

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA

FACULTAD DE ENFERMERÍA CULIACÁN

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

ORIENTACIÓN PROFESIONALIZANTE



**EXPERIENCIAS VIVIDAS DE PERSONAS INDÍGENAS MAYO YOREME Y DE
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, RELACIONADAS CON EL CUIDADO**

TESIS

Como requisito para obtener el grado de Maestría en Enfermería

PRESENTA

L.E. Rodrigo Almada Jacobo.

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Jesús Roberto Garay Núñez.

CODIRECTORA DE TESIS

Dra. Verónica Guadalupe Jiménez Barraza.

Culiacán Rosales, Sinaloa, Octubre de 2024.



Dirección General de Bibliotecas
Ciudad Universitaria
Av. de las Américas y Blvd. Universitarios
C. P. 80010 Culiacán, Sinaloa, México.
Tel. (667) 713 78 32 y 712 50 57
dgbuas@uas.edu.mx

UAS-Dirección General de Bibliotecas

Repositorio Institucional Buelna

Restricciones de uso

Todo el material contenido en la presente tesis está protegido por la Ley Federal de Derechos de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

Queda prohibido la reproducción parcial o total de esta tesis. El uso de imágenes, tablas, gráficas, texto y demás material que sea objeto de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente correctamente mencionando al o los autores del presente estudio empírico. Cualquier uso distinto, como el lucro, reproducción, edición o modificación sin autorización expresa de quienes gozan de la propiedad intelectual, será perseguido y sancionado por el Instituto Nacional de Derechos de Autor.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial Compartir Igual, 4.0 Internacional.



Agradecimientos:

A ese ser todopoderoso que muchos llamamos Dios, fuente de inspiración y fortaleza, por guiarme en cada paso de este camino, brindándome la paciencia y la resiliencia necesarias para enfrentar todos los desafíos que surgieron durante esta travesía.

*En este primer momento, todo este trabajo fue posible gracias a mi esposo, mi gran amigo, mi compañero de vida, **David Christopher Angulo Ramírez**, quien es una de mis fortalezas más grandes. Su apoyo incondicional a lo largo de esta trayectoria de grandes aprendizajes y experiencias fue vital para concluir con éxito esta meta que al inicio parecía inalcanzable. Siempre estuvo ahí, impulsándome a no rendirme y sosteniéndome en mis momentos vulnerables. Este logro es tan suyo como mío.*

*A mi director de tesis, **Dr. Jesús Roberto Garay Núñez**, por su guía experta, su dedicación y paciencia durante todo el proceso. Su sabiduría y compromiso han sido pilares fundamentales en la construcción de este trabajo, brindándome el apoyo necesario para llegar hasta aquí.*

*Al **Dr. Roberto Joel Tirado Reyes**, Coordinador de Maestría, por su valiosa orientación y liderazgo durante todo el programa. Su apoyo ha sido clave en mi formación académica y profesional.*

*A la **Dra. Maricela Ramírez Álvarez**, por todo su apoyo incondicional y por creer en este soñador. Su confianza en mí ha sido una motivación constante para seguir adelante y superar cada obstáculo.*

*Al **Cuerpo Docente de la Maestría de la Facultad de Enfermería de Culiacán**, quienes, con su conocimiento, experiencia y profesionalismo, me guiaron y formaron, contribuyendo al desarrollo de este proyecto y al crecimiento personal que me llevo de esta experiencia.*

A la **Universidad Autónoma de Sinaloa**, por abrirme sus puertas y brindarme los recursos necesarios para alcanzar este logro académico. Gracias por ser un espacio de crecimiento, donde se cultivan sueños y se construyen futuros.

A **mis compañeros de maestría**, quienes con su amistad y camaradería hicieron de este camino una experiencia enriquecedora y más llevadera. Cada intercambio de ideas y apoyo mutuo me ayudó a crecer tanto académica como personalmente.

Finalmente, a mi familia y amigos, quienes siempre creyeron en mí y me brindaron su amor y apoyo incondicional. Su presencia y palabras de aliento me acompañaron en cada paso de este viaje.

Dedicatoria:

Dedico con todo mi cariño, respeto y admiración este logro de tesis a mí yo de niño, quien hoy se siente muy orgulloso de haber alcanzado este nivel profesional. A ese niño que siempre soñó con obtener un título universitario hoy extiende sus manos hacia nuevos horizontes. A ese niño que nunca dejó de soñar, que trabajó y estudió sin descanso, quiero decirle que todo valió la pena, que cada esfuerzo ha sido recompensado.

A mi tía Tere, por siempre confiar en mí. Aunque ya no esté físicamente, sé que desde donde esté, se siente feliz y orgullosa de este logro.

A mi madre, Guadalupe Jacobo Aispuro, por su confianza inquebrantable en mí y por su amor incondicional que siempre me ha impulsado a ser mejor.

A mi padre, José Almada Bacasehua, por todo su esfuerzo y dedicación, que me han inspirado a seguir adelante y a luchar por mis sueños.

A mis hermanos Reyna y Esteban, por su amor y apoyo constante, por ser una parte fundamental de mi vida y de mi camino hacia este logro.

A mi abuela Catalina, por su amor y sabiduría, que han sido un faro en mi vida.

A mi familia, en especial a mis primos Laura G., Aidé J., Lucero J., Pepe, Jorge C., y a mis tías Paty, Alma y Rosy, por su cariño, por ser parte de mi vida, y por apoyarme siempre.

Resumen:

Se realizó una investigación de enero a mayo del 2024, con un enfoque cualitativo a través de un método etnográfico, cuyo **Objetivo general** fue: Develar las experiencias vividas de las personas indígenas y del profesional de enfermería relacionadas con el cuidado en una comunidad Mayo Yoreme en Sinaloa.

Metodología: La técnica de recolección de la información fue la observación participante, limitada a periodos cortos. Como instrumentos, se utilizaron entrevistas etnográficas semi estructuradas. La selección de participantes se realizó por conveniencia, obteniendo una muestra teórica total de 17 entrevistados: 9 profesionales de enfermería y 8 personas indígenas. Para garantizar la confiabilidad de la información, se realizaron y analizaron las entrevistas en más de dos ocasiones hasta llegar a la saturación teórica. El análisis de la información se llevó a cabo mediante la decodificación del método de James Spradley, apoyado en el software ATLAS TI versión 2023 para los datos de los profesionales de enfermería. En el caso de las entrevistas con las personas indígenas, se empleó un análisis artesanal. **Resultados:** Se identificaron seis categorías, cuatro correspondientes a los profesionales de enfermería (una con tres subcategorías) y dos relacionadas con las personas indígenas. **Conclusiones:** Las barreras identificadas en la atención de pacientes indígenas Mayo Yoreme resaltan la necesidad de implementar estrategias que promuevan la competencia cultural, la equidad de género y una mejor distribución de los recursos en el sistema de salud. **Recomendaciones:** Se sugiere continuar con investigaciones basadas en la Etno-enfermería.

Palabras clave: *Experiencias, Etnoenfermería, Cuidados, Cuidados-culturales, enfermería.*

Abstract:

This research was conducted from January to May 2024, using a qualitative approach through an ethnographic method. The main **objective** was to unveil the experiences of Indigenous people and nursing professionals related to healthcare in a Mayo Yoreme community in Sinaloa. **Methodology:** Data collection techniques included short-period participant observation and semi-structured ethnographic interviews. Participants were selected using a convenience sampling method, resulting in a total theoretical sample of 17 interviewees: 9 nursing professionals and 8 Indigenous individuals. To ensure the reliability of the information, the interviews were conducted and analyzed multiple times until theoretical saturation was reached. Data from the nursing professionals were analyzed using James Spradley's decoding method, supported by ATLAS TI version 2023 software, while data from Indigenous individuals were analyzed using an artisanal approach. **Results:** Six categories emerged, four related to nursing professionals (one of them with three subcategories) and two concerning Indigenous individuals. **Conclusions:** The barriers identified in the care of Mayo Yoreme Indigenous patients highlight the need to implement strategies that promote cultural competence, gender equity, and improve resource allocation within the healthcare system. **Recommendations:** Future research based on Ethno-nursing is recommended to further explore these findings.

Keywords: *Experiences, Ethno-nursing, Care, Cultural-care, Nursing.*

ÍNDICE DE CONTENIDO:

GENESIS.....	1
I- INTRODUCCIÓN:.....	2
II- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	5
2.1- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:.....	7
2.2- JUSTIFICACIÓN:.....	8
2.3- OBJETIVO GENERAL:.....	9
2.4- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
III- ESTADO DEL ARTE.....	9
3.1 MARCO REFERENCIAL/ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.	9
IV-MARCO TEÓRICO:	16
4.1- MARCO CONCEPTUAL:	25
V- MATERIAL Y MÉTODOS:.....	28
5.1- ENFOQUE	28
5.2- MÉTODO:	29
5.3- CONTEXTO.....	30
5.4- TEMPORALIZACIÓN:.....	31
5.5- PARTICIPANTES:.....	32
5.5.1- CARACTERÍSTICAS DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO.....	32
5.6- SELECCIÓN DE PARTICIPANTES.....	33
5.7- TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:.....	34
5.7.1 - DESCRIPCIÓN OPERATIVA:	35
5.7.2 - RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS:.....	36
5.8- ANÁLISIS DE LOS DATOS:	36
5.9- CRITERIOS DE RIGOR:	37
5.10- CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO.....	38
VI- RESULTADOS.....	39
6.1- DESCRIPCIÓN DE LAS CATEGORÍAS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.	45
6.2- DESCRIPCIÓN DE LAS CATEGORÍAS DE LA POBLACIÓN INDÍGENA	64
VII- DISCUSIÓN.....	69

VIII- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	75
8.1- CONCLUSIONES:.....	75
8.2- RECOMENDACIONES	77
IX- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	82
X- APÉNDICES:.....	93
APÉNDICE 1. Cronogramas de actividades.	93
APÉNDICE 2. Recursos materiales y financieros.	96
APÉNDICE 3. Cédula de datos Etno Demográficos:	97
APÉNDICE 4. Guía de entrevista semiestructurada	98
APÉNDICE 5. Guía de observación.....	101
APÉNDICE 6. Consentimiento informado.	102
XI- ANEXOS	105
Dictamen por comités de ética certificados:	105

GENESIS

El interés por investigar el cuidado en poblaciones indígenas surge de las experiencias compartidas por personas indígenas y profesionales de enfermería en su práctica diaria. En un estado multicultural como Sinaloa, donde conviven diversas formas de pensamiento y múltiples comunidades indígenas, se presenta la necesidad de conocer cómo las personas indígenas viven el proceso de recibir atención por parte de los profesionales de enfermería. Además, es importante explorar la perspectiva que estas comunidades tienen sobre los profesionales que les brindan cuidado, con el objetivo de comprender estas experiencias y, a partir de ello, fortalecer la disciplina de la enfermería.

A pesar de la relevancia de estas cuestiones, diversos estudios han mostrado que las poblaciones indígenas han sido en gran medida ignoradas en la investigación en salud. A esto se suma la falta de competencias interculturales por parte de los profesionales de la salud, lo que evidencia importantes áreas de oportunidad en su formación. Esta carencia limita la capacidad de los profesionales para ofrecer un cuidado que responda adecuadamente a las necesidades culturales y lingüísticas de las personas indígenas.

La investigación en este ámbito es crucial para mejorar la calidad del cuidado ofrecido a estas comunidades, ya que permite identificar las brechas en la formación intercultural de los profesionales de salud. De esta manera, se pueden desarrollar estrategias que favorezcan una atención más inclusiva y respetuosa hacia las costumbres y lenguas de los pueblos indígenas, lo cual es clave para proporcionar un cuidado más humano y eficaz.

I. INTRODUCCIÓN:

En la actualidad, desde una percepción multicultural: La aceptación de las sociedades cada vez más diversas, permite mitigar la tan marcada brecha de las desigualdades sociales, lo anterior debido a la existencia de múltiples grupos étnicos, fenómenos migratorios, desplazamientos forzados, la globalización, y especialmente, el reconocimiento y respeto a las múltiples formas de pensamiento y de expresión (Castillo, 2017). “Si bien los pueblos indígenas poseen, y ocupan o utilizan una cuarta parte de la superficie del mundo, Se estima que hay 476 millones de personas indígenas en todo el mundo, aunque constituyen solo el 6 % de la población mundial,” (OMS, 2022).

Por otra parte, los pueblos originarios hoy más que nunca; enfrentan un gran reto en la lucha por el reconocimiento formal, aunado a que son los últimos en recibir inversiones públicas gubernamentales para el desarrollo e instalación de los servicios básicos como agua y electricidad. Por otra parte, es muy difícil para este grupo poblacional participar de manera activa en la economía formal y ser parte de los procesos electorales y la toma de las decisiones.

“Este legado de desigualdad y exclusión ha aumentado la vulnerabilidad de las comunidades indígenas frente a los impactos del cambio climático y los peligros naturales, incluidos brotes de enfermedades como la COVID-19” (OMS, 2022).

Todo lo anterior ha permitido que desde la profesión en enfermería se gesten aportes importantes en el desarrollo de las competencias culturales (CC) para la atención de este grupo poblacional (GP), mediante la elaboración de teorías e investigaciones que permiten disminuir de manera significativa las problemáticas de salud que imperan en la población indígena (PI) (Castillo, 2017).

Rojas (2012) menciona que:

Las relaciones entre los enfermeros(a) y los pacientes involucran los asuntos de la subjetividad de cada actor dentro del proceso de cuidado, su bagaje

cultural y la influencia ejercida por los elementos del contexto. así también, el carácter pluralista y cambiante de la sociedad moderna supone a los profesionales de enfermería, el reto de brindar cuidado a personas en diferentes entornos y situaciones. (P.14)

La competencia cultural (LC) es de suma importancia para quienes trabajan en países étnica y culturalmente diversos. La evidencia científica muestra que la competencia cultural es un elemento clave y de carácter obligatorio en casi todos los países del mundo, formando parte de los estándares y procesos de acreditación de calidad, de la atención de salud.

De este modo, el entrenamiento en competencia cultural recibe mayor atención de administradores y educadores en salud, dada su eficacia e impacto en el conocimiento, actitudes y habilidades de los profesionales de enfermería, así como en la satisfacción del paciente en relación con el trato y la calidad durante su atención a la salud. (López-Díaz, 2018).

Bajo esta premisa se debe considerar los aspectos culturales en el cuidado, la investigación y la formación del recurso humano, pues esto, se convierte en una gran oportunidad para la profesión de evolucionar en razón de seguir avanzando hacia una disciplina mucho más humana (Rojas, 2012). “Gracias a lo anterior, la disciplina ha logrado demostrar que puede producir herramientas útiles para dar respuestas coherentes, efectivas y eficaces a las necesidades de cuidado cultural en los fenómenos producidos por los cambios sociales” (Castillo, 2017). Sin embargo, existen estudios que señalan la evidente falta de competencia cultural (CC) en la atención como causa de experiencias y resultados negativos con personas inmigrantes y de minorías étnicas (López-Díaz, 2018). Es decir, desde la profesión se afirma que se tienen los conocimientos y las habilidades culturales, pero es sumamente difícil materializar a la acción estos conocimientos, para que puedan ser culturalmente competentes. (Gutiérrez, 2015) señala en su artículo de investigación que: “Que el lenguaje es una de las principales barreras culturales para la atención en salud a los pueblos indígenas, debido a que la población usuaria

y los prestadores de servicios no hablan el mismo idioma, por lo que experimentan un problema de comunicación al momento de solicitar atención médica” (p.5).

