfermeros me daban mis pastillas, controlaban mi presión... y también me inyectaban con agujas... No pude comunicarme bien con ellos porque hablaban en castellano... yo confiaba en lo que hacían, porque ellos saben hacer su trabajo [...]. Cuando te hablaban con atención, uno se sentía mejor... siento que en general hacen un buen trabajo. Me atendieron bien [...]*". (Kuntur)

Este hecho resulta complejo, tal como en la investigación de Rojas y Hahn (12), donde los participantes manifestaron sentir temor respecto al uso de dispositivos médicos y la tecnología hospitalaria, la cual resultó ser totalmente desconocida para ellos. De igual manera, los entrevistados quechuahablantes afirman desconocer la finalidad de los procedimientos que se les realizaba, pues ellos no están familiarizados con los dispositivos que tienen a su alrededor y por ello les resultó complicado comprender su utilidad. Sin embargo, a pesar del desconocimiento aceptaron recibir los tratamientos confiando en la competencia profesional del

equipo de salud, asumiendo que estos procedimientos y acciones eran en beneficio de su salud.

Esta categoría nos motiva a darle mayor valor a la dimensión humanística del cuidado, sin separarla de la cultura propia de la persona, reconociendo que, aunque la competencia profesional es fundamental, el establecimiento de una relación de confianza y empatía es igualmente crucial para su bienestar. Larsen et al. (8) en su investigación menciona que cuando la comunicación es limitada, el profesional debe buscar maneras de conectar emocionalmente con el paciente, ya sea mediante la presencia, el contacto visual o la disposición para escuchar, pues finalmente será este uno de los principales aspectos que defina el significado del cuidado para la persona quechuahablante.

### **Categoría III: Proceso comunicativo durante el cuidado de enfermería a la persona quechuahablante hospitalizada**

El proceso comunicativo se comprende como la transmisión de un mensaje, lo que implica un entendimiento interpersonal. Para desarrollar esta función, el emisor puede utilizar algunos recursos, como la comunicación verbal y no verbal (20).

La comunicación verbal es un aspecto esencial del proceso comunicativo. Sin embargo, en el contexto de la hospitalización, la diferencia idiomática representó un obstáculo para brindar un cuidado transcultural como se evidencia en la categoría anterior.

"[...] *Mana kutim upallallam karqani [...]*".  
*rimapayawasqankuraykum, ñuqapas (Anka)*  
*mana rimarqanichu. Ñuqaqa sapa*

*“[...] Como no me hablaban, yo tampoco les hablaba. Siempre estaba callado [...]” (Anka)*

Es así que, durante la atención de enfermería, se observó que la comunicación verbal fue escasa o nula, principalmente porque la lengua materna del individuo era el quechua y porque, según algunos entrevistados, los profesionales no se comunicaban con ellos. Como resultado, predominó la comunicación no verbal, que, si bien es una herramienta útil, no es suficiente para suplir la ausencia del diálogo durante la comunicación terapéutica. Esta barrera impidió que los participantes expresaran sus sentimientos, vivencias, necesidades y limitó la comprensión del proceso de la enfermedad (28, 29).

Por otra parte, Peplau (20) explica el concepto de la comunicación efectiva en la relación enfermero-paciente, la cual se basa en la comprensión y el entendimiento mutuo entre dos o más personas. En una situación de salud, esta comunicación permite interpretar las percepciones de la persona sobre su entorno y su estado de salud, facilitando la construcción de cuidados que aborden de manera holística sus necesidades. Sin embargo, frente a un contexto de heterogeneidad lingüística, el idioma juega un papel fundamental para establecer esta relación terapéutica. Cuando ninguno de los individuos habla el idioma del otro, se genera una barrera comunicativa que dificulta el diálogo y la comprensión. A partir de esta problemática, surgen las siguientes subcategorías.

### Subcategoría III.1 El idioma como obstáculo comunicativo

“La lengua puede favorecer o ser una barrera para la equidad en la atención de la salud” Ortiz (11). Hoy en día, existen idiomas considerados universales, como el inglés o el mandarín, que facilitan la comunicación en una sociedad globalizada. Sin embargo, aún existen poblaciones como los quechuahablantes que viven en cierta medida aisladas de la cultura digital y global, lo que genera una brecha comunicativa significativa. En el contexto de hospitalización, es la persona quechuahablante quien resulta desfavorecida, ya que, por un lado, no es comprendida adecuadamente y por el otro, no comprende las dinámicas del sistema de salud ni los procesos que conlleva la enfermedad (17).

De los testimonios se infiere algunos modos de comunicación entre el profesional de enfermería y la persona quechuahablante, además de las implicancias de estos.

El primero de ellos es llamado comunicación nula, puesto que no permitió un flujo comunicativo.

<i>" [...] Tapurqani quechuapi presión arterial nisqanta, manataq kutichiqarqankuchu [...]. Manam entiendewarqankuchu [...]" (Tuku)</i>	<i>" [...] Yo preguntaba por mi presión en quechua, y no me respondían [...]. No me entendían [...]" (Tuku)</i>
---	---

<i>"[...] Sichus quechuapi rimarqani manan pipas uyariwarqanchu, manan pipas [...]. Manam allintachu paykunawan rimayta atirqani</i>	<i>kastillanu simipi rimasqankurayku [...]. kunfiarqanin llank'anankuta ruwayta yachasqankurayku [...]. (Kuntur)</i>
--	--

*"[...] Si hablaba en quechua nadie me escuchaba, nadie [...]. No pude comunicarme bien con ellos porque hablaban en castellano [...]. Yo confiaba en que lo hacían porque ellos saben hacer su trabajo [...]."* **(Kuntur)**

Este modo de comunicación implica una incompreensión absoluta entre la persona y el profesional, llegando a realizar el acto enfermero de manera mecánica sin considerar las dimensiones del ser humano. Por lo tanto, no se puede hablar de un cuidado holístico. Potter et al. (18) afirman que en la práctica de enfermería se deben considerar los pensamientos, sentimientos y comportamientos. Esta información proviene de la observación y el diálogo. Por ejemplo, cuando el entrevistado manifiesta interés en conocer sobre el proceso de salud, el mensaje no es comprendido por el receptor, dejándolo en una situación de incertidumbre. En el segundo caso, el entrevistado, refiere haber hablado en quechua, pero no fue escuchado. Esta brecha comunicativa es interpretada por la persona quechua como un contexto de invisibilización; por otro lado, puede llevarlo a brindar una confianza ciega en el profesional debido al desconocimiento de la situación.

El segundo modo fue denominado comunicación verbal limitada, debido a que el emisor, en este contexto la persona quechua, logró el entendimiento relativo de algunas palabras en castellano.

*"[...] Imatapas munaykupti rimayku. Huspitalpi quechuapim rimarqanim [...]. Wakin kutiqa rimarqani, manam runasimiyta kastillanu simipim, manam allintachu unqanichu, chaywampas wañusqa, kutichirqani. Wasiypi quechuapim manan pinqakuchu [...]"*. **(Waman)**

*"[...] Cuando necesitaba algo hablaba [...]. A veces en castellano, aunque mal respondía. En casa hablamos más quechua. En el*

*"[...] Huspitalpi manan quechuata rimankuchu. Wawaykunam kastillanu simita rimachiwarqanku, wakin kaqkunatan entienderqani [...]"*

**(urpi)**

*"[...] Wakin kutiqa hamurqanku, wakinta tatiarqanim, wakinkunata manan imatapas tatiarqanichu... Enfermera karqan, familiay hina qhawarirqani, allintan cunfiakurqani; chaymi aswan tiempowan tapurkuqani: Mamay, ¿imataq kay, allinllasachu otaq manachu?... hinaspan niwarqan allinllanapa... [...]"* **(Pichwsa)**

*hospital hablaba en quechua, no me olvido de mi quechua. Nací hablando quechua y así moriré, no me da vergüenza [...]"* **(Waman)**

*"[...] En el hospital no hablan quechua. Mis hijas me hicieron hablar español, entendía algunas cosas [...]"* **(Urpi)**

*"[...] A veces venían, algunas palabras que decían entendía y otras, no entendía nada... Había una enfermera, que yo consideraba como mi familia, tenía bastante confianza; entonces a ella, le preguntaba con más tiempo (calma) diciendo: mamita, ¿qué es esto, voy a sanar o no?... y ella me decía que sí iba a sanar... [...]"* **(Pichwsa)**

Una comprensión relativa puede ser más compleja que una incomprensión, puesto que el mensaje puede distorsionarse. En una situación que implica el cuidado de la vida esto puede ser contraproducente. El discurso muestra el esfuerzo de la persona quechua por transmitir un mensaje para satisfacer sus necesidades de salud, incluso refiere contestar mal por desconocimiento de la lengua castellana. En esta misma

línea, Villagrán et al. (30) explican que las poblaciones migrantes en un contexto de heterogeneidad lingüística, perciben que los problemas en la comunicación condicionan el desarrollo de la relación terapéutica y como consecuencia la calidad asistencial lo que puede resultar en errores o riesgos en la seguridad en su papel de pacientes. Por parte de la persona quechua, este modo de comunicación implica una transmisión parcial del mensaje, además de requerir más tiempo para lograr una comprensión. Finalmente, existe el riesgo asociado de transmitir información vital de manera incorrecta, lo cual podría comprometer la salud.

El tercer modo comunicativo es la comunicación verbal unidireccional facilitada por un intérprete. Este describe la existencia de un flujo de comunicación que inicia por la persona quechua como emisor, llega hacia el traductor y finaliza en el profesional de enfermería como receptor.