Este es uno de los muchos problemas que enfrenta el personal de enfermería a la hora de brindar cuidados culturales (CC) a la Población indígena (PI), por lo que, entrar en sintonía con los cuidados interculturales (CI) supone un profundo sentido humanístico, “ya que implica describir qué piensan las personas que son, que están haciendo y con qué finalidad piensan lo que están haciendo” Además de todo lo anterior es importante tomar en consideración la globalización como un factor determinante en el desarrollo de las competencias culturales, pues es evidente que la forma de brindar los cuidados de enfermería ha cambiado radicalmente en relación con el uso excesivo de las tecnologías y la deshumanización de los procesos de cuidado.

El personal de Enfermería se esfuerza por entender y dar sentido a la cultura, analiza muy bien el contexto de sus pacientes, y muestran interés en conocerlos, rompen ideas preconcebidas, y aprende a reconocer y anticipar las necesidades. Sin embargo, manifiesta estereotipos que pueden llevarlos a discriminar, se enfocan en lo similar a sus propias normas y valores culturales, asociando lo “diverso” a algo que no pertenece a su contexto (Gutiérrez, 2015). Por lo que podemos afirmar entonces, que el personal no tiene las competencias interculturales para la atención de la (PI). Las Competencias interculturales (CI) comprenden:

Las habilidades para fomentar actitudes de respeto, tolerancia y diálogo, permitiendo impulsar la participación social, la comunicación asertiva y el conocimiento de los marcos filosóficos, científicos y culturales que sustentan la cultura, creencias y preferencias de la población, respecto a las prácticas médicas y curativas de la medicina alopática y de otros modelos de atención a la salud diferentes a la medicina convencional, presentes en las preferencias de la sociedad. (Gutiérrez, 2015, p.5)

Este proceso de (CI) para el cuidado de las (PI) tiene como finalidad acortar las diferencias en salud y disminuir las desigualdades, así como reducir el

distanciamiento cultural entre las formas institucionalizadas y hegemónicas de atención en materia de salud (Castillo, 2017).

En la actualidad las investigaciones que tienen injerencia en las competencias interculturales afirman que, si solo nos abocamos en medir la capacidad del personal de enfermería, sin tomar en cuenta a los receptores de cuidado en este caso: la población indígena (PI) el tema del cuidado de enfermería culturalmente competente seguirá siendo totalmente desconocido y constituirá un gran motivo de preocupación (Castillo, 2017).

El propósito fue realizar un estudio cualitativo orientado desde un método etnográfico que combino la revisión documental, observación participante y entrevista etnográfica semi estructurada, basado en entrevistas de vida sobre las experiencias de las personas indígenas y del profesional de enfermería. Mismas que serán demostradas por cómo se retratará el cuidado que brinda el profesional de enfermería y la relación del cuidado recibido en personas de una población indígena mayo Yoreme del norte del estado de Sinaloa.

La recolección de la información se realizó a través de una entrevista semi estructurada al profesional de enfermería que labora en los centros de salud rurales y a las personas indígenas que asisten a consulta a dichos centro de salud.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Según datos del INEGI del 2022, “en México existen 23.2 millones de personas de tres años y más que se autoidentifican como indígenas, lo que equivale a 19.4 % de la población total de ese rango de edad” (INEGI, 2022). Por lo que las cifras de un estudio de competencias culturales de los médicos, enfermeras y estudiantes en la ciudad de Aguascalientes reveló que: En el 2015 en nuestro país había 11.132.562 de indígenas (Gutiérrez, 2015). mismos que representaban al 9.4 % de la población total (INEGI, 2022).

Para Stavenhagen (1992) “El término indígena es empleado para referirse a sectores de la población que ocupan una posición determinada en la sociedad más amplia como resultado de procesos históricos específicos” (p.88). Así también toma gran auge, el que este término ha sido objeto de cambios y modificaciones, Específicamente se ha transformado en un vocablo con connotaciones discriminatorias, en la actualidad este término se utiliza para denotar a personas con un estatus inferior, mientras que, “El término cultural presenta una variedad de significados de interés conceptual y operativo para diversas profesiones, siendo la antropología el área en la cual se ha concentrado su estudio, crítica y discusión a partir de diversas definiciones”(Castillo, 2017).

Dentro de esta gran diversidad de conceptos se encuentra la del clásico Tylor, quien define cultura como: “Esa totalidad que incluye conocimientos, creencias, arte, moral, derecho, costumbres y cualesquiera otras aptitudes y hábitos que el hombre adquiere como miembro de la sociedad” (Podestá, 2006). Por lo tanto, cuidar en la actualidad, en una sociedad diversificada para la profesión en enfermería implica un gran desafío por lo que “cuidar holísticamente” a una (PI) genera expectativas sobre las competencias culturales de quienes reciben el cuidado. López-Díaz (2018) menciona que: “La experiencia de las enfermeras brindando atención a pacientes de otras culturas deja ver fortalezas y barreras en la atención, y sugiere nuevas meta síntesis que exploren escenarios o grupos culturales específicos” (P. 2).

Nuestro país enfrenta importantes problemas relacionados con los ingresos y la inequidad en salud. La agenda pública nacional de México prioriza remediar las desigualdades actuales entre sus grupos de población indígenas y no indígenas (Servan-Mori et al. 2014). “Como sabemos los sistemas de salud requieren de recursos físicos y humanos suficientes y capacitados para responder a las demandas que impone el perfil epidemiológico de las poblaciones a las que atienden” (Gutiérrez, 2015). Sobre todo, en el caso de la atención de la (PI).

“La Secretaría de Salud (SSA) estableció la Política de Interculturalidad en Salud, para dar respuesta a las necesidades de la PI del país” (Gutiérrez, 2015). Con la

finalidad de garantizar los recursos y conocimientos para el desarrollo de las Competencias Interculturales, así como tratar de aminorar los altos índices de desigualdad.

En el contexto estatal, tenemos que en Sinaloa según datos del INEGI “hay 35,539 personas mayores de 3 años que hablan alguna lengua indígena” (INEGI, 2020). Lo que significa que Sinaloa se convierte un estado pluricultural, según datos del INPI (instituto nacional de los Pueblos Indígenas) en un estudio realizado en el 2015, Sinaloa alberga a más de 18 pueblos indígenas, entre los que destacan los Mayos Yoremes con una población total de 10,988 personas que hablan el dialecto (INPI, 2015).

Los grandes matices de marginación y de desigualdad han favorecido a que, en Sinaloa se haya descuidado durante años a este sector de la población por lo que: en relación con la salud, la (PI) tiene un perfil de mortalidad caracterizado por afecciones que se vinculan con la pobreza, “tales como tuberculosis, el poli-parasitismo, especialmente en niños, las enfermedades diarreicas agudas, los problemas respiratorios y un gran índice de desnutrición” (Rojas, 2012).

Debido a lo anterior, el desarrollo de esta investigación parte del planteamiento de la siguiente interrogante:

2.1- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

- 1. ¿Cuáles son las experiencias de las personas indígenas y del Profesional de enfermería relacionadas con el cuidado en una Comunidad Mayo Yoreme en Sinaloa?**

2.2- JUSTIFICACIÓN:

En el ejercicio profesional de enfermería se establecen una serie de actividades enfocadas al cuidado, la promoción, prevención y mantenimiento de salud del individuo, sano o enfermo, la familia y la comunidad, mismas que se basan en los conocimientos teóricos y científicos. propios de la disciplina mediante el trabajo colaborativo e interdisciplinar (Murcia, 2022). Por lo que, para poder desarrollar las competencias interculturales específicamente en el cuidado de la (PI), no basta con conocer el contexto en el que se desarrolla esta población, o identificar las necesidades de salud, se tiene que ir más allá de lo tangible, se debe conocer el sentir, las experiencias y vivencias durante el proceso de cuidado en estos receptores.

Específicamente en enfermería, desde hace varias décadas, diversos teóricos han venido trabajando el concepto de competencia cultural generando contribuciones importantes, teóricas y prácticas, para el cuidado a poblaciones diversas desde los postulados de Madeleine Leininger (Ducón, 2022). Sin embargo, en general, solo se “identifica información documentada sobre CI del personal de medicina y enfermería en regiones con gran concentración de PI” (Gutiérrez, 2015). En el caso de Sinaloa las investigaciones en materia de salud en PI son sumamente escasa o bien son meramente estadísticas, lo que permite que, si gesten acciones importantes en materia de salud pública, sin embargo, tal como lo menciona Murcia (2022) en su artículo de investigación que: “No es claro cuál es el énfasis que estos estudios han tenido en el abordaje de la población indígena (P.7).

En la actualidad existen claramente condicionantes que dificultan la labor del cuidado a las PI, y muchas de ellas se relacionan con la nula o poca competencia para brindar cuidados Interculturales, el contexto, determinantes que tienen que ver directamente con asuntos de la propia cultura (Rojas, 2012). Por lo que esta situación, se vuelve un problema social y de salud, en donde los objetivos establecidos en la agenda 2030 se ven totalmente difíciles de alcanzar (OPS, 2020).

“cómo se ha demostrado, enfermería se considera un pilar fundamental para reducir las desigualdades a través de una atención de calidad culturalmente sensible, para contribuir a la satisfacción del paciente y mejorar los resultados en salud” (Murcia 2022). Por todo lo anterior el propósito de este trabajo de investigación de tipo cualitativo, etnográfico, interpretativo, observacional, basado en entrevistas etnográficas sobre las experiencias de cuidado de las personas indígena Mayo Yoreme y del profesional de enfermería, es contribuir de manera significativa en la concientización sobre el desarrollo de las competencias interculturales en enfermería y su aplicación en la profesión.

2.3- OBJETIVO GENERAL:

- Develar las experiencias vividas de las personas indígenas y del profesional de enfermería relacionadas con el cuidado en una comunidad Mayo Yoreme en Sinaloa.

2.4- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las experiencias del cuidado recibido según las personas indígenas Mayo Yoremes en Sinaloa.
- Interpretar las experiencias de cuidado de los profesionales de enfermería al brindar cuidado a las personas indígenas Mayo Yoreme de Sinaloa.

III- ESTADO DEL ARTE.

3.1 MARCO REFERENCIAL/ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

La revisión de la información para el sustento de los antecedentes de esta investigación se realizó de manera categórica y sistematizada en las diferentes bases de datos y publicaciones especializadas en los aspectos culturales, la orientación fue hacia el hallazgo de publicaciones relevantes para fundamentar el tema de estudio.

Es importante mencionar que, aunque la literatura científica reporto en los últimos 10 años, un gran número de artículos publicados sobre indígenas, son muy pocos los que correspondieron al área de la enfermería, específicamente en las experiencias de cuidado en una población indígena como receptor de cuidado frente a las experiencias del profesional de enfermería cuando cuida a estos grupos poblacionales.

Se tomaron en cuenta las investigaciones cualitativas, (etnográficas, fenomenológicas, estudios de caso etc.) cuantitativas, (experimentales). Para el rango de tiempo se incluyeron aquellos que fueron publicados en los últimos 10 años, se tomaron en cuenta los resultados en idioma inglés y español, algunos de los buscadores utilizados fueron: Scopus, Redalyc, Scielo, Pudmed, Por último; también se utilizaron los operadores booleanos, así como los decodificadores a través de los códigos MeSH Y DeCS tal y como se muestra a continuación:

Tabla 1:

Códigos MeSH y sus correspondientes DeCS.

MeSH	DeCS
Ethno Nursing	Etnoenfermería
Cultural care	Cuidados culturales
Cultural competencias	Competencias culturales
Nursing	Enfermería

Fuente: Elaboración propia (Almada, 2023).

Dentro del contexto Internacional encontramos que: Orozco Castillo L. en (Bogotá Colombia, 2017) realizó una investigación con enfoque cualitativo de tipo etnográfico, interpretativo se realizó con el propósito de interpretar los encuentros y percepciones de cuidado culturalmente competente entre el profesional de enfermería de salud pública y el indígena de Embrea Chambi frente al cuidado y el cuidado ofrecido y recibió específicamente en el crecimiento y desarrollo, la

hipertensión arterial y la planificación familiar. La muestra de la presente investigación tuvo lugar en el municipio de Riosucio, Colombia. Específicamente en una institución de salud, prestadora de servicios en un primer nivel de atención. El dónde el tamaño de la muestra fue de 2 enfermeras y un enfermero que laboraban en este centro de salud, con criterios de exclusión en la población indígenas menor de 18 años de edad y las personas que no habían sido atendidas por el sujeto de estudio “el profesional de enfermería”, en esta muestra también participaron 14 personas, 12 mujeres y 2 hombres, todos de origen indígena de manera libre y autónoma, el instrumento para la recolección de la información fue a través de entrevistas etnográficas grabadas en audio y el diario de campo. Para colmar los vacíos de la investigación se realizaron 2 entrevistas, En donde algunas de las conclusiones que encontraron fue, que los resultados muestran que el personal de enfermería si ofrecen un cuidado interculturalmente competente, basado en los conocimientos obtenidos a través de la experiencia y la observación, este personal brinda los cuidados tomando en cuenta la cultura, el contexto, y la situación de vida del indígena. A su vez los resultados confirmaron que los cuidados profesionales de enfermería se ven en gran medida influenciados por la concepción del mundo, la dimensión cultural y la estructura socio política (Castillo, 2017).

Siguiendo en el contexto internacional se encontró la siguiente investigación en donde: Guillermo Rojas, (2012). El propósito de este estudio fue describir el significado de la experiencia por enfermería cuando brindan cuidado a pacientes indígenas en las salas de hospitalización de instituciones sanitarias de primer nivel de atención en Antioquia, Colombia. El enfoque utilizado en esta investigación es cualitativo etnográfico, con la intención de estudiar los comportamientos del profesional de enfermería en escenarios clínicos donde brindan el cuidado con el fin de tratar de comprender el significado de cuidar a indígenas. Dicho estudio se fundamenta a partir de los supuestos teóricos de Geertz, dentro de la muestra se utilizaron 20 personas con criterio de exclusión a las profesionales de enfermería de los cuales, 19 eran mujeres (95%) y 1 hombre (5%), con un promedio de edad de 36 años (con una mínima de 22 y máxima de 55 años); de los participantes, 12 eran

enfermeras y 8 eran auxiliares de enfermería, con una experiencia promedio de 10 años, (mínimo 1 año, máximo 38 años). El trabajo de campo se realizó en empresas sociales del estado en un primer nivel de atención en los municipios de occidente y zona del Urabá antioqueño. Los instrumentos utilizados para la recolección de la información fueron la entrevista y el diario de campo. La revisión de las bases de datos y publicaciones especializadas en los aspectos culturales, se orientaron a encontrar publicaciones relevantes que fundamentan el tema en cuestión. Utilizaron bases de datos como: CUIDEN, CUIDATGE, LILACS, MEDLINE, SCOPUS, Y EBSCO, con un intervalo de tiempo de 6 años (2005 al 2012) al momento de la búsqueda utilizaron descriptores como, cuidado de enfermería en indígenas e indigenous nursing, arrojando un total de 146 resultados en documentos escritos en español, inglés y portugués. Los artículos que revisó el autor provienen de teorías, tesis, comunicaciones escritas y textos derivados de investigaciones. Este trabajo se basa en la teoría de Madeleine Leininger: sobre diversidad cultural del cuidado y la universalidad y el modelo del sol naciente. Dentro de las consideraciones finales de este estudio son: que el significado de los profesionales de enfermería que le otorgan a la experiencia de cuidar indígenas está determinado por la interacción de los determinantes socio económicos del estado de la salud de esta población. Existen barreras como los recursos institucionales, la comunicación, y la incertidumbre de no lograr establecer una interacción satisfactoria.

Internacional:

Carrasquilla Baza, D., & Pérez Quintero, C. en el (2018) realizó un estudio de investigación con el propósito de conocer las experiencias de cuidado de enfermería a pacientes indígenas en el contexto intercultural. El estudio cualitativo se orienta a la etnografía, que combinó revisión documental, observación y entrevista etnográfica se realizó en una muestra de 26 personas: 12 profesionales de enfermería, 3 trabajadores sociales, 1 director general de la institución que presta atención indígena y 10 indígenas. La recolección de la información se realizó mediante la observación y entrevistas etnográficas. Dicho estudio tuvo lugar en

Santa Marta, una ciudad ubicada al norte de Colombia la cual se caracteriza por la gran diversidad cultural existente, este panorama contribuye a la consolidación de este trabajo, ya que invita a indagar sobre las condiciones en materia de salud en la que se encuentra inmersa la ciudad. Con los resultados se obtuvieron evidencias sobre las experiencias desde las representaciones sobre el cuidado al paciente indígena, vistas generalmente como situaciones difíciles por las patologías, la higiene y el rechazo a las acciones de cuidado, la comunicación como un factor que dificulta la experiencia. En conclusión, las experiencias de cuidado del profesional de enfermería en contextos interculturales dan motivo de preocupación y demuestran la necesidad de seguir investigando y formando al personal de enfermería con una visión holística y totalmente centrada en el desarrollo de la competencia intercultural (Carrasquilla & Quintero 2018).

Nacional:

Villagrana Gutiérrez, B. (2015) Realizó un estudio que consistió en un caso único cualitativo, en relación con las acciones establecidas en la política de interculturalidad debieran ser de aplicación general sin importar el tamaño de la población indígena, el propósito de este estudio era analizar las percepciones sobre la adquisición de competencias interculturales que tiene el personal de salud, como enfermería y los médicos, así como estudiantes de medicina y enfermería. La población estudiada constó de 1) personal de salud que incluye a los médicos y enfermeras en centros de salud, y DIF municipal y 2) estudiantes en formación que incluía alumnos del décimo semestre de la licenciatura de medicina y octavo semestre de la licenciatura de enfermería de la UAA. Los criterios de selección fueron: médicos y enfermeras que brindaran consulta en cualquier turno y que tuvieran por lo menos 1 año de antigüedad en el puesto, mientras que para los estudiantes de medicina y enfermería se les invitó a participar de manera directa en sus centros de estudio. El presente estudio tuvo lugar en el estado de Aguascalientes, México. Por tener baja población indígena, en comparación con otros estados. Se realizaron 20 entrevistas semiestructuradas inicialmente a 3

médicos de consulta y 3 del DIF, 4 a enfermeras de consulta y 5 a estudiantes de último semestre de medicina, 4 de enfermería, así como a 1 informante clave. Dicha recolección de la información se realizó durante los meses de noviembre 2014 a febrero del 2015. Las entrevistas fueron grabadas en audio y posteriormente se transcribió la información en un formato Word. Después se organizó en categorías de análisis con el apoyo del programa Atlas-ti versión para Windows; al final se creó un libro de códigos con los datos de cada encuestado para interpretar la información organizada a través de un análisis de discurso. Dentro de los resultados obtenidos se observa que, los médicos comentaron haber escuchado sobre la política de interculturalidad en salud, en diversos medios de Comunicación, la información obtenida fue muy superficial en relación con el contenido y funcionalidad de la política, por otro lado, el personal de enfermería conocía muy poco sobre las competencias interculturales en la atención de esta población indígena. Solo el personal médico había recibido cursos de actualización y sensibilización sobre competencias interculturales, por otro lado, quienes recibieron esta capacitación fue porque tienen experiencia laboral en programas sociales y les exigían este tipo de cursos. Algunos de estos programas en los que trabajaron son: (IMSSCOPLAMAR Y PROGRESA) (Gutiérrez, 2015).

Nacional:

Pérez Islas R. (2013). Desarrollo una investigación que nos habla sobre la sensibilidad intercultural como esencial de la competencia cultural en estudiantes de enfermería, el propósito de esta investigación fue medir el nivel de sensibilidad Intercultural que poseen los estudiantes de las licenciaturas de enfermería y obstetricia de la UNAM, así como analizar la relaciones que existen entre el nivel de sensibilidad intercultural y sus características sociodemográficas, el presente estudio propone un enfoque cuantitativo descriptivo y correlacional. En la metodología se aplicó la escala de la sensibilidad intercultural, el cual consiste en un instrumento tipo likert, con 5 opciones de respuestas desde totalmente de acuerdo o desacuerdo, con 24 ítems distribuidos en 5 dimensiones. El estudio se

aplicó en una muestra de 240 estudiantes, con criterios de selección a alumnos de las 2 licenciaturas que ofrece actualmente la escuela nacional de enfermería y obstetricia, de la Universidad Autónoma de México, específicamente en el sistema escolarizado. Dicha muestra representa el 10% de la población total. Dentro de los criterios de exclusión solo se tomó en cuenta aquellos estudiantes que no deseaban participar. El instrumento para la recolección de la información se aplicó en la ENEO de la UNAM, en el periodo intersemestral y de reinscripciones al ciclo escolar 2013. Según los resultados obtenidos de esta investigación indican que existe un nivel alto y medio de sensibilidad intercultural en el grupo estudiado, también la investigadora advierte que, en las variables de algunas dimensiones, el grupo estudiado se ubica en el punto medio, es decir existen rasgos que muestran un pronunciamiento que no refleja sensibilidad intercultural, por lo que sugiere que hacer mayor énfasis, en este aspecto desde el abordaje curricular (Jiménez, 2013).

Estatad:

Buichia Sombra F, & Colaboradores. En el (2021). Desarrollaron una investigación con el propósito de determinar la relación de algunos factores socioculturales (fanatismo, religiosidad y creencias de diabetes), el control de la diabetes tipo 2 específicamente en indígenas Mayo-Yoremes. Realizó una investigación de tipo descriptivo, correlacional, de corte transversal en una muestra de 180 indígenas con criterios de selección en aquellos que padecieran diabetes tipo 2, que fuesen mayor de edad, aquellas que vivían en zonas rurales y que regularmente asistían a cuatro centros de salud de clase rural en un primer nivel de atención, específicamente dispersados en un municipio al norte del estado de Sinaloa llamado el Fuerte. El estudio se realizó en un lapso de 4 meses en el 2019, el tipo de muestreo realizado fue probabilístico, así mismo para medir las variables socio culturales se utilizó una cédula de datos sociodemográficos, entre los que destacan la escala de multidimensional de fatalismo, bienestar espiritual y las creencias de los pacientes con esta patología. El análisis estadístico se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 25 en idioma español para Windows, la confiabilidad fue evaluada

con alfa de Cronbach. Algunos de los resultados obtenidos son que, el 70.5% de los participantes fueron mujeres con un promedio de edad de 56.8 años, y que el 73.9% de los participantes refirió se hijos de padres y madres indígenas Mayo-Yoremes, así como que 66.4% y el 75.5% de esta muestra informaron que hablan y entienden la lengua indígena Yorem-nokki. Por lo llegaron a la conclusión de que cuantos más años tiene el paciente viviendo en su domicilio tiene un mejor control de la enfermedad. Por otro lado, la parte de la comunicación juega un papel fundamental en el control de la diabetes tipo 2 ya que el hablar y entender la lengua indígena para esta población representa una barrera en el seguimiento del tratamiento, otro punto importante es que aquellos pacientes con la habilidad para comunicarse a través de este idioma tienen peor control de la diabetes tipo 2. El cálculo de la muestra se efectuó a través del paquete estadístico nQuery Advisor versión 4.0 con un análisis de datos de 12 variables, con un nivel de significancia de .5, una potencia de prueba de 85 % y R2 de 0.10 (Sombra et al. 2021).

IV-MARCO TEÓRICO:

Algunas teorías y modelos en las que se sustentó esta investigación están estrechamente relacionados con los conceptos iniciales como, experiencias, cuidado, cuidado transcultural y competencia intercultural.

Lo anterior nos permite describir a continuación la teoría de la “Diversidad y transculturalidad de los cuidados propuesta en 1970 por la Dra. M. Leininger.

La Dra. Madeleine Leininger nació en Sutton, Nebraska, terminó su formación profesional como enfermera en 1948, tras recibir su diploma de enfermería en la St. Anthony's School of Nursing, en Denver. En 1965 realizó un doctorado en antropología por la universidad de Washington, en Seattle (Leno-González, 2006). Durante el tiempo que Madeleine M. Leininger trabajó un tiempo en un hospital psiquiátrico, donde observó la influencia, que las diferencias culturales ejercen sobre la manera en que los pacientes y familiares reaccionan desde el diagnóstico hasta la manera de sobrellevar la enfermedad, notando a su vez que estas

diferencias crean unas barreras que dificultan el brindar la atención de cuidado, así como su adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico (Leininger, 1999).

Lo anterior permitió que la Dra. Leininger realizara importantes estudios en el campo de la etnografía y etnoenfermería, lo que la llevó a vivir con diversas poblaciones indígenas durante dos años, notó que aún en un contexto diversamente cultural, donde el Emic y el Etic compartían su percepción en torno a la salud-enfermedad, no necesariamente significa que compartan su actitud ante la misma, puesto que, se tiene que tomar en cuenta: la manera en las que las personas afrontan dichos procesos (Rohrbach-Viadas, 1998). Durante este proceso descubrió que las características que son exclusivas de la cultura, además de la variedad cultural en relación al cuidado de la salud y de los hábitos y costumbres para el bienestar deben de ser parte de un acuerdo entre profesional de enfermería y las personas culturalmente diferentes, todo lo anterior fue la puerta de entrada para la creación de la teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados, apoyándose en fuertemente en sus estudios de antropología, la etnografía y fundando con ello, la etnoenfermería.

Es importante mencionar que; una de las muchas barreras a las que se ha enfrentado esta teoría, radica en el hecho de que surge de la fusión de otras disciplinas, lo que, aunado a otros aspectos como la exclusión, palabras discriminatorias entre otras situaciones que se hacen notar a lo largo de su teoría es por ello por lo que se sugiere profundizar más en esta teoría a través de un análisis. Por otro lado, para que la Dra. Leininger pudiera llevar a cabo su teoría, fue preciso que describiera todos y cada uno de los metaparadigmas, así como otros conceptos fundamentales para el estudio de las culturas, con la finalidad de encajar las características que son específicas en las culturas y aquellas que son universales, dando lugar a un cuidado holístico, en el que se toma en cuenta el aspecto cultural de las personas de cuidado (Leininger 1999).

En términos generales, la Dra. Leininger menciona la gran importancia de realizar nuestras funciones con efectividad, conocimiento del contexto actual, valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, siempre respetando la cosmovisión de esa otra persona que se acerca al profesional de enfermería en busca de apoyo en su proceso de salud.

Rohrbach-Viadas (1998). La Dra. Leininger, en 1970 logró crear el modelo del sol naciente, donde describe a los seres humanos como entes que no se pueden disgregar de su cultura, su percepción y concepción del mundo, su historia y el contexto de su entorno, siento eso vital para la teoría, causando con ello la aceptación por parte del gremio de enfermería.

Para poder comprender en gran medida el significado de la teoría de la Dra. M. Leininger se debe indiscutiblemente, analizar y explicar la estrecha correlación que logró establecer la autora de la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales con la Antropología, la Sociología y la Enfermería, en donde al fusionar estas tres disciplinas obtuvo como resultado la etnoenfermería, así mismo, es a través de esta que podemos identificar a la persona en un contexto socio cultural, en esta segunda disciplina: La sociología, no queda del todo claro los orígenes teóricos que retoma la autora para la elaboración de su teoría, sin embargo, si considera algunos aspectos como los comportamientos colectivos, redes sociales de familia y los escenarios de la vida humana (Leininger, 1999).

El modelo de la enfermería transcultural y la teoría de la diversidad y universalidad en el cuidado cultural, así como el modelo del sol naciente en los que hace referencia al proceso de desarrollo de la competencia cultural al brindar cuidados para la salud, que regularmente esta competencia se adquiere a través de la dedicación y el tiempo, pero sobre todo a través de la apertura del profesional de enfermería para comprender procesos más complejos donde sea capaz de encaminar su quehacer profesional al entendimiento de las personas y su cultura.

Leininger (1999) Se considera la pionera en el término Etno-enfermería, que en palabras de esta autora se define como: “Área formal de estudio y trabajo centrado

en el cuidado, basado en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud y hacer frente a sus discapacidades o su muerte” (p. 1).

Fue en 1960 que, a raíz de sus investigaciones, principalmente estudios comparativos que logró formalizar la Etnoenfermería, en donde nos menciona que la asistencia: Es la esencia de la de nuestra profesión puesto que se considera el rasgo predominante, distintivo y unificador de la disciplina. Y que nuestra asistencia puede ser un dominio complejo, engañoso y, a menudo, integrado de una estructura social y en otros aspectos culturales, puesto que al ser el cuidado un proceso en donde convergen múltiples factores estos a su vez en muchas ocasiones obstaculizan dicho proceso. Leininger también plantea que existen diferentes formas de expresiones y modelos de asistencia, tan diversos y complejos entre sí como, hasta un cierto punto universales, lo que nos invita a reflexionar sobre nuestras competencias en el cuidado cultural (Leno-González, 2006).

El propósito principal que se identifica dentro de esta teoría se encuentra en describir las particularidades y las universalidades de los cuidados que brinda el profesional de enfermería, así como la concepción de la vida, la salud y la enfermedad a lo largo de las diferentes culturas del mundo. Bajo esta premisa: La autora logró establecer su teoría con el objetivo de que el profesional de enfermería tuviera las herramientas para mejorar la forma de brindar cuidados y que estos sean culturalmente congruentes a las necesidades, valores, creencias y modos de vida de las personas que son de culturas diferentes (Aguilar-Guzmán et al. 2018).