<p>" [...] Runasimipi rimaqtiymi mana entienderqankuchu. Wawaytam paykuna tapurqaku "¿Imatan nin? Manam tantinchikchu [...]. Manan imatapas niwarqankuchu, agujakunamanta [...]" (Yutu)</p>	<p>"[...] Cuando les hablaba en quechua no entendían. Le preguntaban a mi hija "¿qué dice? No entendemos [...]. No me decían nada, solo ponían las agujas [...]" (Yutu)</p>
---	---

Este modo permitió que el profesional de enfermería comprenda las necesidades de la persona quechua. En contraste, un aspecto negativo fue que la comunicación finalizó en el profesional, la cual no permitió que la persona comprenda las intervenciones de enfermería, tal como se expone en el discurso. El entrevistado refiere que los profesionales insertaban las agujas sin explicar los aspectos esenciales del procedimiento, diferente a como se hace en la práctica habitual,

explicando respecto al medicamento, su utilidad y modo de aplicación. En ese sentido, adicionalmente se puede exponer que la persona quechua se veía limitada para ejercer su autonomía sobre su salud.

En cuanto a las implicancias, se obtiene un diálogo centrado en el intérprete, la inexistencia de una relación enfermero-paciente y la comunicación unidireccional. Villagrán et al. (30) refuerzan esto y describen que en un contexto similar de barrera idiomática en donde el intérprete está presente, el profesional de enfermería expresó que el diálogo es menos personal, puesto que las enfermeras tenían que hablarles a los intérpretes en lugar de a los pacientes, además de que es más complicado sugerir o indicar cuidados.

El cuarto modo es la comunicación bidireccional facilitada por un intérprete, puesto que según los discursos existió un intercambio de mensaje entre el enfermero y el paciente, esto permitió la comprensión parcial de la situación de salud. A pesar de ello, no se evidenció una comunicación terapéutica que implique una comprensión interpersonal y holística como define Flores et al. (29). Asimismo, desde la teoría de Leininger (21) esto representa una barrera frente a la comprensión a nivel cultural, sabiendo que el ser humano es un ente que existe bajo los parámetros de un contexto sociocultural. El punto negativo de la comunicación facilitada por un intérprete es que este actúa como un mediador; por lo tanto, no puede expresar sentimientos, emociones o particularidades que podemos notar desde un enfoque transcultural, además que la relación será superficial. La existencia de un intérprete no garantiza una comunicación y comprensión, tal y como afirman Origlia et al. (13), se necesita entrenar personal capacitado del área de la salud, o mejor aún, reclutar profesionales de enfermería quechuahablantes, quienes más allá de conocer

la lengua también entiendan las necesidades culturales de la población quechua. Por último, es crucial destacar que Cuaila (16) demostró que el conocimiento del quechua y la cultura influye en gran medida en la calidad del cuidado percibido.

" [...] *Lliwmi kastillanu simillapi rimarqanku. Tantiaypaqmi kallpanchakurqani, ichaqa wakinpi wawaynikunam tantiachiwarqaku* "[...] *Todos hablaban solo en castellano. Trataba de entender, pero a veces dependía de mis hijas para que me explicaran [...]*". **(Wachwa)** [...]". **(Wachwa)**

Este tipo de comunicación implica que el intérprete debe estar capacitado. No obstante, de los discursos se infiere que quienes actuaban como traductores frecuentemente eran los hijos, que en su mayoría no poseen gran conocimiento sobre ciencias de la salud y por lo tanto la comprensión de un proceso salud enfermedad es compleja también para ellos. Sumado a ello, en su condición de familiares tienen que procesar la información recibida y traducirla para la persona quechua, lo cual podría resultar en una comprensión errónea de la situación.

Respecto a ello, Origlia et al. (13) mencionan que los intérpretes pueden comunicarse con mayor facilidad, pero al no estar capacitados muestran fallas en la comunicación. Sumado a ello, resulta difícil acceder a ellos porque existe poca demanda de servicio de interpretación dentro de los espacios hospitalarios. Por su parte, Cieza et al. (28) explican que estar capacitados implica conocer las reglas, estructuras, expresiones, modismos, acentos, dialectos, terminologías de la persona, debido a que son aspectos que vuelven compleja la traducción y por tanto la interpretación de la información por parte del profesional de enfermería. Por otro lado, la presencia de un intérprete implica que la relación enfermero paciente no se

concreto y a su vez pierde la confidencialidad tal como menciona Villagrán et al. (30).

En ese sentido, este tipo de comunicación permitió que la persona quechuahablante comprendiera de manera limitada la dinámica del cuidado enfermero y la situación de su salud. En el discurso anterior, quien cumplía el papel de intérprete era la hija y gracias a ello el entrevistado muestra la libertad y confianza para poder preguntar sobre las cosas que no entiende. Se puede decir que el rol de traductor se desarrolla de mejor manera si un familiar cercano o de confianza lo desenvuelve.

Algunas reflexiones que surgieron del análisis de esta categoría son las siguientes.

En el Perú no existen políticas públicas que incentiven la existencia de un traductor intercultural quechuahablante que permita la comunicación fluida entre la persona quechua y el profesional de salud. La falta de intérpretes y las inequidades causadas por esta brecha crean desconfianza del sistema sanitario en los usuarios de salud con heterogeneidad lingüística, tal y como sustentan Villagrán et al. (30) cuando hablan de una población inmigrante. En países desarrollados como EEUU o Canadá que han incluido estrategias frente a la diversidad lingüística en el proceso asistencial el incentivo para realizarlo fue evadir aspectos legales (11).

Otro aspecto importante es respecto a la riqueza lingüística del quechua, pues este idioma no contiene signos comunicativos que expresen terminologías médicas, lo cual hace complejo al momento de traducir. El idioma quechua se caracteriza por su misticismo, en el que los significados contienen una esencia espiritual, un tanto más subjetiva.

Por otro lado, la persona quechua hablante valora mucho más el idioma que otros elementos culturales, volviéndolo central y elemental en su identidad.

“[...] *Hospitalpi quechuapim rimarqani, manam runasimiyta unqanichu, chaywampas wañusqa, manan pinqakuchu [...]*” **(Waman)**  
“[...] *Nací hablando quechua y así moriré, no me da vergüenza [...]*” **(Waman)**

Es fundamental que el profesional de enfermería entienda la relevancia de este hallazgo, puesto que la persona quechua es más sensible cuando se trata de la lengua y los significados que guarda esta. Es por ello que se recomienda abordar a la persona desde una perspectiva transcultural, lo que implica indagar sobre la cultura y actuar en función a ella. Es cierto que en algunos casos se pueden encontrar actitudes negativas que van arraigadas a las costumbres o tradiciones; sin embargo, se deben abordar de manera paulatina y negociando con la persona quechua (21).

Finalmente, integrar un intérprete en la interacción enfermero-paciente no significa que exista una comprensión cultural, puede que la comunicación sea más fluida, pero no significa que exista una conexión entre el paciente y enfermero, la cual debería surgir de manera natural como explica la teoría de Peplau (20) y llegar a una relación terapéutica que finaliza con el más alto grado de conexión que es la confianza en el profesional. Por ello, es fundamental el conocimiento del contexto cultural y la implementación de estrategias en el ámbito clínico, es así que nace la siguiente subcategoría (30).

### **Subcategoría III.2 Aprender quechua para la apertura a la comunicación**

Esta subcategoría se concibe a partir de discursos que expresan en su totalidad la necesidad de que los profesionales de enfermería conozcan el idioma quechua para brindar la atención en salud. El deseo de los entrevistados de ser comprendidos y escuchados durante la hospitalización nos revela que las diferencias lingüísticas representan una gran brecha para lograr la apertura a la comunicación. Además, la dinámica social peruana se ve marcada por el dominio del castellano como lengua más hablada, lo cual dificulta la preservación del quechua en espacios urbanos (2).

Todo ser humano tiene derecho a que se respete su dignidad. Cuando una persona se encuentra lejos de su contexto sociocultural, puede sentirse vulnerable en situaciones desconocidas como la hospitalización, donde más allá de buscar resolver su problema de salud, desea sentirse como en casa. Por lo que, en este contexto, la persona procura defender su identidad cultural y ser tratada con equidad (30).

*“[...] Llapanchismi munanchis igual  
tratuyaata, huk pueblumantam  
qamuku, wasinchispi hina  
sientekuytan munanchis [...]”.*

**(Anka)**

*“[...] Todos queremos que nos  
atiendan por igual, aunque seamos de  
otro lugar, queremos sentirnos como  
en casa [...]”.* **(Anka)**

Este discurso manifiesta las expectativas que tiene una persona que ha vivenciado y reconocido los obstáculos que se generan a raíz de la barrera lingüística. En adición, es crucial no solo prestar atención a esta barrera, sino que se debe procurar una relación empática y bidireccional que sea capaz de convertir el entorno hospitalario en un espacio más amigable y acogedor (20).

La idea de que los profesionales aprendan el idioma y puedan comunicarse con las personas quechuahablantes fue contemplada por los entrevistados debido a que podría facilitar la relación terapéutica.

<i>"[...] Allinmi kanman hampikuna runasita rimaptinga. Achka unquqkuna urqkunamanta hamuqkuna beneficiakunmanku sichus rimayninchikpi rimayta atiptinkuqa, manam kastillanupi entiendenchikchu imatapas [...]"</i>	<i>"[...] Sería bueno que los profesionales de la salud aprendieran quechua. Muchos pacientes que venimos de la sierra nos beneficiaríamos si ellos pudieran comunicarse en nuestro idioma porque muchas veces no entendemos lo que nos dicen [...]"</i>
<b>(Wachwa)</b>	<b>(Wachwa)</b>

A diferencia del uso de intérpretes, que era una de las estrategias empleadas para enfrentar la barrera lingüística según Saito et al. (14), los entrevistados quechuahablantes expresaron que el beneficio sería mayor si los profesionales dominaran la lengua. Pero, ¿de qué herramientas disponen los profesionales para fomentar el diálogo con las personas quechuahablantes durante la atención en salud?