La teoría de los cuidados transculturales y el método de Etnoenfermería basado en creencias émic (visión interna), es muy probable poder acceder al descubrimiento de cuidados basados y fundados de las personas, ya que estos emplean principalmente a través de datos centrados en los informantes y no en las convicciones o prácticas étic (visiones externas) del investigador en cuestión, lo que permea la posibilidad de que el proceso de cuidado se adhiera a la cosmovisión de los enfermos y por ende mayormente aceptado por el paciente. Con lo anterior surge

la necesidad en la profesión de estudiar a las personas desde sus experiencias y conocimientos locales o émic para posteriormente contrastarlo con los factores externos o étic, puesto que muchos de los factores externos habrán de influir en las experiencias internas y con ello se habrán de modificar, direccionar o marcar las pautas del cuidado de las personas culturalmente diversas.

Leininger sostiene que los elementos que distinguen de manera genuina a la enfermería de otras profesiones del área de la salud son indiscutiblemente sus contribuciones al proceso de salud enfermedad de un individuo, la familia y la comunidad puesto que, en contratación con otras disciplinas, enfermería posee un conocimiento y una práctica asistencial basada en el entendimiento de la cultura de sus sujetos de cuidado.

Ahora bien, el argumento principal para el entendimiento de esta teoría de los cuidados culturales radica en el holismo, que va mucho más allá de sólo entender dicho concepto, puesto que al ser la enfermería una profesión donde su objetivo principal es el cuidado y este a su vez está encaminado a las personas la autora propone que nos demos la oportunidad de conocer los elementos culturales que forman parte de la vida diaria de estas personas (Aguilar-Guzmán et al. 2018).

La Dra. M. Leininger defiende y propone de manera muy puntual y sinérgica la aplicación de métodos etnológicos y especialmente la utilización de la Etnoenfermería en el estudio formal del cuidado. Leno-González (2006) sostiene que:

La Etnoenfermería se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería, según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tiene de ellos una cultura determinada, a través de las manifestaciones émic locales de las personas, expresadas por el lenguaje, las experiencias, las convicciones y el sistema de valores, sobre fenómenos de enfermería reales o potenciales, como pueda ser la asistencia, la salud y los factores. (p.5)

La teoría transcultural se puede analizar de una mejor manera a través de su “modelo del sol naciente” en donde describe al ser humano como un ente integral, que no puede separarse de sus orígenes culturales, así como de su estructura sociocultural y su concepción del mundo, lo que constituye el principal fundamento en del desarrollo de tu teoría, este modelo se divide en 4 niveles, que van de lo abstracto a lo menos abstracto, siendo el primer nivel el de mayor complejidad y el nivel cuatro el de menor complejidad para el entendimiento del profesional de enfermería que decida adentrarse en el cuidado cultural, se debe puntualizar que en los primeros tres niveles se proporcionan los conocimientos para brindar cuidados culturalmente coherentes.

En el nivel uno, tenemos la representación de la visión del mundo y los sistemas sociales, este permite estudio de la naturaleza de las personas, permite darle significado a los atributos de los cuidados desde tres perspectivas: micro perspectiva (los individuos de una cultura), perspectiva media (factores muy complejos de una cultura en específica) y por último macro perspectiva (son aquellos fenómenos transversales de diversas culturas). Todas estas características representan el entorno donde crece, nace y se desenvuelve el individuo y que son representadas a través de sus estructuras sociales.

El nivel dos proporciona la información acerca de los individuos sus redes de apoyo como sus familias, los grupos e instituciones en los diferentes sistemas de salud, también proporciona información sobre los significados y expresiones específicas relacionadas al cuidado de la salud; por lo que su abordaje es meramente a través de la antropología en su método etnográfico y se relaciona íntimamente con la propuesta de la Dra. M. Leininger y la utilidad de la Etnoenfermería como herramienta para la recolección de la información de las personas (Rodríguez y Vásquez, 2007).

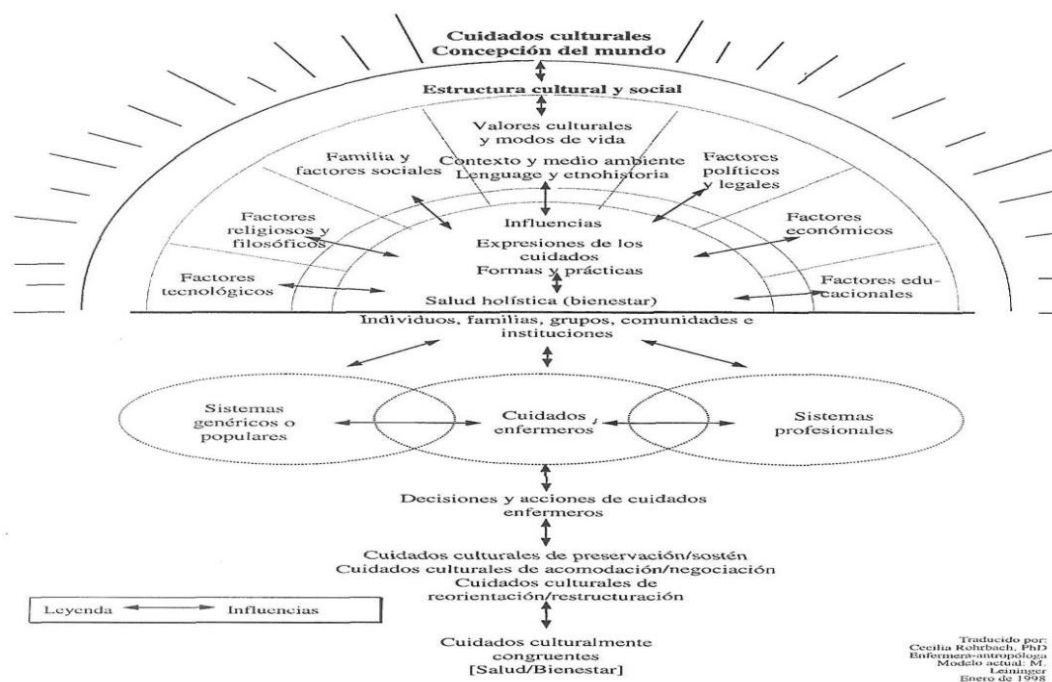
o tradicionales y los sistemas profesionales, donde se incluye a la disciplina de enfermería, todos estos elementos interactúan dentro de una cultura y nos permite identificar la diversidad y universalidad de los cuidados culturales; cabe señalar que

en este nivel se retoman planteamientos filosóficos del ser humano y los elementos que constituyen a este ente (Aguilar-Guzmán et al. 2018).

Por último, el nivel cuatro donde se determinan el número de las acciones y decisiones de los cuidados enfermeros; en este nivel surge la aplicabilidad y seguimiento de los cuidados, así como la preservación, acomodación y remodelación de los cuidados culturalmente Congruentes. De esta manera Leininger plantea visualizar al ser humano de manera holística, siendo aquí donde se determina el aspecto cultural como el eje rector de su modelo (Rohrbach-Viadas, 1998).

Figura 1.

El modelo del sol naciente:



Nota. Representación del modelo del sol naciente, traducido de inglés al español

Fuente: Adaptada de (Rohrbach-Viadas, 1998).

El modelo del sol naciente nos permite vislumbrar que la enfermería transcultural abarca más saberes teóricos de los que se conocen, la práctica de la profesión obliga a que los profesionales de enfermería tomen en cuenta el gran número de

culturas que subyacen en distantes regiones del mundo así como diferentes formas de pensar, actuar y sentir, a través de esto ellos entenderán que los roles de las personas son destinados con base a sus intereses, de tradición y de cultura (Leininger, 1999).

La teoría de la diversidad y universalidad nos impulsa a ejercer cuidados culturalmente apropiados y acordes al bagaje cultural de las personas, mismos que pueden ser también beneficiados no solo de su salud física como tal, sino también de todas sus esferas cognitivas: mental, social, cultural. El desempeño del personal de enfermería propicia un alivio espiritual al equilibrar la atención holística en cuanto a los valores culturales de cada persona, haciéndole sentir a está, una tranquilidad en su ser, por el simple hecho de comprender su contexto sociocultural (Im y Lee, 2018).

Regularmente cuando escuchamos o leemos sobre el término de cultura, nuestro primer pensamiento se dirige hacia las tradiciones a las que estamos más familiarizadas. La práctica enfermera da el mismo significado, brindamos cuidados con base a nuestras propias normas culturales, sin embargo, dentro del proceso de cuidado deberá hacerse bajo una retrospectiva que nos permita considerar de manera igualitaria todas las creencias, etnias y credos a los que son afín las personas. El respetar la religión, color, sexo, idioma, etcétera, expandirá el valor solidario de enfermería de modo que sea impuesto en todos los aspectos profesionales y disciplinares a los que se rige el cuidado enfermero (Leininger, 1999).

La Dra. M. Leininger recalca que la participación conjunta de enfermería y el paciente pueden diseñar un nuevo o diferente estilo de cuidado para la salud. De este modo, el uso de ambos individuos tanto profesionales como pacientes, requerirá de ambos saberes y conocimientos para desarrollar pensamientos estratégicos que generen acciones de cuidado mismo que están enfocados al objetivo de la teoría.

El cuidado es universal, pero las acciones, patrones, expresiones, estilos de vida y los significados del cuidado pueden ser diferentes; el cuidado con conocimientos de la diversidad cultural es especial en la práctica de la profesión para poder brindar cuidados adecuados al individuo, familia y comunidad, cuando se habla de la diversidad de los cuidados culturales alude a la variación y diferencia existente en los significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia, dentro de una colectividad y estos a su vez van direccionados a ayudar, apoyar o facilitar las medidas o acciones del profesional de enfermería.

M. Leininger al basar su teoría en la enfermería transcultural y los cuidados culturales, forjó con ello una rama del aprendizaje de la disciplina que se centra en el estudio comparativo y a su vez permite al profesional analizar de manera holística a las personas culturalmente diversas, así como el valor otorgado del cuidado desde una concepción mayor, las prácticas, valores y creencias que giran alrededor del proceso de la Salud/enfermedad (Leno-González, 2006).

En conclusión, la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados es sumamente útil para orientar mediante el estudio comparativo y la utilización de métodos etnológicos, el descubrimiento y la evolución del cuidado dentro de las diferentes culturas y contextos que el profesional de enfermería presta sus servicios.

Otro gran aporte para la disciplina fue el que realizó Joyce Newman Giger en el (2016). En donde desarrolló un segundo modelo de Asesoramiento e intervención en enfermería transcultural basado en modelo de la Dra. M. Leininger y se enfoca en la definición de la enfermería transcultural, los individuos culturalmente únicos, el cuidado de enfermería culturalmente diverso y ambientes culturales sensibles.

Recientemente Purnell desarrolló un modelo en el que incluye un diagrama que se puede utilizar por diferentes profesiones de la salud, con enfoque a diferentes dominios sobre la cultura y la salud. Este modelo presenta la descripción y uso de la competencia cultural en la práctica profesional, la educación en la preparación del nuevo recurso humano, la administración y la investigación en enfermería, médicos, y otros profesionales de la salud. Dicho modelo propone 12 dominios, en

diversos contextos por lo que resulta de gran practicidad su aplicación (Purnell, 1999)

El desarrollo de este modelo: es producto de las experiencias, las vivencias, observaciones, lecturas personales, prácticas clínicas, la enseñanza y la investigación formal en este sentido Purnell (1999) sostiene que: “Los proveedores de cuidado de la salud tienen la responsabilidad primaria de crear un ambiente adecuado y sincero para la recolección de la información en este contexto” (P. 1).

4.1- MARCO CONCEPTUAL:

Algunas conceptualizaciones que se relación con este protocolo de investigación se describen a continuación:

Dentro de los conceptos más importantes encontramos; el de cultura, ya que a través de la cultura se puede llegar a identificar patrones conductuales y valores propios de una determinada población y/o grupo social, Tal como lo menciona Lehniger. “La cultura se refiere a las creencias, valores, símbolos, estilos de vida de una cultura particular y que son aprendidos, practicados y generalmente transmitidos de generación a generación cómo normas de comportamiento en la vida” (Leininger,1999).

Para comprender el concepto de cultura es importante mencionar que es en la antropología donde surge su concepción más amplia y podemos partir de la definición del antropólogo británico Edward B Tylor, quien en el año de 1871 concibió a la cultura como: “Esa totalidad que incluye conocimientos, creencias, arte, moral, derecho, costumbres y cualesquiera otras aptitudes y hábitos que el hombre adquiere como miembro de la sociedad” (Lévi-Strauss, 2006, p.26).

Es importante mencionar la conceptualización de que realiza purnell sobre la cultura en donde hace referencia a este término como:

“A la totalidad de los patrones comportamentales socialmente transmitidos, las artes, creencias, valores, costumbres y estilos de vida y todos los otros productos del trabajo humano y los pensamientos propiamente característicos de una población de personas que guían su visión del mundo y sus decisiones. Dichos patrones pueden ser explícitos o implícitos, primariamente aprendidos y transmitidos en una familia”. (Purnell, s. f.)

En este sentido nos podemos referir a la cultura como todo el conjunto de creencias, valores, costumbres, actitudes y comportamientos que comparte un determinado grupo social y que regularmente se heredan de generación en generación.

Otro concepto que se considera de gran relevancia por Leininger; es de cuidado como esencia de la profesión, es importante el abordaje desde la perspectiva de esta teórica filosófica en donde: Leininger (1999) aborda el concepto de cuidado como: “La esencia y acto diferenciador de la enfermería que permite a las personas mantener o restablecer su salud o bienestar o afrontar su enfermedad, su discapacidad o su muerte” (p.2).

Dicha autora mencionaba que los conceptos de cuidado y de cultura están estrechamente relacionados al llegar a establecer una filosofía, naturaleza y esencia en la enfermería Transcultural. En este sentido también es importante retomar en grosso modo, el término de enfermería como parte fundamental en el desarrollo de esta investigación y como parte integral de los sistemas de salud los la cual incluye la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención de personas con enfermedades físicas y mentales, así como de personas con discapacidades de todas las edades, en todos los establecimientos de salud y otras instalaciones comunitarias (Consejo Internacional de Enfermería, s. f.)

Jean Watson define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia de la salud – enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas. El cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el

descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la autocuración. (Cohen, 1991)

Watson cree que estudiar humanidades amplía la mente, el pensamiento y el desarrollo personal, por lo que es pionera en la integración de las humanidades, las artes y las ciencias, por otra parte, para Virginia Henderson enfermería es: “Enfermería es ayudar al individuo enfermo o sano a realizar aquellas actividades que contribuyan a la salud, su recuperación o a una muerte en paz y que podría llevar a cabo sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios” (Rodríguez, Mejías, y Moreno, 2011). Bajo esta premisa Leininger (1999) define al ser humano como: “La persona quien cuida y es capaz de interesarse por otros; aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según la cultura” (p.1). en esta misma línea conceptual fue través de su teoría logró definir a la enfermería transcultural como:

Leininger (1999) “Área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado, basado en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud y hacer frente a sus discapacidades o su muerte” (p. 1).

Así mismo, también es importante mencionar el concepto de Enfermería Transcultural: donde los profesionales de enfermería tienen un enfoque de análisis y estudio de las diferentes culturas Y subculturas del mundo, también de manera concreta se debe mencionar que del término transcultural también sirve o puede ser utilizado para describir la trascendencia que hay entre una cultura y otra (Leininger, 1999)

La Dra. Leininger también desarrolló dentro de sus principales postulados el concepto de enfermería intercultural, los profesionales de enfermería utilizan terminología antropológica sin comprometerse en el desarrollo de la investigación o técnicas dentro de la enfermería transcultural. Cabe mencionar que este último término se debe tomar en cuenta que utilizar el término intercultural desde un punto

de vista antropológico se debe considerar la interrelación que puede existir de cultura a cultura (Aguilar-Guzmán et al. 2018).

Los conceptos anteriores indiscutiblemente se correlacionan con el término de etnocentrismo el cual se refiere a la creencia que los propios valores, creencias y maneras de conocer y hacer, son mejores o superiores a otras. Mientras que la imposición cultural se define como la tendencia de imponer los propios valores y creencias y prácticas etnocéntricas a otra persona o grupo, limitando con ello su libertad y respeto al ser humano (Leininger, 1999).

Por último, es de suma importancia exponer ante este marco conceptual la definición experiencias, ya que es a través de este concepto que emerge el propósito principal de esta investigación, en donde todas estas interacciones entre el profesional de salud y el paciente nos permite vislumbrar que pueden ser favorables o desfavorables en la recuperación de la salud del individuo, familia y/o comunidad. En este sentido Kant menciona que la experiencia nos indica la referencia entre el conocimiento, a partir de la cual habrá de adecuarse, elaborarse a la que habrá de responder y corresponder a la que tiene que dar razón (Amengual, 2007).

V- MATERIAL Y MÉTODOS:

5.1 ENFOQUE

La presente investigación fue de tipo cualitativo; con un método etnográfico. En donde Gómez, Flores, y Jiménez (1999). Mencionan que; este enfoque permite al investigador estudiar la realidad en su contexto natural, tal y como sucede; permite sacar sentido, así como interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que le otorgan las personas implicadas. La investigación Cualitativa se identifica como un grupo de metodologías, cada una de ellas ofrece al investigador una óptica diferente, por la que se pueden explorar, interpretar, comprender y explicar los diferentes fenómenos de la vida diaria (Departamento de Salud Comunitaria, 1999).

por otra parte la investigación Cualitativa implica la utilización y recogida de un gran número de materiales-entrevista, experiencia personal, historias de vida, textos históricos, observaciones; imágenes y sonidos que le permiten al investigador describir la rutina, así como situaciones problemáticas y los significados de estas para los grupos poblacionales estudiados (Gómez, et al. 1999).

5.2 MÉTODO:

En relación con el método: La característica distintiva del método etnográfico radica en el interés de construir, dar sentido y significado a las prácticas sociales cotidianas de un determinado grupo social y/o grupo poblacional (Gómez, et al. 1999).

Por otra parte, Spradley (2016). Menciona que la etnografía, contempla en su método un proceso científico por el cual se puede llegar a conocer a las personas, fenómenos y grupos sociales durante un periodo de tiempo utilizando principalmente la observación del contexto y las entrevistas como las principales técnicas de la recolección de la información.

El método etnográfico estudia los diferentes componentes culturales de las personas y su entorno: sus relaciones grupales, sus creencias, símbolos y rituales, los objetos que se utilizan, sus valores y costumbres (Prado, et al. 2008).

En relación con todo lo anterior, en la profesión de enfermería se desarrolló el método de investigación de la Etnoenfermería como herramienta para poder analizar los fenómenos culturales en el cuidado de la salud. Leininger (1999) menciona que “la Etnoenfermería se enfoca en registrar, describir, explicar e interpretar los puntos de vista, significados, símbolos y experiencias de los diferentes objetos de información de una manera natural, abierta e inductiva”. Por otra parte, la etnografía no solo se limita al campo de estudio de las comunidades indígenas, en enfermería este método puede ser utilizado para realizar

investigaciones en cualquier otro ámbito; hospitalario, domiciliario y/o universitario (Pérez, et al. 2021).

5.3 CONTEXTO

La región Mayo se localiza entre en gran medida al norte del estado de Sinaloa y al sur de Sonora. En Sinaloa sus comunidades se distribuyen desde los municipios de: El Fuerte, Choix, Ahome, parte de Guasave, Y Sinaloa de Leyva. En Sonora los municipios en los que existen asentamientos de comunidades Mayo son: Álamos, Quiriego, Navojoa, Huatabampo y Etchojoa (Indígenas, s. f.).

El escenario donde se realizó esta investigación: es una comunidad indígena Mayo-Yoreme, que se encuentra presente en el norte del estado de Sinaloa, dicha comunidad lleva por nombre Mochicahui perteneciente al municipio de El Fuerte.

La selección de esta comunidad respondió principalmente a su accesibilidad, al ubicarse cerca de la cabecera municipal y a su vez se establece como uno de los centros ceremoniales esenciales para la conservación de cultura Mayo – Yoreme. La historia de esta comunidad está parcialmente documentada, sin embargo, existen datos relevantes como que, en 1533 durante la conquista, se iniciaron las primeras exploraciones encontrando como resultado, resistencia por parte los pobladores de estos asentamientos (Borboa-Trasviña, 2007). Debido a su proceso histórico, las comunidades Mayos - Yoremes han tenido que compartir en gran medida parte de su territorio con poblaciones mestizas por lo que ambos grupos conviven y en algunas localidades los Yoremes han sido desplazados. (Indígenas, s. f.).

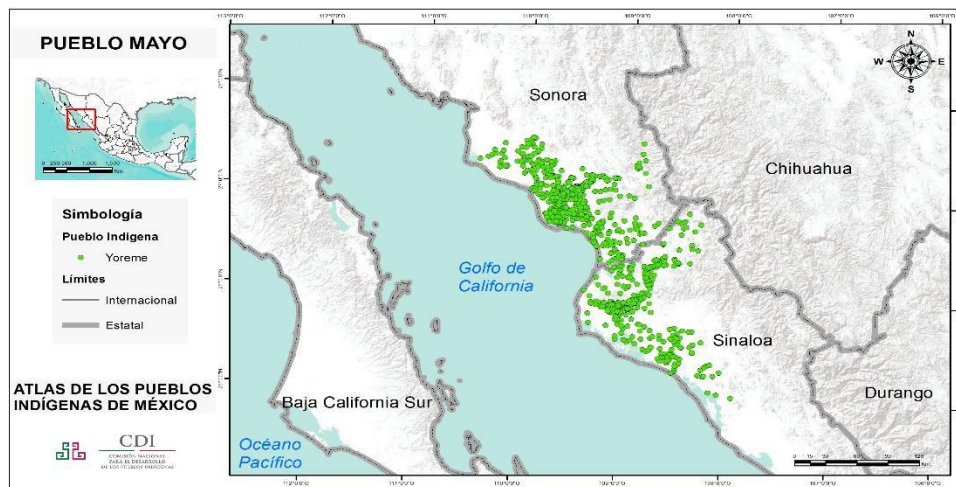
En Sinaloa se estima que existen alrededor de 11,035 personas indígenas pertenecientes a la cultura Mayo – Yoreme. La lengua dominante de esta región es el español, la lengua materna Mayo pertenece a la familia tara-chita del tronco yoyonahua y está estrechamente emparentada con la lengua Yaqui y Guarijío, se puede

observar que el monolingüismo es sumamente bajo y se registra principalmente en niños y adultos mayores (Indígenas s. f.).

La salud de los Mayos-Yoremes se atiende principalmente de tres maneras diferentes: las instituciones oficiales como; centros de salud rurales juegan un papel fundamental en la prevención y el tratamiento de las enfermedades, el hogar, conocido como la medicina doméstica es otro gran método de tratamiento y por último mediante especialistas tradicionales.

Figura 2

Distribución geográfica de las comunidades indígenas mayo-Yoreme



Fuente: Retomado de (Anón, s. f.) en español.

5.4- TEMPORALIZACIÓN:

La presente investigación se realizó bajo la siguiente calendarización; de agosto del 2022 a agosto del 2024 tal y como se muestra en el apéndice uno, en las tablas: (2, 3, 4, 5), en donde a través de cronogramas se establecieron las principales actividades y pasos a seguir en harás de garantizar el éxito de esta.

5.5- PARTICIPANTES:

Se establecieron algunos criterios de relevancia teórica, de acuerdo con; Glaser y Strauss citado por (Páramo Morales 2015) en donde señalan que los criterios para la selección de participantes en un estudio cualitativo deben ser de relevancia teórica, por lo que deben ser seleccionados de acuerdo con el propósito de la investigación y que su vez promuevan la emergencia los de categorías pertinentes.

5.5.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO.

Los participantes fueron principalmente: personas indígenas que acudían al centro de salud de la comunidad de Mochicahui, el profesional de enfermería que laboraba en estos centros de salud de primer nivel de atención.

Para delimitar el número de participantes se establecieron algunos criterios de inclusión, exclusión y de eliminación con la finalidad de facilitar el acotamiento teórico.

Criterios para las personas indígenas:

- ✓ Quienes acepten participar.
- ✓ Mayor de 18 años.
- ✓ Sexo indistinto
- ✓ Se identifica como indígena.
- ✓ Hablantes de la lengua materna Yorem Nokki.
- ✓ Que viva en la comunidad de Mochicahui y/o sus alrededores.
- ✓ Quienes se atienden en el centro de salud de la comunidad de Mochicahui.

Dentro de los criterios de exclusión para las personas indígenas tenemos:

- ✓ Personas con discapacidad cognitiva.
- ✓ Quienes no logren demostrar la mayoría de edad.

Criterios de eliminación de las personas indígenas:

- ✓ Personas que no firmen el consentimiento informado.
- ✓ Quienes no deseen ser audio grabados.
- ✓ Quienes contesten de manera muy limitada las preguntas.
- ✓ Quienes desertan antes de que concluya la investigación.

Criterios de inclusión para los profesionales de enfermería:

- Quienes acepten participar.
- Quienes cuenten con grado de licenciatura en enfermería.
- Quienes trabajen en los centros de salud de la comunidad de Mochicahui.
- Sexo indistinto.
- Edad indistinta.

Criterios de exclusión para los profesionales de enfermería:

- Profesionales de enfermería que cuenten con permiso de ausentismo y/o incapacidad.
- Quienes no acrediten el grado de licenciatura en enfermería.
- Quienes suplen de manera temporal en los centros de salud de la comunidad de Mochicahui.

Criterios de eliminación de los profesionales de enfermería:

- ✓ Personas que no firmen el consentimiento informado.
- ✓ Quienes no deseen ser audio grabados.
- ✓ Quienes contesten de manera muy limitada las preguntas.
- ✓ Quienes desertan antes de que concluya la investigación.

5.6 SELECCIÓN DE PARTICIPANTES

La cantidad de participantes fue por conveniencia de acuerdo con la técnica de saturación de datos en la cual se realiza una exploración exhaustiva del fenómeno de interés para poder llegar a conocer a plenitud lo que se observa o se descubre.

Por lo que en este proceso de saturación se aplica un indeterminado número de veces el instrumento de la recolección de la información a grupos focales, de discusión y las entrevistas, hasta que los sujetos de estudio repiten sus argumentos y dejan de proporcionar datos nuevos. En ese momento se recomienda al investigador, dejar de recoger la información (Martínez-Salgado, 2012).

5.7- TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

La observación científica es el primer paso del método científico. Es una de las habilidades básicas del investigador. Hay un fin, hay un plan sistemático, en el plan anterior se registra el fenómeno observado y se evalúa la observación para comprobar su validez y fiabilidad. En la investigación cualitativa se observa lo siguiente: Fenómeno o hecho social y cultural (Friz, 2018).

La observación tiene como objetivo describir, explicar, comprender y descubrir patrones. Es un Instrumento dado al hombre que utiliza la información recopilada de él nuestros sentidos y permite el aprendizaje. La observación científica es el primer paso del método científico.

La presente investigación utilizó como técnica para la recolección de la información la observación participante: Que en palabras de Taylor y Bogdan (1992) la definen como; la interacción social entre el investigador y los informantes en el escenario social, ambiente o contexto. Durante este proceso, se recoge la información de modo sistemático, implica la selección del contexto social, el acceso.

La recolección de información se realizó mediante la aplicación de entrevistas semi estructuradas etnográficas, según el investigador etnográfico; Spradley (2016) la define como una conversación informal en la que de manera natural van surgiendo preguntas que se adaptan a los fenómenos y/o sujetos de estudio y a las condiciones del contexto y Su principal característica es la flexibilidad. Las personas entrevistadas tenían una gran libertad de poderse explayarse. Dicha técnica no se desarrolla como una conversación abierta; en su desarrollo surge la necesidad de que el investigador induzca al entrevistado a contestar y con ello se van

introduciendo nuevas estructuras y pautas lo que se concluye con el guión de temas a tratar. La entrevista etnográfica, se considera como una práctica discursiva puesto que se establece como un proceso de coproducción de la información entre el investigador y entrevistado quienes habrán de guiar la interpretación de lo dicho a través de pistas a las que posteriormente se les otorgará un significado (Pizarro, 2014).

Se prevé que los instrumentos de esta investigación fueron avalados por expertos en el tema de la etnografía, por lo que se certificó una guía de entrevista etnográfica y una guía de observación.

5.7.1 - DESCRIPCIÓN OPERATIVA:

Como parte inicial de esta investigación se envió este como un protocolo terminado para su registro a un comité de ética certificado de la secretaría de salud con sede en el Hospital General de Culiacán, con la finalidad de que se brinden los permisos y/o observaciones correspondientes, se realizaron los trámites administrativos que marcaron el inicio de la investigación. Dentro de las actividades que aseguraron el éxito de esta investigación estuvo; visitar el campo de la investigación previamente y contactar al gobernador indígena para solicitar su permiso y colaboración. Una vez realizadas todas estas actividades; se realizó la introducción al campo de estudio para la recolección de la información con el uso de una entrevista semi estructurada como se muestra en el (Apéndice 4). Para ello se necesitó buscar a los potenciales entrevistados, entregar los consentimientos informados a quienes decidieron participar tal y como se muestra en el (Apéndice 6). Para ello previamente se les explico en qué consistía la investigación, sus objetivos y el cronograma de actividades. El tiempo para la recolección de la información fue de alrededor de 60 días.