En su gran mayoría, los profesionales de salud no dominan las lenguas originarias en el contexto urbano, lo que obliga a las personas quechuahablantes a adaptarse a una comunicación limitada o asumir que esto generará una barrera para la comprensión de sus necesidades (10).

"[...] *Manam quechuataqa rimarqakuchu, chaymi kastillanu simipi kutichiyta atirqani entiendewanankupaq hinaspa cuidawanankupaq. Tantiaykupti allinmi karqa, ichaqa mana tantiaykupti hukmanyasqa tarikurqani, manam allintachu tantiachiwanku [...]*". **(Kuntur)**

*"[...] Ellos no hablaban quechua, así que trataba de responder en castellano para que me entendieran y me cuiden. Cuando entendía, todo era normal, pero cuando no comprendía, me frustraba porque no explicaban bien las cosas [...]"*. **(Kuntur)**

Al existir una comunicación limitada, se genera desconcierto respecto al proceso de recuperación. Como indica Carrera (10), los profesionales de salud en su mayoría no están preparados culturalmente para brindar una atención integral y la fluidez en la comunicación se complica cuando hay un intérprete de por medio. Esto deja fuera de plano la relación enfermero-paciente y puede generar frustración en ambos al no comprenderse mutuamente, lo que a menudo resulta en una pérdida de conexión emocional y empatía (30).

A partir de esta subcategoría surge la idea de fomentar el aprendizaje del idioma quechua para facilitar una relación de cuidado, pues el dominio del quechua por parte de los profesionales no solo mejoraría la calidad de la atención, sino que también permitiría trascender los límites de la diversidad cultural. El diálogo intercultural es parte del enfoque de las competencias interculturales que debe poseer todo enfermero para responder pertinentemente a las necesidades de un ser humano. Esto no solo refiriéndose al idioma sino también a su cultura, asumiendo

que la comprensión de su cosmovisión permite vivenciar junto al paciente la transición salud-enfermedad (27, 31).

Para concluir, se recomienda que las escuelas profesionales de enfermería promuevan la enseñanza de un segundo idioma durante la formación profesional, el cual no debe ser necesariamente el inglés, sino que desde la perspectiva del cuidado transcultural se debe priorizar la enseñanza de lenguas originarias. Además, se debe considerar las necesidades de la población quechuahablante llevando este conocimiento a la práctica profesional y fusionándose con las competencias de comunicación. Otras alternativas incluyen la integración de cursos acerca de la transculturalidad en enfermería como parte del cuidado holístico. De este modo, garantizar que los establecimientos de salud, en sus distintos niveles de atención, cuenten con personal que no solo hable este idioma, sino que también posea conocimientos sobre transculturalidad en el contexto de atención. Esto permitirá asegurar que la información logre ser comprendida por el paciente, fomentando la autonomía sobre su cuidado y logrando que el paciente se sienta como en casa (27, 28).

#### **Categoría IV: Prácticas culturales de la salud**

Esta categoría encapsula la esencia de la cultura quechua, donde la comunidad se fundamenta en sus costumbres, creencias y tradiciones. A diferencia del enfoque biomédico, que tiende a comprender la salud en términos únicamente físicos y biológicos, la medicina tradicional refleja una conexión profunda con la cosmovisión andina. En este contexto, el uso de hierbas medicinales y la realización de rituales no solo sirven como métodos de tratamiento, sino que son componentes

esenciales en el proceso de sanación integral que abarca el cuerpo, la mente y el espíritu (6).

Las personas que conforman la cultura quechua mantienen de forma arraigada sus métodos de sanación que incluyen la medicina tradicional. Cruz (9) habla acerca de la aceptación, por parte del profesional de salud, hacia las costumbres, creencias y rituales de la persona durante una transición salud-enfermedad, es decir, la cultura de salud. Finalmente, indica que hace falta validar estas prácticas dentro de los establecimientos de salud.

<i>“[...] imapas nanawaqtin, wiksay hina, maskhaq kani manzanilla otaq qurakunata hinaspa t’impuchispa chayta upyaqani, chaywanqa hampikurqani... k’irikunata hap’ispaykuqa chakramanta qurakunata maskhaq kayku, chaykunatan wataykuq kayku, aswan allin kananpaq [...]”.</i> <b>(Waman)</b>	<i>“[...] Cuando algo me dolía; la barriga por ejemplo, buscaba manzanilla o hierbas y las hacía hervir y eso tomaba, con eso mejoraba... cuando nos hacíamos heridas, buscábamos hierbas del campo y lo molíamos, nos emplastábamos y nos amarrábamos para que mejore [...]”.</i> <b>(Waman)</b>
---	---

Por otro lado, cuando se trata de enfrentar una dolencia, los entrevistados expresan que antes de buscar atención en un establecimiento de salud, prefieren recurrir a métodos tradicionales, ya que les resulta más confiable y rápido emplear estas prácticas de salud, incluso en la curación de heridas. Mientras que, recurrir a un establecimiento de salud les resulta una buena opción solo cuando enfrentan dolencias graves que no ceden ante sus métodos de sanación (12).

La confianza en la medicina tradicional es algo que trasciende generaciones. La población quechua aprendió que mediante rituales puramente espirituales podían lograr la sanación de los enfermos. Es así que, desde el punto de vista de la disciplina de enfermería, Leininger (21) invita al profesional a incluir estos aspectos sin dejar de lado el conocimiento científico durante la práctica del cuidado, buscando preservar la cultura del individuo.

<p>" [...] <i>Unquruptiyimi hatun taytayqa hampiq karqa, sarapi kaqkunatam qawaq. Huk kutinmi, huk ritualta ruwawarqa hinaspam hampiarqa; paymanmi agradeciku. Mana chaypaq kaptinqa, manam yachanichu ima pasanantaqa [...]</i>".</p>	<p>"[...] <i>Cuando me enfermaba, mi abuelito era curandero, él podía ver en el maíz lo que tenía. Una vez, me hizo un ritual y me curó; me recuperé gracias a él. Si no fuera por eso, no sé qué hubiera pasado [...]</i>". <b>(Wachwa)</b></p>
--	--

**(Wachwa)**

<p>"[...] <i>Aswan allinpaqmi qhawarini qurakunata, pachamama hampikunata, suero de Tocosh, Tocosh apita, sangre de grado, masa (guanábana) chaykunata... Diospi iñiyuyqmi kani, chaymi natural kaqkunata akllani [...]</i>". <b>(Pichwsa)</b></p>	<p>"[...] <i>Prefiero las hierbas y remedios naturales como suero de tocosh, mazamorra de tocosh, sangre de grado y guanábana en licuado... Tengo fe en Dios, por eso elijo cosas naturales [...]</i>". <b>(Pichwsa)</b></p>
--	--

La población quechuahablante considera también que los remedios naturales son una fuente de sanación cuando se acompaña de la fe en Dios, creando una conexión entre la naturaleza y el espíritu para mantener un estado de bienestar óptimo. La fe

forma parte de la concepción del mundo del ser humano, tal como lo sostiene Leininger; para la persona quechuahablante, la conexión generada a través de los rituales brinda un sentido de esperanza y apoyo que complementa el tratamiento médico (21).

Al igual que en la investigación de Rojas y Hahn (12), quienes concluyen que el hospital es una última opción para la población Emberá, este punto de vista también es compartido por los entrevistados quechuahablantes y a partir de esta categoría, se puede inferir que la medicina tradicional es priorizada sobre la necesidad de acudir a un hospital.

Además, Torres et al. (32) mencionan que los profesionales de enfermería en sus atenciones fomentan un enfoque de interculturalidad al fusionar las prácticas de medicina tradicional y científica. Por ello, la integración de estas prácticas en el cuidado de la salud podría ser vital para lograr un enfoque integral en la atención de los pacientes quechuahablantes, con la finalidad de mantener un equilibrio con sus prácticas de salud.

En síntesis, tal y como afirma Leininger (21), una persona con cultura distinta puede ser capaz de guiar al profesional sobre el cuidado que necesita recibir. A su vez, el profesional, desde el punto de vista de la enfermería transcultural, debe sensibilizarse sobre los patrones culturales del otro y tomar decisiones para preservar, adaptar o reorganizar las prácticas de cuidado. De esta manera, el enfermero reconoce que la imposición de las normas hospitalarias es contraproducente, por lo que debe adoptar una visión transcultural que le permita salvaguardar las costumbres del paciente para garantizar un cuidado culturalmente congruente y competente (27).

## V. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO

Respecto a las limitaciones del estudio, es importante resaltar que por su enfoque y diseño revela experiencias particulares de lo que sucede en la hospitalización de personas quechuahablantes, por lo que sus resultados no son generalizables, sino que develan el significado de esta transición para los participantes en específico.

En cuanto al idioma quechua y sus diversas variantes, esto representó una limitación potencial para la pesquisa. No obstante, se utilizó el quechua Wanka, que es un variante ampliamente comprendida y funcional, facilitando la comunicación durante las entrevistas. Además, cuando surgía alguna palabra desconocida para el participante, se aclaraba su significado para asegurar la comprensión y la fidelidad de los datos.

Además, cabe mencionar que el Perú alberga numerosos pueblos originarios de distintas regiones, evidenciando su gran diversidad cultural. Por lo que, esta investigación sirve como base para replicar investigaciones en otros grupos culturales lo que generará nuevos conceptos y enfoques sobre el cuidado transcultural en el contexto peruano.