5.7.2 - RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS:

Para el desarrollo de esta investigación se contó con el siguiente recurso humano:

- L.E. Rodrigo Almada Jacobo (Estudiante de maestría)
- Dr. Jesús Roberto Garay Núñez (director de tesis)
- Dra. Verónica Jiménez Barraza (Codirectora de tesis)

Por otra parte, dentro de los recursos financieros previstos se estableció que: todos los gastos generados fueron subsidiados por el investigador y colaboradores apoyados por recursos públicos como parte del programa Becarios del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología en México, donde el gasto promedio Total fue de \$50,510.00 MXN. importe con letra: Cincuenta mil quinientos diez pesos con cero centavos, tal y como se muestra en el (apéndice 2, tabla: 8).

5.8- ANÁLISIS DE LOS DATOS:

Dentro de las actividades más importantes en el desarrollo de esta investigación se encontraba el análisis de los datos, por lo que, en un primer momento se procedió a realizar un mapeo general de toda la información obtenida durante el trabajo de campo en donde las actividades como la transcripción de las grabaciones se realizaron a través de desbravadores Virtuales, disponibles de manera gratuita en internet, una vez hecho este proceso es importante leer y releer esta información con la finalidad de evitar omisiones en su transcripción.

Una vez teniendo todas las entrevistas transcritas se ordenaron de acuerdo con el análisis propuesto por Spradley (2016), este método científico establecen cuatro

áreas fundamentales: “el establecimiento de los dominios, de las taxonomías, componentes y temas”

Los dominios se establecieron como categorías meramente culturales en las que se incluyeron subcategorías semánticas en la que la tarea principal fue determinar el conocimiento de los conceptos culturales en los que se involucran términos de menor jerarquía. Por otra parte, las taxonomías son construcciones conceptuales que se determinaron a raíz de diferentes relaciones semánticas entre los términos que se encontraron presentes en los dominios por lo que una taxonomía reveló la existencia de subconjuntos relacionados en un todo. Así mismo la tercera fase consistió en el análisis de los componentes la cual surgió del establecimiento de los dominios y taxonomías, este procedimiento nace de una profunda actividad reflexiva que permite comprender el significado de un término que difiere de los demás. Para concluir, el análisis de los temas se consideró la etapa final en la que el investigador intentó describir mediante sus observaciones; la cultura, señalo sus características generales y específicas. El objetivo principal de esta fase radico en identificar todos aquellos elementos cognitivos que constituyen una cultura, lo que sus integrantes creen e identifican como real.

Dentro de las consideraciones del análisis de nuestra investigación es importante mencionar que dicho proceso se realizó de manera manual y apoyados en el software especializado para el análisis de datos cualitativos Atlas TI en su versión 2023.

5.9- CRITERIOS DE RIGOR:

La rigidez es un concepto transversal en el diseño de un proyecto de investigación y permite apreciar la aplicación escrupulosa y científica de los métodos de investigación y análisis para la obtención y procesamiento de datos. Castillo (2003) considera: la credibilidad, la conformabilidad y la transferibilidad. La Credibilidad se alcanzó cuando los hallazgos del estudio fueron reconocidos como reales por las

personas que participaron en el estudio y por quienes están en contacto directo con el fenómeno de investigación. Por otra parte, la conformabilidad hace referencia a la neutralidad con la que se interpretaron y analizaron los datos. Por último, la transferibilidad; se establece como la posibilidad de transpolar los resultados a otros grupos y/o contextos similares.

5.10- CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO.

La investigación se realizó conforme a los principios de confidencialidad, anonimato y privacidad, establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud (Anón, s. f.).

La secretaria de salud (2014) considera los principios éticos de vital importancia para el desarrollo ético de la investigación, se basa en cuatro principios básicos: no maleficencia, beneficencia autonomía y justicia, por lo que toda aquella investigación debe guiarse a través de estos principios. Por lo que, el principio de no maleficencia es considerado como el más importante y deberá ser aplicado en todo momento priorizando así la integridad física y mental de los participantes.

El principio de la Beneficencia está íntimamente relacionado y se fusiona con los hechos que están ahí, que han sido estudiados y deben ser de beneficio para el titular de los datos. Se establece; El principio de autonomía se refiere al derecho del individuo a tomar sus propias decisiones. La autonomía del observado se plasma en el consentimiento informado, es decir, cuando consideró necesario que el sujeto diera su permiso para cualquier acción relacionada con él, Sin embargo, para que la persona autorice este acto investigativo, tenía que hacerlo. Es por ello, que se le proporcionará la información suficiente, necesaria, clara y comprensible. Por último, el principio de justicia data de tratar a cada persona tal y como le corresponde; lo anterior sin más ni menos atributos que los que su condición amerita (Miranda-Novales, et al. 2019).

- Es de suma importancia recalcar que la presente investigación representa un riesgo mínimo para quienes deseen participar.
- Todas las consideraciones éticas, así como los acuerdos antes descritos quedan formalmente establecidas a través del consentimiento informado tal y como se muestra en el (apéndice 6).

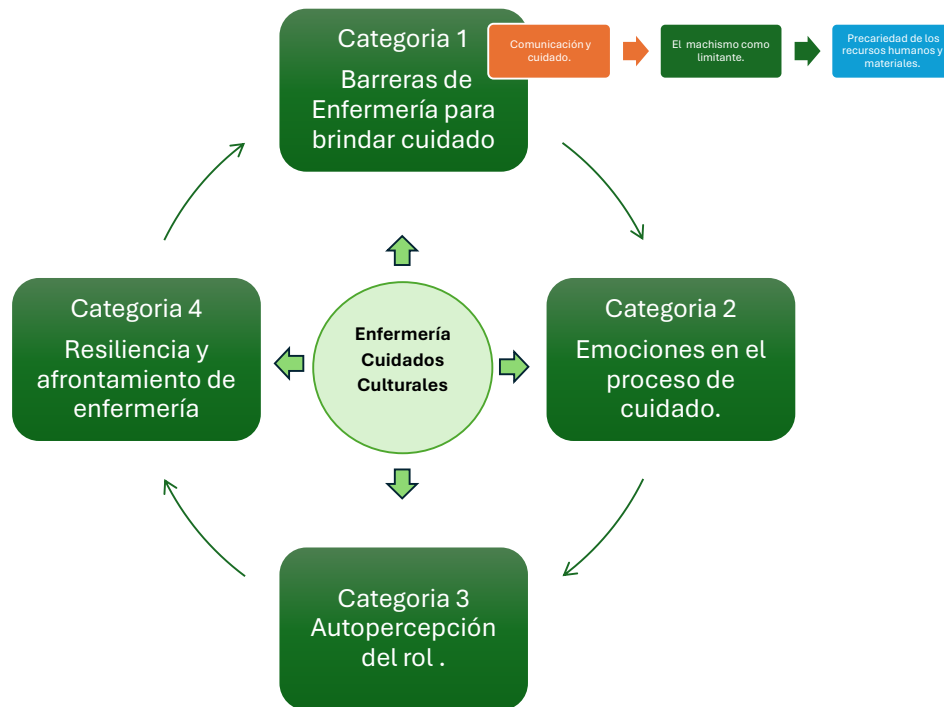
VI- RESULTADOS

Posterior al análisis de los resultados, emergieron 6 categorías en total, de estas, 4 pertenecen a los profesionales de enfermería y 3 subcategorías. Las categorías de los profesionales de enfermería fueron nombradas de la siguiente manera: Categoría 1 ***Barreras de enfermería para brindar cuidado***, de esta categoría emergieron 3 subcategorías: Sub. 1- comunicación y cuidado, sub. 2- emociones implícitas en el proceso de cuidar y sub. 3- recursos humanos y materiales. A la categoría 2 se le nombro: ***Emociones en el proceso de cuidado*** a la categoría 3. ***La autopercepción del rol y por último la Resiliencia y afrontamiento de enfermería.***

Para los resultados de las personas indígenas se obtuvieron 2 categorías denominadas: Categoría 1 ***Creencias y formas de cuidado***, categoría 2 ***La tiranía del cuidado***. Todas ellas nos permiten a través de la dualidad de las interpretaciones EMIC y ETIC favorecieron la comprensión sobre las experiencias vividas de personas indígenas Mayo-Yoreme y de los profesionales de enfermería, relacionadas con el cuidado, las cuales se describen grosso modo a continuación:

Esquema 1:

Categorización de los profesionales de Enfermería

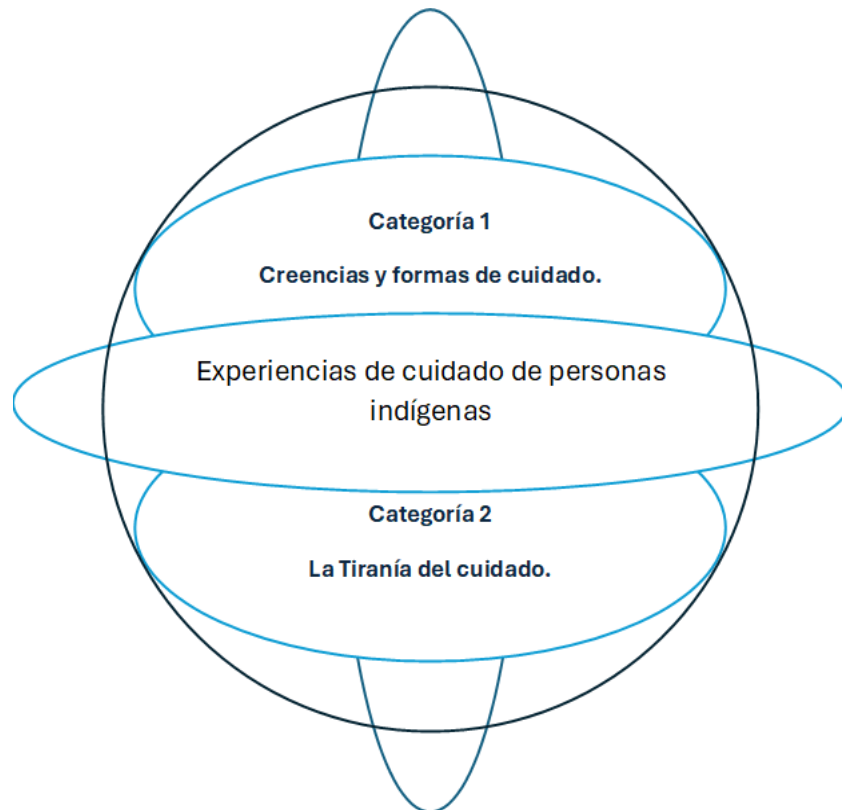


Nota: En el esquema se centralizo el fenómeno de estudio y realizo de la manera circular para globalizar todo lo que relaciona con el proceso de cuidado y las experiencias de los profesionales de enfermería al brindar cuidado en entornos culturales.

Fuente: Elaboración propia (Almada 2024).

Esquema 2:

Categorización de las personas indígenas Mayo-Yoremes.



Nota: En el esquema se centralizó el fenómeno de estudio y realizó de la manera circular para globalizar todo lo que relaciona con el proceso de cuidado y las experiencias de las personas indígenas Mayo-Yoremes al ser cuidados por profesionales de enfermería.

Fuente: Elaboración propia (Almada, 2024).

Como parte de los resultados a continuación se describen los datos Socio Etnográficos en donde se realizaron un total de 17 entrevistas, 9 corresponden a los profesionales de enfermería y 8 a las personas indígenas Mayo-Yoremes.

Tabla 2 :

Datos sociodemográficos de los profesionales de enfermería.

Seudónimo	Edad	Antigüedad	Sexo:	Grado de estudios:
Moroyoqui	32	7 años	Femenino	Licenciatura
Bacasehua	53	12 años	Femenino	Nivelación de lic.
Anguamea	47	15 años	Femenino	Nivelación de lic.
Jatomea	51	13 años	Masculino	Nivelación de lic.
Buchia	35	6 años	Femenino	Licenciatura
Bocobachi	31	5 años	Femenino	Licenciatura
Busani	40	9 años	Femenino	Nivelación de lic.
Buitimea	42	7 años	Femenino	Nivelación de lic.
Baipoli	35	4 años	Femenino	Nivelación de lic.

Nota: Para mantener la confidencialidad y el anonimato del estudio y de los participantes, se asignaron seudónimos para así resguardar su integridad, a manera que cada participante se nombró con apellidos pertenecientes a la cultura Mayo-Yoreme.

Fuente: Elaboración propia (Almada, 2024)

Tabla 3:

Datos sociodemográficos de las personas indígenas Mayo-Yoremes.

<i>Seudónimo</i>	<i>Edad</i>	<i>Hablante Yoreme</i>	<i>Sexo:</i>	<i>Grado de estudios:</i>	<i>Religión</i>
Naráaso	61	No	Femenino	Primaria inconclusa	Católica
Siáli	43	No	Femenino	Primaria	Católica
Chukuli	49	Si	Femenino	Primaria	Católica
Tósali	57	Si	Femenino	No estudio	Católica
Tóloko	67	Si	Femenino	No estudio	Católica
Tewelli	56	Si	Femenino	No estudio	Católica
Síkili	48	No	Femenino	Secundaria	Católica
Sawali	42	No	Femenino	Preparatoria abierta.	Católica

Nota: Para mantener la confidencialidad y el anonimato del estudio y de los participantes, se asignaron seudónimos para así resguardar su integridad, a manera que cada participante se nombró con colores en el idioma de los Mayo-Yoreme.

Fuente: Elaboración propia (Almada 2024).

6.1 DESCRIPCIÓN DE LAS CATEGORÍAS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.

De las entrevistas emergieron diversas categorías clave que revelan las dinámicas presentes en el proceso de cuidado. La primera categoría, "Barreras para brindar cuidado", incluye tres subcategorías: la comunicación y el cuidado, el machismo como una limitante, y la precariedad de los recursos humanos y materiales. Estas subcategorías reflejan las dificultades que enfrentan los profesionales al intentar ofrecer un cuidado adecuado en contextos de desigualdad y diferencias culturales. La segunda categoría, "Emociones en el proceso de cuidado", muestra el impacto emocional que tiene la atención en estos entornos para los enfermeros. La tercera categoría, "Autopercepción del rol", aborda cómo los profesionales de la salud entienden y valoran su labor dentro de estas comunidades. Finalmente, la cuarta categoría, "Resiliencia y afrontamiento de enfermería", explora las estrategias que desarrollan los enfermeros para enfrentar las adversidades que surgen en su trabajo.

El análisis de estas categorías se realizó desde una visión "ético", es decir, desde la perspectiva del observador externo, lo que permitió identificar patrones y comportamientos comunes en los profesionales de enfermería y profundizar en los retos que enfrentan al cuidar de la población indígena Mayo Yoreme.

Categoría 1. Barreras de enfermería para brindar cuidado:

Descripción Operativa:

Se describen como barreras para brindar cuidado: aquellas situaciones, medidas, métodos y procesos, que limitan y obstaculizan de manera física, psicológica, económica, culturales, religiosas entre otras, el que hacer profesional de enfermería.