Los resultados de esta investigación reflejan exclusivamente la perspectiva de las personas quechuahablantes como paciente hacia el cuidado que brinda el enfermero. Sin embargo, es necesario abordar estos aspectos considerando la perspectiva del profesional para comprender en mayor profundidad este fenómeno.

Finalmente, se recomienda a las instituciones formadoras de profesionales de la salud incorporar en la malla curricular asignaturas orientadas a la interculturalidad, identidad cultural, estrategias para el abordaje integral de

personas pertenecientes a contextos culturales distintos, así como el fortalecimiento del conocimiento de lenguas originarias, con la finalidad de promover una atención culturalmente competente.

A los establecimientos de salud, se les recomienda gestionar e implementar una unidad intercultural que permita la formación, captación y fortalecimiento de profesionales de la salud con competencias culturales, orientadas a brindar un cuidado holístico, humanizado y pertinente a personas de diversa procedencia cultural.

A los profesionales de la salud se les recomienda desarrollar y fortalecer estrategias creativas de comunicación, mediante el uso de recursos didácticos como imágenes que representen, por ejemplo, los procedimientos que se realizarán como administración de medicamentos, colocación de dispositivos, toma de signos vitales o el uso de rotafolios detallando situaciones específicas de su hospitalización como la educación sobre la enfermedad, las dietas y su utilidad, los dispositivos médicos y tecnología solo por mencionar algunos ejemplos, así la persona tendría noción de lo que sucede en su estancia y esto facilitaría la interacción con personas pertenecientes a contextos culturales distintos. Además, en estas interacciones el paciente podría responder mediante alguna manifestación de aceptación o rechazo frente a las indicaciones brindadas, como el asentimiento con la cabeza u otras expresiones gestuales. Asimismo, se sugiere potenciar el uso del lenguaje no verbal mediante saludos, gestos o señas como recurso comunicativo complementario y gestionar la participación de un intérprete, como un familiar o persona cercana en la hospitalización, que favorezca la relación

terapéutica enfermero–paciente y contribuya a una atención integral y humanizada.

A la comunidad científica, se recomienda ampliar el presente estudio desde la perspectiva del profesional de enfermería, replicarlo en otros contextos culturales del país, validar las prácticas culturales descritas y desarrollar modelos teóricos o instrumentos de comunicación con traducciones simples de términos médicos o preguntas básicas aplicables a la atención intercultural en el sistema de salud peruano.

## VI. CONCLUSIONES

En conclusión, los hallazgos del estudio evidencian que el cuidado brindado a la persona quechuahablante en el contexto hospitalario se desarrolló en un escenario de ruptura con su estilo de vida y hábitos cotidianos, profundamente arraigados en su cultura. La transición hacia un entorno institucional implicó modificaciones significativas en prácticas esenciales como la alimentación tradicional, la vestimenta, el descanso y las formas de higiene, lo que influyó de manera directa en su percepción del cuidado transcultural.

Si bien la presencia del profesional de enfermería contribuyó a atenuar las barreras idiomáticas y favoreció la comprensión en algunos momentos del proceso de atención, la limitada comunicación intercultural condujo, en otros casos, a un cuidado centrado principalmente en lo procedimental, relegando el componente humanístico. Asimismo, la escasa adaptación de las prácticas de cuidado a las costumbres culturales de esta población profundizó el distanciamiento de su forma de vida, generando sentimientos de incompreensión y vulnerabilidad. Estos resultados resaltan la necesidad de fortalecer un cuidado de enfermería culturalmente congruente, que reconozca e integre los valores, hábitos y creencias de la persona quechuahablante como eje fundamental para una atención integral y humanizada.

En relación con el proceso comunicativo durante el cuidado enfermero de la persona quechuahablante hospitalizada, se concluye que dicho proceso se vio profundamente condicionado por la barrera idiomática, configurándose en distintos modos de comunicación: nula, verbal limitada, unidireccional y bidireccional mediada por intérprete. Estas formas comunicativas evidenciaron una comprensión

parcial o inexistente del proceso de salud-enfermedad, lo que limitó la expresión de necesidades, emociones y prácticas culturales, debilitando la relación terapéutica enfermero-paciente.

Asimismo, la ausencia de una comunicación directa en quechua favoreció un cuidado centrado en lo procedimental, con escasa humanización e insuficiente integración del contexto cultural de la persona. Si bien el uso de intérpretes permitió una aproximación comunicativa, esta no garantizó una comprensión intercultural ni el establecimiento de un vínculo de confianza. En consecuencia, el proceso comunicativo durante el cuidado enfermero se interpretó como fragmentado y poco congruente culturalmente, lo que resalta la necesidad de fortalecer competencias lingüísticas e interculturales en los profesionales de enfermería para asegurar una atención integral, equitativa y humanizada.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rengifo Vásquez G. Identidad cultural y Lenguaje [Internet]. Lima: Proyecto Andino de Tecnologías Campesinas; 2001 [citado 24 de noviembre de 2023]. 92 p. Disponible en: <https://www.pratec.org/wpress/pdfs-pratec/identidad-cultural-y-lenguaje.pdf>
2. Arce F. El quechua, idioma milenario [Internet]. Parlamento Andino - Perú. 2023 [citado el 24 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.parlamentoandino.org.pe/el-quechua/#:~:text=El%20quechua%20es%20una%20lengua,la%20identidad%20nacional%20del%20Per%C3%BA.>
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: resultados definitivos de los Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas, Tomo I [Internet]. Lima: INEI; 2018 [citado 24 de noviembre de 2023] p. 837. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1544/00TOMO\\_01.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1544/00TOMO_01.pdf)
4. Andrade L. Diez noticias sobre el quechua en el último censo peruano. Let Lima. [Internet]. 2019 [citado 24 de noviembre de 2023]; 90(132):41-70. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2071-50722019000200002](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-50722019000200002)
5. Repositorio Único Nacional de Información en Salud [Internet]. Lima: REUNIS; c2023. Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios. Tablero de

Control; 23 de agosto 2023 [citado 24 de noviembre de 2023]. Disponible en:

[https://public.tableau.com/views/ETNIA/POBLACION?%3Aembed=y&%3AshowVizHome=no&%3Ahost\\_%20url=https%3A%2F%2Fpublic.tableau.com%2F&%3Aembed\\_code\\_version=3&%3Atabs=no&%3Atooltips\\_bar=yes&%3Aanimate\\_transition=yes&%3Adisplay\\_static\\_image=no&%3Adisplay\\_spinner=no&%3Adisplay\\_overlay=yes&%3Adisplay\\_count=yes&%3Alanguage=es&%3ALoadOrderID=0](https://public.tableau.com/views/ETNIA/POBLACION?%3Aembed=y&%3AshowVizHome=no&%3Ahost_%20url=https%3A%2F%2Fpublic.tableau.com%2F&%3Aembed_code_version=3&%3Atabs=no&%3Atooltips_bar=yes&%3Aanimate_transition=yes&%3Adisplay_static_image=no&%3Adisplay_spinner=no&%3Adisplay_overlay=yes&%3Adisplay_count=yes&%3Alanguage=es&%3ALoadOrderID=0)

6. Ministerio de Salud. Propuesta de modelo de atención en TB con enfoque interculturalidad: Estudio de migración de los pacientes en comunidades quechuas. [Internet]. Lima: MINSA; 2013 [citado 24 de noviembre de 2023]. Informe final. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/322666-propuesta-de-%20modelo-de-atencion-en-tb-con-enfoque-interculturalidad-estudio-de-migracion-de-los-%20pacientes-en-comunidades-quechuas-informe-final>
7. Nuñez S, Ramirez P, Gil M, Abarca ML, Solís JF. El Proceso de Atención de Enfermería como instrumento de investigación. Dilemas Contemp Educ Política Valores [Internet]. 1 de enero de 2023 [citado 24 de noviembre de 2023]; 2:17. Disponible en: <https://dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/3555>
8. Larsen R, Mangrio E, Persson K. Interpersonal Communication in Transcultural Nursing Care in India: A Descriptive Qualitative Study. J

- Transcult Nurs [Internet]. 1 de julio de 2021 [citado 24 de noviembre de 2023]; 32(4):310-7. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1043659620920693>
9. Cruz A. Experiencia de calidad de atención a usuarias quechuahablantes en un servicio público de Apurímac, 2023. [tesis de maestría en Internet] Perú: Universidad César Vallejo, 2023 [citado 24 de noviembre de 2023]. 77 p. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/123061>
  10. Carrera KF. Cuidado Transcultural Enfermera- Paciente en el Servicio de Medicina del Hospital Referencial de Ferreñafe – 2019. [Tesis de licenciatura en Internet] Perú: Universidad Señor de Sipán, 2023 [citado 24 de noviembre de 2023]. 76 p. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/11181>
  11. Ortiz MC. La problemática del contacto lingüístico en contextos de salud: Exploración en un hospital del segundo cordón del conurbano bonaerense. *Traslaciones Rev Latinoam Lect Escr* [Internet]. 30 de junio de 2021 [citado 24 de noviembre de 2023]; 8(15):9-32. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9468356>
  12. Rojas JG, Hahn RH. Changing Home: Experiences of the Indigenous when Receiving Care in Hospital. *Investig Educ En Enferm* [Internet]. 9 de noviembre de 2020 [citado 24 de noviembre de 2023]; 38(3). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7885541/>
  13. Origlia P, Hasenberg G, Kurth E, Asefaw F, Pehlke-Milde J, Cignacco E. Communication barriers in maternity care of allophone migrants: Experiences of women, healthcare professionals, and intercultural