Trechos de la entrevista :

- **Anguamea** *"siempre existen limitantes, por desgracia a los de enfermería siempre nos toca batallar [...] siempre nos ha tocado la bola negra [...]"*

- **Moroyoqui** “cómo le diré [...] Nota de campo: (la persona se queda pesando con la mano en la boca y respira profundo) desde que ingrese a trabajar, pues imagínate ya tengo 8 años aquí, nunca me ha tocado ver que no **batallemos por una o otra cosa**”.
- **Buichia** “Muy a pesar y de que sabemos que **existen muchas barreras, nosotras** como enfermeras siempre tratamos de solucionar, siempre buscamos que la gente se vaya contenta [...] ”
- **Bacasehua** “A la gente no le importa [...] al final de cuentas **tú le tienes que solucionar**, a ellos no les interesa si hay o no hay, o si tú **tienes problemas** [...]”
- **Anguamea** Cuidar es complejo, por lo menos aquí sí, [...] esto es cuenta de nunca terminar, problemas siempre hay y más en este tipo de lugares, donde la gente tiene una manera de pensar muy cerrada. *Jatomea*

Trechos empíricos:

Delgado-Rojas et al. (2021).en su estudio titulado: “La visita domiciliaria como estrategia para la atención primaria en familias de zonas rurales” refiere que:

Los profesionales de enfermería a menudo tienen que enfrentarse a varias limitaciones, como creencias arraigadas en las familias, difícil acceso al hogar, peligros e incertidumbre en las calles y recursos materiales y humanos limitados para desempeñar adecuadamente sus actividades profesionales.

Castellanos (2024) en su estudio “Un acercamiento frente a la diversidad cultural” menciona que;

Los equipos de enfermería en este contexto en específico se enfrentan a múltiples barreras, así mismo, desarrollaron sus propias estrategias para superarlas, donde se identificaron como principales limitaciones para el cuidado las impuestas por el contexto, las creencias culturales y procesos

comunicativos debido a las múltiples lenguas y dialectos de poblaciones indígenas.

Juárez-Ramírez et al. (2021) en su estudio “Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud” nos dice que:

En este estudio se menciona que: Aunque existen diversos establecimientos médicos para la atención de mujeres, hubo circunstancias organizativas que dificultaron el acceso oportuno, como los horarios de apertura. Además, en ocasiones, las mujeres entrevistadas no encontraron personal de salud calificado, lo que las llevó a ser referidas al hospital.

Figuroa-González et al. (2021) en su artículo de investigación titulado: “Barreras culturales de comunicación con el personal de salud al recibir recomendaciones para una alimentación saludable en una comunidad Maya de Yucatán” menciona que:

Las mujeres encuestadas no tienen clara o completa certeza de las recomendaciones de alimentación saludable que les brindó el personal de salud, lo cual influye negativamente en sus decisiones alimentarias e incluso disminuye su adherencia al tratamiento, al intentar seguir instrucciones contradictorias.

Por otra parte, Manríquez-Hizaut et al. (2022) en su investigación denominada; “Experiencias de salud mapuche en Atención Primaria de Salud desde trabajadores sanitarios y usuarios/as en zona urbana de Chile” menciona que:

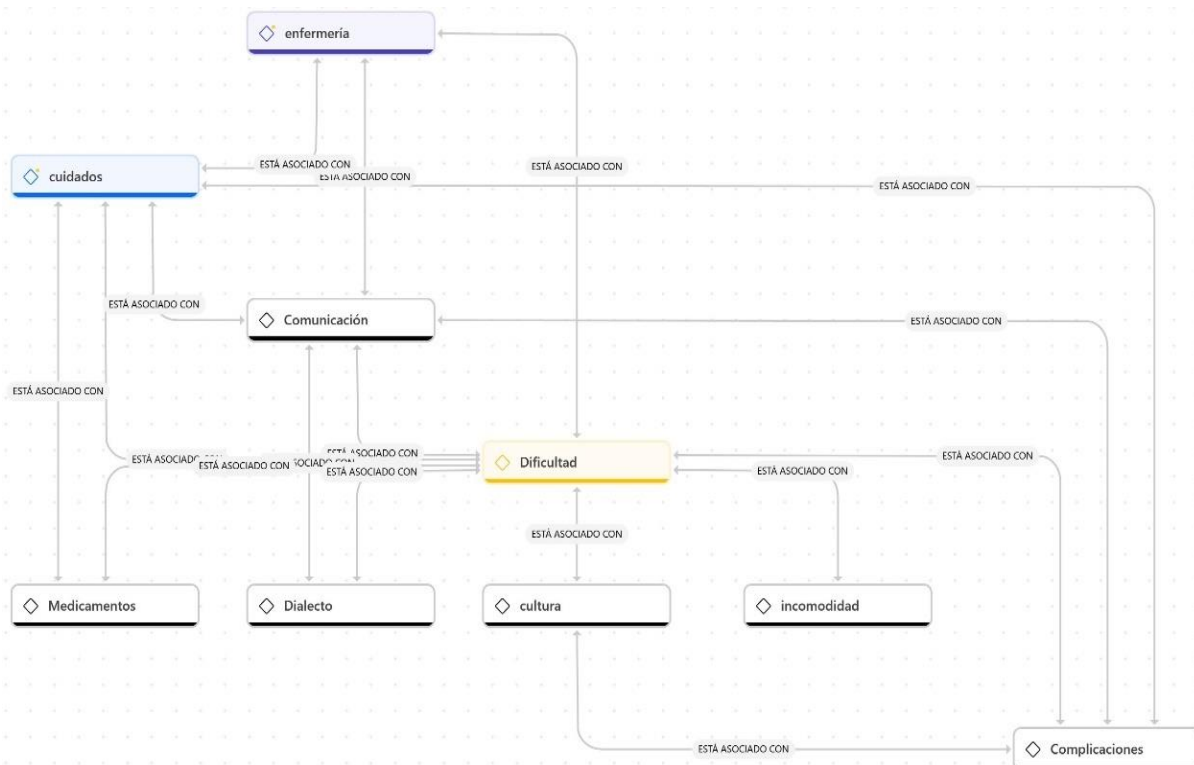
Los(as) profesionales reconocen que incorporar cambios en las prácticas de atención enfrenta barreras que requieren cambios en las orientaciones y políticas nacionales sobre la Atención Primaria de Salud (APS). Incluso cuando estas políticas plantean la necesidad de enfoques integrales e interculturales.

Es importante mencionar que según: Castillo et al. (2019) en su investigación “Competencia cultural de enfermeras en salud pública con población indígena” nos comparte que:

El lenguaje y la comunicación son elementos clave en la competencia cultural y lingüística que permiten mitigar las barreras que enfrentan los profesionales de enfermería al brindar cuidados en entornos culturalmente diversos. Una comunicación efectiva y el entendimiento mutuo son fundamentales para establecer una relación de confianza entre el personal de enfermería y los pacientes, lo cual es crucial para proporcionar una atención de salud de calidad y centrada en el paciente.

Imagen 2:

Categoría 1 “Barreras de enfermería para brindar cuidado”



Nota: Imagen en esquema de categoría realizado a través de Atlas TI versión 2023.

Fuente: Elaboración propia (Almada, 2024).

Subcategoría 1. “Comunicación y cuidado”.

Descripción Operativa:

La comunicación es el proceso de interlocución entre un emisor y un receptor de en donde se busca intercambiar información, para el profesional de enfermería establecer una buena comunicación con la población indígena le permite tener la posibilidad de facilitar su quehacer profesional a la hora de brindar cuidados a poblaciones culturalmente diversas.

Trechos de las entrevistas:

- **Busani** “Nosotros no hablamos dialecto, que nosotros no pertenecemos a su cultura, ya desde ahí ya pierdes, porque no hay una buena comunicación [...]” nota de campo (la persona se muestra impotente)
- **Baipoli** “Y tenemos que trabajar con ellos para generarles confianza, porque, porque ellos son personas muy desconfiadas, ellos tienen creencias, ellos son personas con las que tienes que tener mucho tacto, saber cómo hablarles [...]”
- **Buitimea** “Pues nosotros ahí más o menos tratamos de comunicarnos en muchas ocasiones con señas, muchas de las veces nadie habla español y ahí nos vez con el Hewi, Hewi (si en Yoreme) ya hasta los buenos días les damos en su dialecto, pero la verdad que si es muy complicado [...]”
- **Bocobachi** “Siempre existe la duda, si la persona, entienden lo que tú le estas queriendo decir, uno siempre tiene que estar preguntando. ¿Me entendió? [...]” Nota de campo: (La persona muestra una cara de admiración, y mueve las manos de manera sorpresiva).

Trechos empíricos:

Carreño-Pérez, (2020) establece que;

La comunicación efectiva es el pilar fundamental de la relación entre la enfermera y el paciente. Esta relación enfermera paciente puede llegar a ser

un verdadero reto, sobre todo cuando nos enfrentamos a la barrera del lenguaje en las comunidades indígenas de México. Estas comunidades, con su diversidad lingüística y cultural, representan un desafío significativo para los profesionales de la salud que buscan brindar una atención médica de calidad y personalizada.

Castillo et al. (2019), menciona que;

Una de las principales barreras en la atención de personas indígenas es la comunicación, pues al no hablar el mismo idioma se deja al descubierto que las competencias interculturales pueden mejorar. El desarrollo de competencias culturales y lingüísticas en el personal de enfermería es un aspecto clave para garantizar una atención de salud equitativa y sensible a la diversidad de los pacientes. Esto contribuye a mejorar los resultados en salud, a fortalecer la relación terapéutica y a brindar cuidados más humanizados y centrados en las necesidades individuales de cada persona.

Ramírez & Inés (2022), hace referencia que:

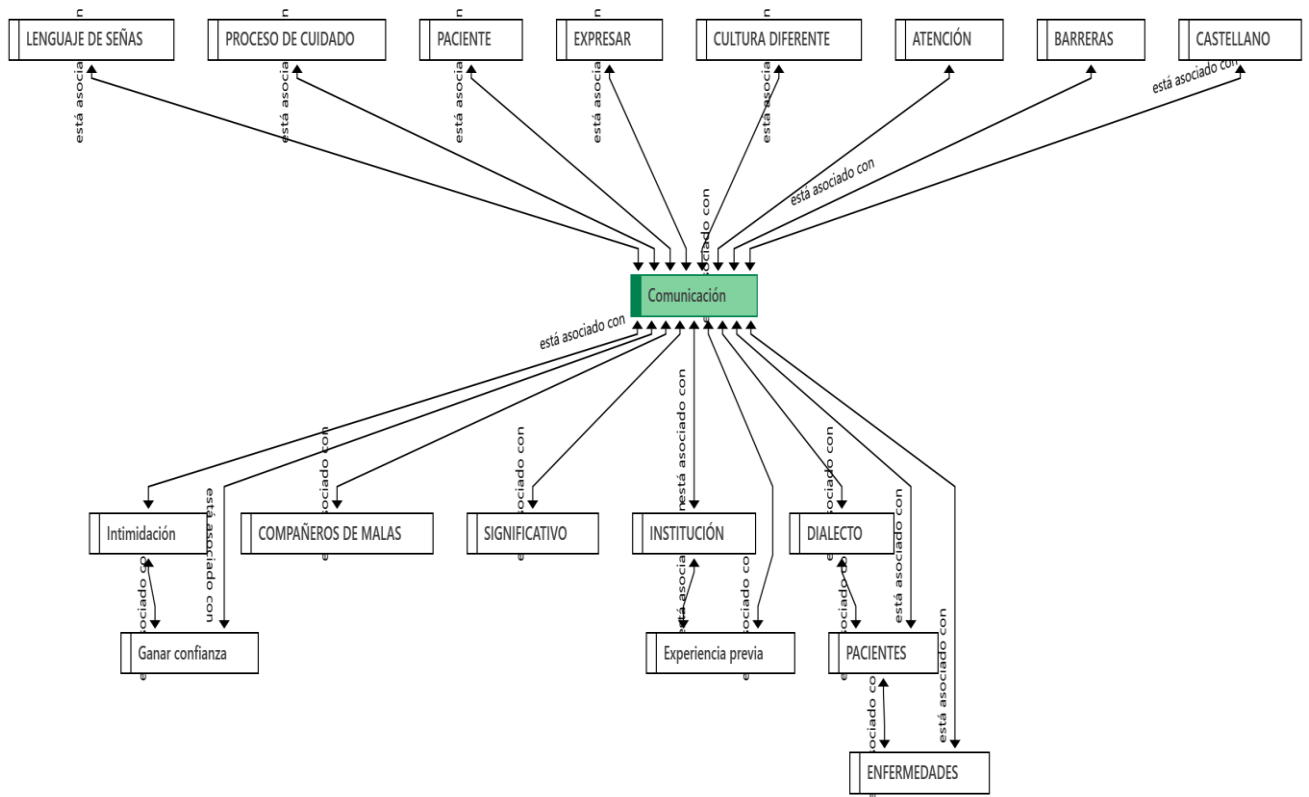
La diversidad cultural y lingüística de todas las sociedades humanas expone problemas de comunicación, en este sentido en materia de salud, en el primer nivel de atención esto nos permite darnos cuenta de que esto afecta directamente a los usuarios que tienen un idioma diferente, pues estos se niegan a recibir atención debido a sus creencias y la falta de esclarecimiento.

Villagrán-Castro et al. (2024) nos comparte que;

Atender a una población cultural y lingüísticamente diversa es un reto en la atención primaria de salud debido a las barreras idiomáticas y las diferencias culturales.

Imagen 3:

Subcategoría 1 “Comunicación y cuidado”.



Nota: Imagen en esquema de categoría realizado a través de Atlas TI versión 2023.

Fuente: Elaboración propia (Almada, 2024).

Subcategoría 2 . “ El machismo como un limitante para cuidar”

Descripción operativa:

Se establece como machismo al conjunto de comportamientos, creencias y actitudes que discriminan y violentan al rol femenino, basándose en la superioridad del hombre sobre la mujer, esto afecta de manera significativa los cuidados que brindan los profesionales de enfermería al no permitir una apertura completa de dicho proceso.

Trechos de las entrevistas:

- **Jatomea** “Ser enfermero en un ambiente tan machista no es fácil [...] por ejemplo siempre te tienes que cuidar más de los hombres porque son bien celosos y prefieren que las revisen mejor las mujeres [...]”
- **Baipoli** “Como una mujer le va a venir a decir a un hombre, como tiene que hacer las cosas, ellos son gente muy machista, hasta las mujeres [...]”
- **Moroyoqui** “Cuando le toca por ejemplo un Papanicolau a una mujer, son contadas las mujeres que vienen, porque el hombre se los prohíbe [...] aquí la gente tiene una forma de pensar muy patriarcal, que el hombre es él tiene la última palabra”
- **Bocobachi** “Nombre que esperanzas que todos los hombres de la comunidad vengán a una feria de la salud o a una campaña, llegan a venir cada caída de casa, son muy cerrados, ya hasta que se enferman es cuando vienen”
- **Busani** “Nos damos cuenta de que no les gusta a los hombres que los doctores o los enfermeros les revisen a sus esposas [...] han llegado al grado de meterse a ver que le están haciendo[...].”