- interpreters. *J Adv Nurs* [Internet]. 2019 [citado 24 de noviembre de 2023]; 75(10):2200-10. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.14093>
14. Saito S, Harris MF, Long KM, Lewis V, Casey S, Hogg W, et al. Response to language barriers with patients from refugee background in general practice in Australia: findings from the OPTIMISE study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 6 de septiembre de 2021 [citado 24 de noviembre de 2023]; 21(1):921. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-06884-5>
15. Farias DH, Almeida MF, Gomes GC, Lunardi VL, Vieira E, Lourenção LG. Family culture versus institutional hospital culture: a relation between two worlds. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 16 de agosto de 2021 [citado 24 de noviembre de 2023]; 55:e20200267. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reensp/a/KsMBBqSdGb6GMHMqLXn5T5Q/?lang=en>
16. Cuaila GM. Conocimiento del Quechua y calidad de atención en los establecimientos de salud Huaylas – Ancash 2022. [tesis de maestría en Internet] Perú: Universidad César Vallejo, 2022 [citado 24 de noviembre de 2023]. 67 p. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/100683>
17. Hidalgo V. Cultura, multiculturalidad, interculturalidad y transculturalidad: evolución de un término. *UTE Teach Technol Univ Tarracon* [Internet]. 2005 [citado 24 de noviembre de 2023];(1):75-85. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3564558>

18. Potter PA, Stockert PA, Perry A, Hall AM, Ostendorf, WR. Cuidar en la práctica enfermera. En: Elsevier, editores. Fundamentals of nursing [Internet]. 9ª ed. St. Louis, Miissouri: Elsevier; 2017. [citado 24 de noviembre de 2023]. 7, 89-100. Disponible en:<https://www.clinicalkey.com/student/nursing/content/book/3-s2.0-B9788413824222000074#hl0000583>
19. Amengual G. El concepto de experiencia: de Kant a Hegel. Tópicos [Internet]. diciembre de 2007 [citado 24 de noviembre de 2023]; (15):1-20. Disponible en:[https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1666-485X2007000100001](https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1666-485X2007000100001)
20. Arredondo CP, Siles J. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Index Enferm [Internet]. marzo de 2009 [citado el 24 de noviembre de 2023]; 18(1):32-6. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962009000100007&script=sci\\_abstract](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962009000100007&script=sci_abstract)
21. Aguilar O, Carrasco MI, García MA, Saldivar A, Ostiguín RM. Madeleine Leininger: un análisis de sus fundamentos teóricos. Enferm Univ [Internet]. 2007 [citado 24 de noviembre de 2023]; 4(2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3587/358741822005.pdf>
22. Im EO. Afaf Meleis: La teoría de las transiciones. En: Elsevier, editores. Modelos y teorías en enfermería [Internet]. 10ª ed. Filadelfia: Elsevier; 2021. [citado 24 de noviembre de 2023].p 306-319. Disponible en:

<https://www.clinicalkey.com/student/nursing/content/book/3-s2.0-B9788413822990000200>

23. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación [Internet]. 6ª ed. México, D.F: McGraw-Hill; 2014. [citado 24 de noviembre de 2023]. 632 p. Disponible en:<https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
24. Díaz L, Torruco U, Martínez M, Varela M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investig En Educ Médica [Internet]. septiembre de 2013 [citado 24 de noviembre de 2023]; 2(7):162-7. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-50572013000300009](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009)
25. Realpe SC. Cultura alimentaria desde la cosmovisión de los pueblos indígenas. Bol Informativo CEI [Internet]. 2021 [citado el 9 de febrero de 2025];8(2):106–11. Disponible en: <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/2690>
26. Pomaina BS, Quinaluiza JI, Shagñay AI, Anilema CA. Iconografía, simbolismo e indumentaria de la nación Puruhua, uso cultural y social vigente. Revista Enfoques [Internet]. 2021[citado el 9 de febrero de 2025];5(19):183–200. Disponible en: <https://revistaenfoques.org/index.php/revistaenfoques/article/view/118>
27. Álvarez R, Catalán SS, Morales MS, Wolfgang HR. Competencias

- culturales en la gestión del cuidado en pacientes culturalmente diversos: Revisión de alcance. RUE [Internet]. 2025 [citado el 9 de febrero de 2025];20(1). Disponible en: <https://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/436/556>
28. Cieza GL, Chávez PL, Catpo GKP. La interculturalidad como pilar de la comunicación terapéutica en enfermería. Rev Enferm Hered [Internet]. 2024 [citado el 9 de febrero de 2025];17:e5959. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/5959/6021>
29. Florez EIC, Castellanos FYE, Quemba MMP, Vargas RLY. Comunicación terapéutica y terapia narrativa: aplicaciones en el cuidado de enfermería. Rev. cienc. ciudad. [Internet]. 1 de septiembre de 2023 [citado 9 de febrero de 2025];20(3):74-87. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/3854/5251>
30. Villagrán CKN, Hernández REH, García ZG, Jaimes PCL. La comunicación con población cultural y lingüísticamente diversa desde la Atención Primaria. Semergen [Internet]. 2024 [citado 9 de febrero de 2025];50(4):102149. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2023.102149>
31. Cadena NO, Chaves CA, Espinel GOB, Galvis MLV. Competencias interculturales en la formación del profesional de Enfermería. Bol Informativo CEI [Internet]. 2021 [citado el 9 de marzo de 2025];8(1):179–83. Disponible en: <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/article/>

[view/2575](#)

32. Torres JE, Santos SA, Arce VC, Romero HR. Factores interculturales que inciden en la atención de enfermería. Centro de salud tipo c venus de valdivia la libertad. jah [Internet]. 2021 [citado el 9 de marzo de 2025];4(1):90–107. Disponible en: <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/67/141>

## VIII. TABLAS Y FIGURAS

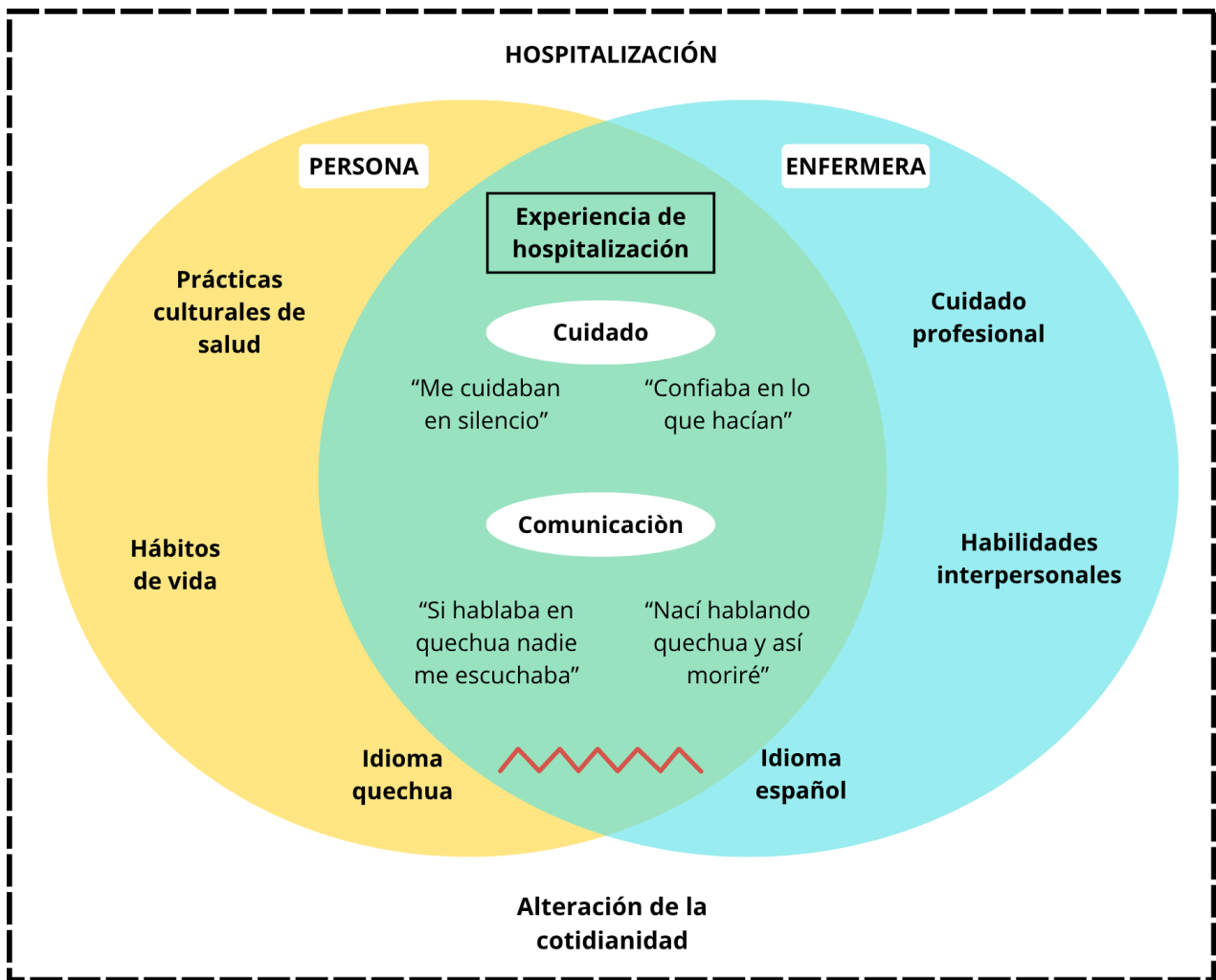
**Tabla 1: Aspectos sociodemográficos de los participantes entrevistados**

<b>Número</b>	<b>Seudónimo</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Procedencia</b>	<b>Tiempo de hospitalización</b>
E1	Kuntur	80	M	Vilcashuaman	9 días
E2	Urpi	72	F	Ayacucho	10 días
E3	Yutu	83	F	Cusco	7 días
E4	Waman	74	F	Acobamba	14 días
E5	Tuku	69	F	Cusco	20 días
E6	Killin	54	F	Ancash	5 días
E7	Anka	70	M	Apurimac	2 días
E8	Wachwa	65	F	Huancavelica	10 días
E9	Pichiwsa	57	F	Cusco	5 días

**Tabla 2: Categorías de análisis de la experiencia de hospitalización de personas quechuahablantes**

<b>Categoría</b>	<b>Significado</b>	<b>Subcategoría</b>
<b>I. Alteración de la cotidianidad durante la hospitalización: actividades de la vida diaria</b>	Cambios que experimentan las personas quechuahablantes durante su hospitalización respecto a sus rutinas habituales.	
<b>II. Enfoque transcultural del proceso del cuidado enfermero desde la experiencia de las personas quechuahablantes</b>	Valor otorgado al cuidado brindado por el profesional de enfermería desde el lado humanístico, el respeto hacia la cultura y la presencia.	
<b>III. Proceso comunicativo durante el cuidado de enfermería a la persona quechuahablante hospitalizada</b>	Desafíos comunicativos presentes durante la relación enfermero-paciente y actitudes para emplear alternativas ante la barrera idiomática.	- 3.1 El idioma como obstáculo comunicativo - 3.2 Aprender quechua para la apertura a la comunicación
<b>IV. Prácticas culturales de la salud</b>	Forma propia de la cultura quechua para cuidar de su salud frente al contexto hospitalario y la recuperación.	

**Figura 1:** Esquema de las experiencias de hospitalización de las personas quechuahablantes



## ANEXOS

### ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO VERBAL PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

(Adultos)	
<b>Título del estudio:</b>	Transculturalidad desde la experiencia de hospitalización de personas quechuahablantes, Lima 2024
<b>Investigador (a):</b>	<a href="#">Erik Aliaga Bazan</a> y <a href="#">Ruth Elizabeth Rivas Lopez</a>
<b>Institución:</b>	Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH)

#### Propósito del estudio:

Buenos días, Sr./Sra.:

Es un honor invitarlo a participar de esta investigación titulada “**Transculturalidad desde la experiencia de hospitalización de personas quechuahablantes**”, desarrollada por investigadores de la Facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Esta investigación busca conocer como usted vivenció el cuidado enfermero cuando estuvo hospitalizado, teniendo una cultura y lengua distinta a la de muchos profesionales que atienden en los hospitales de Lima. Su participación sería muy valiosa para ampliar los conceptos sobre el cuidado transcultural en nuestra disciplina.

#### Procedimientos:

Si decide participar en este estudio se realizará lo siguiente:

1. Primero, usted firmará este consentimiento luego de una explicación detallada de los objetivos, riesgos y beneficios del estudio.
2. Segundo, acordaremos la fecha y hora según su disponibilidad para realizar la entrevista en el local comunal del Asentamiento humano Huáscar - Belén, la duración aproximada es de 30 minutos y el audio será grabado previa autorización (si no desea que se grabe, se registrará sus respuestas por escrito). La entrevista iniciará preguntando si:

***Usted autoriza la grabación de la entrevista Sí ( ) No ( )***

3. Tercero, usted responderá las preguntas planteadas por el entrevistador, si no desea responder alguna se continuará con la siguiente pregunta y en caso de que hubiera desplazamiento de emociones contamos con un psicólogo a su disposición que le apoyará.
4. Cuarto, al culminar la entrevista usted recibirá un tríptico y una sesión educativa de 10 minutos sobre los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud como beneficio por haber participado.

#### Riesgos:

Existe un riesgo mínimo al participar, puesto que durante la entrevista se corre el riesgo de tocar temas sensibles. Contamos con un plan de contingencia en caso de desplazamiento de emociones. Primero, si identificamos gestos de tristeza o llanto, estaremos dispuestos a escucharlo y darle apoyo; si esto no es manejable por nosotros, usted recibirá ayuda del psicólogo y el intérprete, quienes estarán disponibles durante la entrevista.

### **Beneficios:**

Le brindaremos un tríptico sobre los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud (según la ley 29414), en quechua. Si no pudiera leer, le haremos ver y/o escuchar el vídeo en la página de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) en quechua.

### **Costos y compensación**

No deberá pagar nada por participar en el estudio, recibirá una compensación por gastos de transporte y/o un refrigerio por el tiempo brindado.

### **Confidencialidad:**

Le podemos garantizar que la información que usted brinde es absolutamente confidencial y será codificada, solo los investigadores tendrán acceso a ella.

### **Derechos del participante:**

Si decide participar en el estudio, usted puede retirarse de éste en cualquier momento sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte o llame al Sr. Erik Aliaga Bazan, al teléfono [REDACTED].

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Dr. Manuel Raúl Pérez Martinot, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico: [orvei.ciei@oficinas-upch.pe](mailto:orvei.ciei@oficinas-upch.pe)

Asimismo, puede ingresar a este enlace para comunicarse con el Comité Institucional de Ética en Investigación UPCH: <https://investigacion.cayetano.edu.pe/etica/ciei/consultasquejas>

**Una copia de este consentimiento informado le será entregada.**

### **Declaración del Investigador:**

Yo declaro que el participante ha leído y/o escuchado la descripción del proyecto, he aclarado sus dudas sobre el estudio, y ha decidido participar voluntariamente en él. Se le ha informado que los datos que provea se mantendrán anónimos y que los resultados del estudio serán utilizados para fines de investigación.

---

**Nombres y  
Apellidos  
Investigador**

---

**Firma**

---

**Fecha y Hora**

---

**Nombres y  
Apellidos  
Investigador**

---

**Firma**

---

**Fecha y Hora**

---

**Nombres y  
Apellidos  
Participante**

---

**Firma**

---

**Fecha y Hora**

## ANEXO 2:

### RIMASQA CONSENTIMIENTO RUWAY PARTICIPANAPAQ INVESTIGACIONMANTA

(Adultos)		
<b>Título del estudio:</b>	Transculturalidad	runasimikunapa hampinawasipi yachaykunamanta, Lima 2024
<b>Investigador (a):</b>	<a href="#">Erik Aliaga Bazan</a> y <a href="#">Ruth Elizabeth Rivas Lopez</a>	
<b>Institución:</b>	Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) yachay huasi	

#### Propósito del estudio:

Allin punchaw taytay/mamay:

Sumaq allinmi ñuqapa kay yachaypi kanaykipa invitayki, sutinmi **“Transculturalidad runasimikunapa hampinawasipi yachaykunamanta, Lima 2024”**, hatun yachay wasi Universidad Peruana Cayetano Heredia Facultad de Enfermería nisqamanta yachaykuna ruwasqan.

Kay investigacionqa maskan yachayta imaynatam experimentarqanki enfermería cuidadota hampinawasipi kachkaptiyki, hukniray culturayuq hinaspa rimayniyuq achka profesionalkunamanta Lima hampinawasipi cuidaƣkunamanta. Participacionnikichikqa ancha chaniyuqmi kanman disciplinanchikpi cuidado transcultural nisqamanta hamutaykunata mastarinapaq.

#### Procedimientos:

Sichus kay yachaypi participanaykipaq munanki, kaykunatan ruranki

- Ñawpaqtaqa, kay consemientota firmanki, chay estudiopa objetivos, riesgos y beneficios nisqamanta allinta sut'inchasqa kaptin.
- Iskay, rimanakusaqku p'unchaypi, horapi ima kasqaykiman hina, chay entrevistata ruwanaykupaq local comunal nisqapi Asentamiento Humano Huáscar - Belén nisqapi, yaqa 30 minuto nisqa, chay audio nisqataqmi grabasqa kanqa ñawpaqmantaraq autorizacionwan (si mana munankichu grabasqa kananta, kanqa grabanqa kutichiyniykikunata qelqapi). Entrevista qallarinqa tapuspa sichus:

**Qammi autorizanki entrevistata grabanankupaq Arí ( ) Manam ( ).**

- Kimsa kaq, tapuqpa tapusqankunata kutichinki Sichus mana mayqintapas kutichiyta munankichu chayqa, qatiq tapukuywan puririy hinaspa sichus desplazamiento de emociones kanman chayqa, huk psicólogo nisqayuqmi kayku, paymi yanapasunki .
- Tawa, entrevista tukuptinqa chaskinkim huk folletota hinaspa 10 minutos yachasun derechos usuarios de servicios de salud nisqamanta, chaymi beneficio participasqaykimanta.

#### Riesgos:

Participakuypiqa pisilla riesgo kan, entrevista ruwaypiqa riesgo kanmi sasa temakunamanta. Ichaqa, huk plan de contingencia nisqatan qatikusun, sichus llaquinay otaq sasachay qamuptin. Sichus llakisqa otaq waqanas rikankunki, liston kasunchi chaykunata uyarispa yanapananchispaq; Sichus kay mana ñuqaykupa amachay atisunchu, psicólogom yanapayta qusunki, paykunaqa entrevista ruwaypin kanqanku.

### **Beneficios:**

Qusqaykiku huk folletota derechos de usuarios de servicios de salud (ley 29414 nisqaman hina), quechua simipi. Mana ñawiriyta atispaqa, Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) nisqapa web nisqanpi quechua simipi videota qawanaykipaq hinaspa/utaq uyarinaykipaq ruwasqaykiku.

### **Costos y compensación**

Manan imatapas paganaykichu kanqa estudiopi participanaykipaq, pasajetam chaskinki nicisitaptiki hinallataq/utaq huk tantata chay tiempo qosqaykimanta.

### **Confidencialidad:**

Imatapas willasaykita mana limasunchu huk nunakunawan, ñuqakunallam kay limasanchiqta sirvichikusun

### **Derechos del participante:**

Sichus decidinki chay estudiopi participanaykipaq chayqa, atiwaqmi ima ratopas chay estudiantomanta lloqsiyta mana ima dañotapas. Sichus ima tapukuyniykipas kan chayqa, tapukuy utaq waqyay tayta Erik Aliaga Bazán allamunki, chilliku [REDACTED].

Sichus tapukuyniyki kan kay aspectos éticos kaqmanta kay estudio kaqmanta, utaq creenki kay mana chanin tratasqa kasqaykita, kay Dr. Manuel Raúl Pérez Martinot, umalliq kay Comité Ética de Investigación Institucional Universidad Peruana Cayetano Heredia kaqmanta kay telefono numeroman 01-3190000 kaqman rimayta atinki anexo 201355 nisqapi utaq kay correo electrónico nisqapi: [orvei.ciei@oficinas-upch.pe](mailto:orvei.ciei@oficinas-upch.pe)

Chaynallataqmi kay link nisqaman yaykuyta atinki Comité de Ética de Investigación Institucional nisqawan rimanaykipaq:

<https://investigacion.cayetano.edu.pe/etica/ciei/consultasquejas>

### **Kay willasqa consentimientomanta huk copia qusunki.**

### **Declaración del Investigador:**

Declarani chay participanteqa qawarqa chay proyectopa willakuyninta, chuyancharqanim iskayrayayninta chay estudiantomanta, hinaspa tantearuni voluntariamente chaypi participanaypaq. Willasunkichikmi qusqayki datukuna mana riqsisqa kananmanta, chaymanta chay estudio ruwasqaykimanta investigacionpaq kananmanta.

---

**Nombres y  
Apellidos  
Investigador**

---

**Firma**

---

**Fecha y Hora**

---

**Nombres y  
Apellidos  
Investigador**

---

**Firma**

---

**Fecha y Hora**

---

**Nombres y  
Apellidos  
Participante**

---

**Firma**

---

**Fecha y Hora**

## ANEXO 3:

### TRÍPTICO LEY N° 29414

#### 1 Derecho al Acceso a los Servicios de Salud

- A la atención de emergencia, sin condicionamiento de pago o la presentación de documento alguno.
- A la libre elección del médico o establecimiento de salud.
- A recibir atención con libertad de juicio clínico.
- A una segunda opinión médica.
- Al acceso a los servicios de salud, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios.



! Para **PRESENTAR UN RECLAMO** debes acudir a su:

Establecimiento de salud o aseguradora en salud



#### 2 Derecho al Acceso a la Información

- A ser informado adecuada y oportunamente de sus derechos en calidad de persona usuaria.
- A conocer el nombre del médico responsable de su atención, así como de los profesionales a cargo de los procedimientos.
- A recibir información necesaria y suficiente, con amabilidad y respeto, sobre las condiciones para el uso de los servicios de salud, previo a recibir la atención.
- A recibir información necesaria y suficiente sobre su traslado dentro o fuera del establecimiento de salud; así como otorgar o negar su consentimiento, salvo justificación del representante del establecimiento de salud.
- A recibir del establecimiento de salud información necesaria y suficiente, sobre las normas, reglamentos y/o condiciones administrativas vinculadas a su atención.
- A recibir de su médico tratante y en términos comprensibles, información completa, oportuna y continuada sobre su propia enfermedad y sobre las alternativas de tratamiento.
- A decidir su retiro voluntario del establecimiento de salud, expresando esta decisión a su médico tratante.
- A negarse a recibir o continuar un tratamiento.
- A ser informado sobre la condición experimental de productos o procedimientos, así como de sus riesgos y efectos secundarios.



#### 3 Derecho a la Atención y Recuperación de la Salud

- A ser atendido por el personal de salud autorizado por la normativa vigente.
- A ser atendido con pleno respeto a su dignidad e intimidad, buen trato y sin discriminación.
- A recibir tratamientos científicamente comprobados o con reacciones adversas y efectos colaterales advertidos.
- A su seguridad personal, a no ser perturbado o expuesto al peligro por personas ajenas al establecimiento de salud.
- A autorizar la presencia de terceros en el examen médico o cirugía, previa conformidad del médico tratante.
- Al respeto del proceso natural de su muerte como consecuencia del estado terminal de la enfermedad.



! Para **PRESENTAR UNA DENUNCIA** debes acudir a:

**SUSALUD**



#### 4 Derecho al Consentimiento Informado

- Al consentimiento informado por escrito en los siguientes casos:
  - Cuando se trate de pruebas riesgosas, intervenciones quirúrgicas, anticoncepción quirúrgica o procedimientos que puedan afectar su integridad, salvo en caso de emergencia.
  - Cuando se trate de exploración, tratamiento o exhibición de imágenes con fines docentes.
  - Antes de ser incluido en un estudio de investigación científica.
  - Cuando reciba la aplicación de productos o procedimientos en investigación.
  - Cuando haya tomado la decisión de negarse a recibir o continuar el tratamiento, salvo cuando se ponga en riesgo su vida o la salud pública.
  - Cuando el paciente reciba cuidados paliativos.



Para **CONSULTAS o DENUNCIAS** en todo el Perú llama gratis

**113 SALUD**  
opción 7

#### 5 Protección a los Derechos en Salud

- A ser escuchado y recibir respuesta a su denuncia o reclamo por la instancia correspondiente, cuando se encuentre disconforme con la atención recibida.
- A recibir tratamiento inmediato y solicitar reparación en la vía correspondiente, por los daños ocasionados en el establecimiento de salud.
- A tener acceso a su historia clínica y epicrisis.
- Al carácter reservado de la información contenida en su historia clínica.



Oficina administrativa:  
Av. Velasco Astete N° 1398 Surco - Lima  
Teléfono: (01) 372 8127

Sede Cercado:  
Av. Nicolás de Piérola N° 129 - Cercado de Lima  
Teléfono: (01) 433 3727

Intendencia Macro Regional  
**SUSALUD Norte**  
Calle Francisco Cabrera N° 124  
Ciudad de Chiclayo, Lambayeque  
Teléfono: (074) 499 719

App **SUSALUD Contigo**

Chatbot **AVISUSALUD**  
960-118-7996

Delegados **SUSALUD**  
Oficinas con su chaleco distintivo en los hospitales públicos.

SUSALUDPerú

[www.gob.pe/susalud](http://www.gob.pe/susalud)

## Conoce tus Derechos en Salud

Ley N° 29414  
DS N° 027 - 2015 - SA












Link portal SUSALUD: <http://portal.susalud.gob.pe/conoce-derechos-en-salud/>

## ANEXO N° 4

### TRÍPTICO LEY 29414 EN QUECHUA

#### 1 DERECHO RIY HUQ SALUD RUWAYMAN

- Atención emergencia nisqaman, mana condiciones de pago nisqawan nitaq ima documento nisqatapas rikuchispa.
- Mana qullqiyuq aklana hampiq utaq qhali kay wasi.
- Libre juicio clínico nisqawan atiendesqa kanapaq.
- Iskay kaq hampiq yuyayman.
- Allin hinaspa necesario serviciokuna qhali kaypaq, hampikunaman hinaspa qhali kaypaq rurukunaman haykunankupaq.



#### 2 WILLAYKUNAMAN YAYKUNAPAQ DERECHO

- Allinta hinaspa tiempollanpi derechankumanta willasqa kanankupaq hinaspa usuario hina llusqinankupaq.
- Yachay hampiqpa sutinta, chay hampichikunaykipaq encargakuq, chaynallataq chay ruwaykunata encargakuq profesionalkunapa sutinta.
- Necesario hinaspa suficiente willakuykunata chaskinapaq, sumaq sunquwan hinaspa respetowan, condicionkuna servicio de saludpa llamkaynimanta, manaraq atiendesqa kachkaspa.
- Necesario chaymanta suficiente willayta chaskinaykipaq kay transferenciaykimanta kay qhali kay wasi ukhupi utaq hawapi; hinallataqmi consentimiento nisqa qoy otaq negasqa, mana chay establecimiento de salud nisqapa representante nisqa allinpaq qhawarisqa kaqtinqa.
- Necesario chaymanta suficiente willayta chaskiypaq kay establecimiento de salud kaqmanta kamachiynunamanta, kamachiynunamanta chaymanta/utaq condiciones administrativas kaqmanta kay cuidadoykiwan tinkisqa.

#### 3 DERECHO QHALI KAYMAN HINASPAM ALLINYANANPAQ

- Hampiq hampiqniykimanta chaymanta entiendenapaq términokunapi, hunt'asqa, pachanpi chaymanta sapa kuti willayta kikiyki unquyniykimanta chaymanta hampiy alternativakunamanta chaskinaykipaq.
- Decidinaykipaq voluntariamente llusqiyta hampina wasimanta, kay tanteasqaykita hampiq hampiqniykiman willaspa.
- Mana hampichikuyta chaskiyta utaq hinalla ruwayta munaspa.
- willasqa kananku kay estado experimental kaqmanta kay productos utaq procedimientos kaqmanta, chanta kay riesgos kaqmanta chanta kay efectos secundarios kaqmanta ima.

#### 4 DERECHO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO NISQAMAN

Kay qatiq casokunapi qillqasqa willasqa consentimiento nisqaman:

- Pruebas riesgosas kaqmanta, intervenciones quirúrgicas kaqmanta utaq procedimientos kaqmanta mayqinkunachus integridadninta afectankuman mana casos de emergencia kaqichu
- Exploración nisqamanta rimaspaqa, yachachinapaq hampikuna.

#### 5 QHALI KAYMANTA HAYNIKUNATA AMACHAY

- Manaraq científico investigación nisqa estudioman churasqa kashaspa.
- May'qachus investigasqa rurukunata utaq ruwanakunata chaskinki.
- Hampichikunaykipaq utaq hampichikuyta hinalla ruwanaykipaq tanteasqaykipi, ichaqa vidayki peligrupi kaptin.
- Cuidado paliativo nisqa chaskispa.

#### Qhali Kaymanta DERECHOYKIKUNATA YACHAY

**LEY 29414**  
DS N° 027-2015 - SA

**INVESTIGADORKUNA**

- Erik Aliaga Bazan
- Ruth Rivas Lopez

☎ 978397272

Link: <http://portal.susalud.gob.pe/conoce-derechos-en-salud/>

Traducido por: [Erik Aliaga Bazan](#)

**Nota:** enlaces de los videos, se encuentran organizados en la página de SUSALUD.

- Derecho al acceso a los servicios de salud <https://www.youtube.com/watch?v=-f8NnRSZtvc>
- Derecho al acceso a la información <https://www.youtube.com/watch?v=OWDhWntfjgE>
- Derecho a la atención y recuperación de la salud <https://www.youtube.com/watch?v=eAYW1Qgw5Ms>
- Derecho al consentimiento informado <https://www.youtube.com/watch?v=ye27smdzyP4>
- Derecho a la protección de derechos en salud <https://www.youtube.com/watch?v=qSEMqSNmkTs>

## ANEXO 5:

### GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Código: \_\_\_\_\_

#### INTRODUCCIÓN:

Saludos cordiales estimado (a) señor (a):

Le agradecemos por su disposición para participar en este estudio, el objetivo de esta entrevista es comprender la transculturalidad desde la experiencia de hospitalización de personas quechuahablantes, Lima 2024. Para ello, es importante que nos pueda compartir sus experiencias con total sinceridad, le recordamos que se respetará su confidencialidad de la información que brinde.

#### PRESENTACIÓN:

El propósito de esta entrevista es profundizar en su experiencia de hospitalización mediante algunas preguntas centradas en la relación que tuvo con el enfermero y la diferencia lingüística, recuerde que sus respuestas serán grabadas. Además, si en algún momento desea detener la entrevista se respetará su decisión.

#### DATOS GENERALES:

En esta primera parte le preguntaremos sobre sus datos generales para conocer acerca de usted.

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Tiempo, servicio y establecimiento de hospitalización: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de residencia: \_\_\_\_\_

#### PREGUNTAS:

A continuación, le invitamos a compartimos sus respuestas acerca de las siguientes preguntas:

- Explíqueme: ¿Cómo fue su experiencia de hospitalización?
- ¿Cree usted que su idioma dificultó el hecho de comunicarse con las demás personas durante su hospitalización? ¿Por qué?
- Cuénteme: ¿Cómo fue su relación con la enfermera durante su hospitalización?
- ¿Algo más que usted quiera agregar?

#### CIERRE:

Le agradecemos por su participación y tiempo brindado para realizar esta entrevista. También, le recordamos que esta información es muy valiosa para nosotros porque nos servirá para analizar y comprender sus experiencias.

## ANEXO 6:

### ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA NISQA GUIA

Código: \_\_\_\_\_

#### QALLARIY:

Allin napaykuy kuyasqay:

Sulpay niyku kay estudiopi participayta munasqaykimanta, kay entrevistapa objetivonqa transculturalidadta entiendeymi experiencia hospitalizacionmanta quechua rimaq runakunamanta, Lima 2024. Kayta ruwanapaqqa ancha allinmi compartinaykupaq experienciaykikunata hunt'asqa sunqumanta, yuyarichiyku qusqayki willakuypa pakasqa kaynin respetasqa kananta.

#### RIQSICHIY:

Kay entrevistapa propóstonqa, hospitalpi kasqaykipi experienciaykita ukhunchanaykipaqmi, wakin tapukuykunawan, enfermerawan ima relacionniyuq kasqaykimanta, chaynallataq lingüística nisqa diferenciamantawan, yuyariy kutichiynikikuna grabasqa kananta.

#### SAPALLA WILLAKUY:

Sexo nisqa: \_\_\_\_\_ Hayka wata: \_\_\_\_\_

Hospitalpi hampichikuy pacha: \_\_\_\_\_

Maypi paqarisqan: \_\_\_\_\_

Maypi tiyasqan: \_\_\_\_\_

#### KAMACHIYKUNA

Uraypi, invitaykiku kay tapukuykunaman kutichisqaykita willanaykipaq:

- Willaway: ¿Imaynataq hospitalpi kasqayki?
- ¿Qanpa yuyayniykiqipa, hospitalpi kasqaykipi, qichwa simiyki huk runakunawan sasachakusqanmanta? Imanasqa?
- Willaway: ¿Imaynataq karqa hospitalpi kachkaspa enfermerawan?
- ¿Imatapas yapayta munankichu?

#### WICHQAY

Tapuqkunam chay runaman agradecekunku participacionninmanta hinaspa entrevistapaq tiemponmanta, yuyarispanku kay willakuyqa servinqa hospitalpi experienciankuta qawarinankupaq hinaspa entiendenankupaq.

Traducido por: Aliaga Bazan Erik

ANEXO 7  
CONSTANCIA DE CONOCIMIENTO DE  
LENGUA MATERNA



**COMUNIDAD CAMPESINA DE ROCCHAC DEL  
DISTRITO DE PARIAHUACA - JUNIN**

**CONSTANCIA DE CONOCIMIENTO DEL IDIOMA MATERNO  
QUECHUA**

El Sr. Erik Aliaga Bazán, identificado con DNI N.º 74451957, es parte de la comunidad campesina quechua de Rocchac, del distrito de Pariahuanca. Dicha comunidad fue constituida conforme a la Ley N.º 24656, Ley General de Comunidades Campesinas. Asimismo, se deja constancia de que el señor domina su idioma materno, el quechua, característico de los integrantes de esta comunidad. El idioma fue aprendido y heredado de su madre y abuelos que son comuneros activos de esta comunidad.

Se expide el presente documento a solicitud del Sr. Erik Aliaga Bazan, para los fines que se estime conveniente.



FIRMA Y SELLO: PRESIDENTE



FIRMA Y SELLO: TENIENTE



FIRMA Y SELLO: AGENTE

## ANEXO 8 CONSTANCIA DEL INTERPRETE

### CONSTANCIA DE INTERPRETE CERTIFICADO

Yo FRAY ANTONIO ALLCCA PEREZ, identificado/a con DNI N.º 71728338, Certifico haber participado en la validación de la traducción, así como en la interpretación de las entrevistas y en el análisis del estudio de investigación titulado "Transculturalidad desde la experiencia de hospitalización de las personas quechuahablantes"

La presente constancia se expide a solicitud del interesado/a, para fines académicos y de investigación, relacionados con estudios en salud y atención intercultural.

Se extiende la presente en señal de conformidad, a los **20** días del mes de **mayo** del año **2025**.

Atentamente,



Nombre: Fray Antonio Allcca Perez

DNI: 71728338

**ANEXO 9  
CERTIFICADO DEL INTERPRETE**



**CERTIFICADO**

PROGRAMA DE QUECHUA COMO LENGUA PERUANA

CURSO DE QUECHUA PARA ADULTOS

Idiomas PUCP de la Pontificia Universidad Católica del Perú, otorga  
el presente certificado a

**Fray Antonio Allcca Perez**

quien ha concluido satisfactoriamente sus estudios y cumplido los  
requisitos de aprobación del **Nivel Rimanakusun 4** de este  
programa en el mes de abril del año 2024.

Pueblo Libre, diciembre 2024

  
Elsa R. Aragonés Jirón  
Directora Ejecutiva Adjunta



Equiparable a las competencias del Nivel **B2** del Marco Común Europeo de Referencia para las Lenguas (MCER)

**Nota:** En caso este documento sea presentado a un tercero y éste requiera una validación de la información consignada, dirigir su solicitud a [idiomas.documentosoficiales@pucp.edu.pe](mailto:idiomas.documentosoficiales@pucp.edu.pe)

## ANEXO 10 DECLARACION DEL JEFE DE UNIDAD OPERATIVA

Código SIDISI: 213207

Título Completo del Proyecto: Transculturalidad desde la experiencia de hospitalización de personas quechuahablantes, Lima 2024

Página 4 de 12

Nombre del Investigador Principal: ALIAGA BAZAN ERIK, RIVAS LOPEZ RUTH ELIZABETH

En caso algún miembro del equipo de investigadores no se encuentre en SIDISI, ingrese manualmente sus datos y complete la firma en la sección "Fecha y hora de confirmación", en caso tenga firma electrónica, puede hacer uso de ella.  
Puede agregar mas filas en caso sea necesario

### Declaración del Jefe del Área Operativa<sup>2</sup> en la que se llevará a cabo el estudio

Certifico que mi unidad operativa ha tomado conocimiento de este proyecto según nuestros procedimientos internos, y nos comprometemos a canalizarlo y apoyar las gestiones que fueran necesarias dentro de las normas vigentes, dentro de la ley y de las normas nacionales e internacionales para la realización de proyectos de investigación.

Certifico además, que el investigador principal y sus colaboradores tienen la competencia necesaria para su realización

*(Podrá incluirse tantas unidades operativas como fuera necesario, un formulario por cada una)*

Nombre del Jefe de la Unidad Operativa:	DR. JUAN DOMINGO FLORES
Nombre de la Unidad Operativa:	UPIS - HUASCAR
Firma y sello:	Fecha: 04/01/24



<sup>2</sup> Jefe del Departamento Académico o Jefe del Laboratorio(s) o Jefe de Unidad de Investigación de la unidad de gestión para proyectos en UPCH. Para unidades operativas externas a UPCH, debe ser la persona con la responsabilidad de dar autorizaciones.