Trechos empíricos:

Es importante tener en consideración que: El machismo, una actitud de superioridad masculina, es un factor clave que contribuye a la baja demanda de los hombres hacia los servicios de atención primaria de salud. Aún existen diversas barreras sociales, culturales y estructurales que dificultan la inclusión y participación de los hombres en estos servicios de salud (Santos et al. 2021).

Es de vital importancia que los profesionales de enfermería trabajen con las poblaciones indígenas con finalidad de minimizar las practicas machistas, por el derecho que les corresponde a ejercer una vida sexual y reproductiva sana.(Pérez-Pérez et al. 2021).

Las mujeres indígenas enfrentan retos de manera sistemática en la lucha por la defensa de la atención a su salud como parte del enfoque cuerpo-territorio, las instituciones patriarcales limitan en lo general una vida sin violencia, estas violencias tienen sus orígenes en los sistemas de los hospitales que no reconocen los saberes propios de las comunidades indígenas cayendo en la discriminación directa (Benítez-Escobar et al. 2023).

Los profesionales de enfermería tienen un gran compromiso con las mujeres que se encuentran bajo su cuidado, en un primer momento detectando los riesgos y los rasgos de violencia aun cuando de manera verbal no exista esta expresión, en este sentido la mujer puede no estar lista para autonombrarse una víctima por miedo al agresor, por tal motivo los profesionales de la enfermería deben tener la capacidad y los conocimientos así como las habilidades que les permitan identificar todos los datos que las mujeres puedan evitar compartir (Realivazquez-Pérez et al. 2021).

La violencia contra las mujeres por parte de la pareja continúa siendo un problema social relacionado con estereotipos y actitudes provenientes de sistemas patriarcales que normalizan los actos de violencia contra este grupo poblacional. Sin embargo, la violencia también sigue siendo un problema de salud pública, porque la violencia tiene consecuencias que no sólo tienen un impacto físico en las mujeres que son víctimas de violencia (Juan-Martínez et al. 2024).

Subcategoría 3 “Precariedad de los recursos humanos y financieros”

Descripción operativa:

La precariedad se refiere a la condición de escasez, limitación e insuficiencia por la que atraviesa una persona o un grupo de personas, en su sentido laboral; esto se relaciona con las condiciones por debajo del límite donde especialmente no se cubren las necesidades básicas para cumplir con las responsabilidades asignadas.

Trechos de las entrevistas:

- **Bocobachi** “Siempre se batalla hasta por lo más mínimo, desde una torunda, una tira de destroxix, con más razón para medicamentos de alto costo”
- **Buchia** “Hay ocasiones en las que no hay quien cubra una falta, le tenemos que entrar los demás, pero pues es trabajo extra que no se paga”
- **Bacasehua** “Ya nos adaptamos a que nunca hay nada, son contadas las veces que si llega todo completo [...] las incapacidades y las faltas las cubrimos entre nosotros porque no tenemos suplentes[.]”
- **Anguamea** “Esta clínica por ejemplo es nueva, pero nos faltan muchas cosas, ahorita no estamos saliendo a vacunar porque no han mandado el recurso para salir [...] nos llegan las vacunas, las jeringas, todo lo que se va a ocupar [...]”
- **Baipoli** “Tratamos de concientizar a la gente porque se molesta, porque sienten que vienen dioquis, porque no hay medicamentos”

Trechos empíricos:

Las instituciones de salud a menudo enfrentan desafíos importantes para promover una atención de salud intercultural efectiva. Muchas veces carecen de los recursos financieros, humanos y materiales necesarios para adaptar sus servicios y programas a las necesidades y particularidades de los diferentes grupos culturales presentes en la población (Cachimuel Santacruz 2024).

Una de las limitaciones evidenciadas por Reina y López es la cantidad de pacientes que deben atender y las actividades administrativas que debe desarrollar el personal de salud, dejando poco tiempo para sumergirse en otro tipo de conocimiento, en este caso conocimiento acerca de diversidad cultural (Reina-Leal et al. 2022).

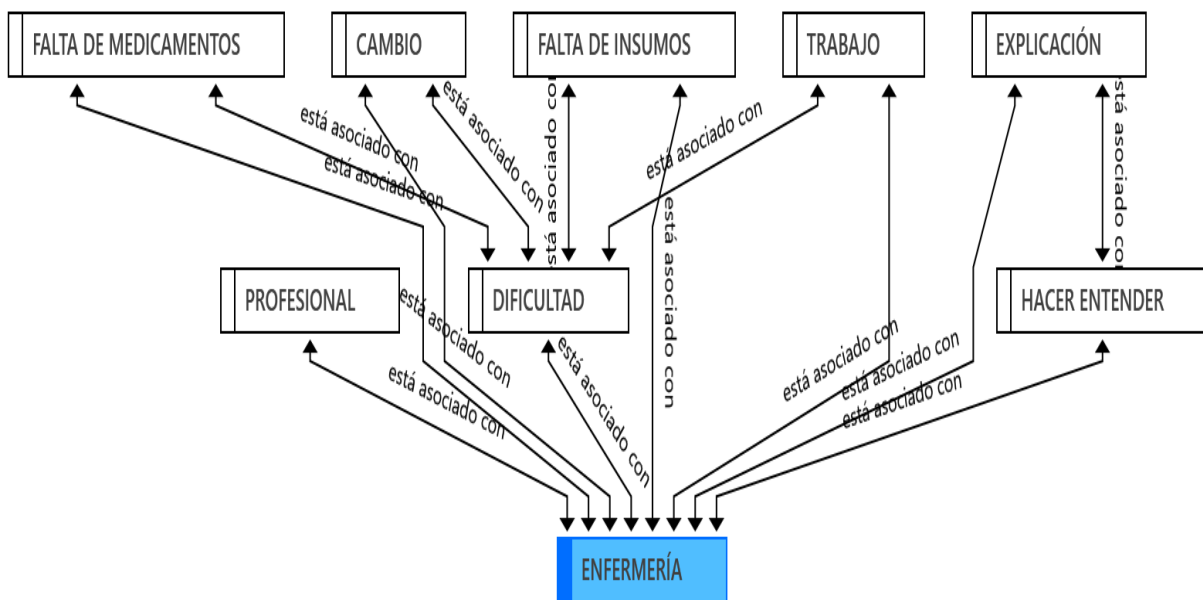
Los profesionales de enfermería enfrentan dificultades para que ejecutar sus funciones sustantivas, tales como el escaso recurso humano, la

falta de recursos económicos, de infraestructura, así como la alta demanda de pacientes; a pesar de ello, se enfocan por cumplirlo (Delgado-Rojas et al. 2021).

Los Recursos Humanos en Salud, son un pilar importante para el éxito de cualquier sistema de salud; su desarrollo y desempeño son fundamentales para garantizar una atención de alta calidad. A pesar de esta realidad, los RHUS suelen estar ausentes de los procesos de que reforman y regulan las actividades en salud (Inga-Berrosipi & Rodríguez 2019).

Imagen 4:

Subcategoría 3 “Precariedad de los recursos humanos y financieros”



Nota: Imagen en esquema de categoría realizado a través de Atlas TI versión 2023.

Fuente: Elaboración propia (Almada, 2024)

Categoría 2 “Las emociones implícitas en el proceso del cuidado”

Descripción Operativa:

Las emociones son reacciones producto de estímulos externos o internos de las personas y son interpretados a través de sentimientos o pensamientos, por otra parte, el proceso de cuidado; Implica para el profesional de enfermería reaccionar de manera emocional ocasionalmente, lo que genera consigo experiencias significativas de gran valor en su vida profesional.

Trechos de las entrevistas:

- **Bacasehua** “[...] a veces si le da mucho coraje a uno la verdad, porque uno se preocupa por la gente, uno hace lo que puede con lo que tiene, pero la verdad que si la gente no pone de su parte pues ahí no podemos hacer nada, eso uno lo entiende con el tiempo, pero si hacemos muchos corajes con la gente [...]” Nota de campo:(la persona se muestra un poco molesta)
- **Bocobachi** “Es muy triste ver que a veces la gente no tiene ni para un camión [...] ¡Es muy desesperante querer dar una buena atención y no poder! porque hay cosas que no podemos cambiar”
- **Anguamea** “siente uno bien bonito que la gente te reconozca [...] hay mucha gente que si es muy agradecida [...] se siente bien ayudar a los demás”
- **Moroyoqui** “¡Se siente una decepción bien grande la verdad que uno ahí anda y muchas veces la gente no te agradece todo lo que estás haciendo para que salgan adelante [...]”
- **Baipoli** “Nombre oiga, aquí uno pasa por muchas cosas, a veces nos vera, alegres, otras veces tristes y así [...]”
- **Busani** “Ya con el tiempo uno también se cansa de lo mismo, de que uno es el que tiene que solucionar y quieren que enfermería toda resuelva [...] es una impotencia bien grande, un coraje porque muchas veces no ven lo que si estás haciendo bien nada más ven lo malo”

Trechos empíricos:

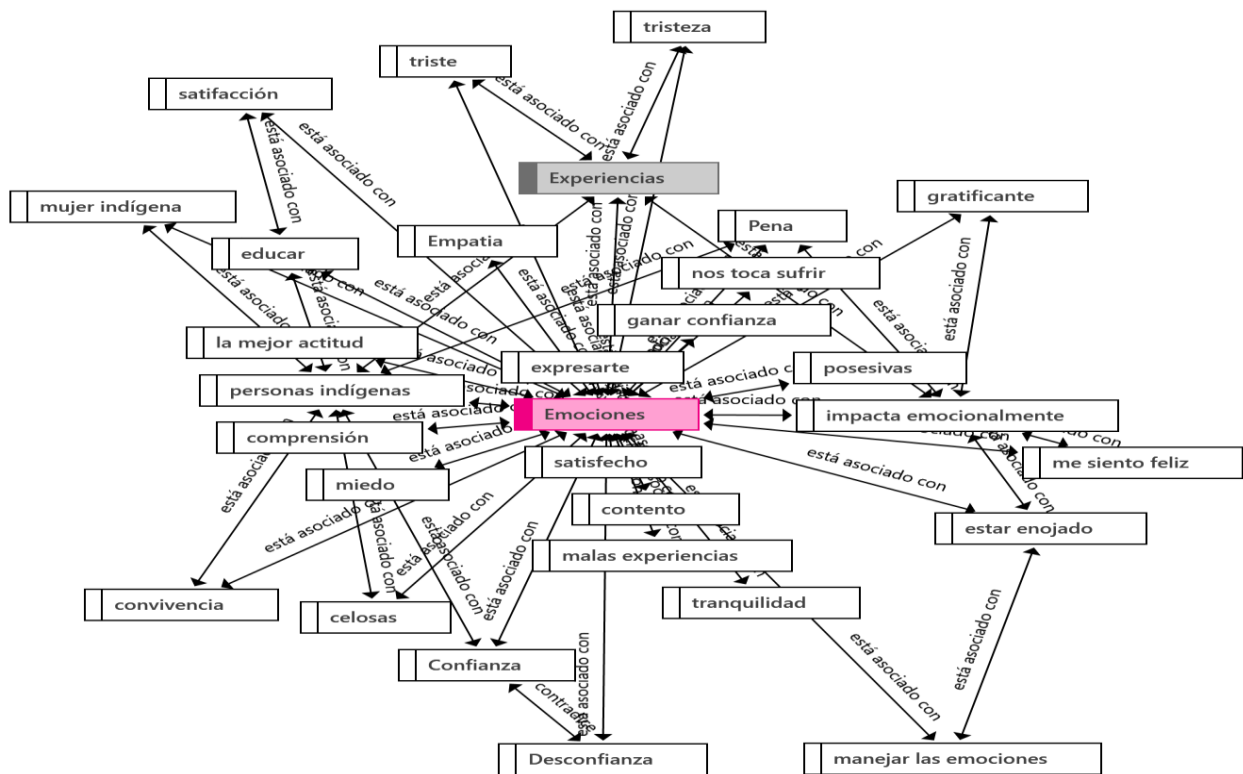
- En palabras de (Castellanos 2024) “El temor a las personas culturalmente diferentes es y será un tema importante al analizar cómo funcionan los servicios de salud, ya que la calidad de estos dependerá no solo de las habilidades del personal de salud, sino también de las capacidades de los pacientes y sus familiares, como la comunicación, la empatía y el interés por los demás y sus culturas, así como sus formas particulares de vivir”.
- Según Vargas (2021) *“Las experiencias manifiestas por los profesionales de enfermería dejan demostrado el conflicto interno y emocional por el que atraviesan en sus experiencias del día a día, al ser responsable del cuidado de una persona con alteraciones de salud”*.
- Es importante mencionar que según; (Lopera y Eugenia 2018), en su artículo de investigación que: *“La relación enfermera-paciente se caracteriza por comportamientos que incluyen percepciones, sentimientos, pensamientos y actitudes. Cada participante de la relación percibe y responde a la humanidad del otro, no a la enfermedad, a un número de cuarto o a un procedimiento determinado; los profesionales de enfermería son percibidos entorno al cuidado que este proporciona”*.
- Por otra parte, (Gómez, Valarezo, y Jaramillo 2024) plantea en su estudio: *“cómo es que la exposición constante a situaciones de alto estrés, la toma de decisiones críticas bajo presión y el manejo de relaciones emocionales intensas con pacientes y sus familias pueden influir negativamente en la salud mental de los enfermeros”*.

En este sentido es importante mencionar que: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Recursos Humanos en Salud (RRHH) es el conjunto de personas de diferentes profesiones y profesiones que se capacitan y trabajan para mejorar la salud de la población. Bajo este concepto y en el marco de lo que se busca a nivel mundial desde 2015 con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, se ha reconocido que son el componente fundamental para asegurar una atención

de calidad a la población. Lo anterior requiere una mayor inversión en la captación, reclutamiento, mejoramiento, capacitación y retención de trabajadores de la salud en los países en desarrollo, utilizando como indicador la densidad y distribución de los trabajadores de la salud.

Imagen 5:

Categoría 2 “Emociones de enfermería en el cuidado”



Nota: Imagen en esquema de categoría realizado a través de Atlas TI versión 2024.

Fuente: Elaboración propia (Almada, 2024).

Categoría 3 “Autopercepción del rol”

Descripción operativa:

La autopercepción es la capacidad que tiene el ser humano de captar y aceptar la información externa- multifactorial como respuesta a una presentación de sí mismo, por lo que, para el profesional de enfermería aceptar su rol como un agente significativo en el proceso del cuidado en entornos culturalmente diversos facilitara de manera significativa su quehacer profesional.

Trechos de las entrevistas:

- **Bacasehua** *“Pues como enfermeros tenemos mucho trabajo, siempre tenemos que sacar adelante el trabajo y a veces si siente feo que la gente no reconozca todo ese trabajo, nada más ven el trabajo del médico ”*
- **Buichia** *“Ser enfermero aparte es fácil, o bueno mucha gente eso piensa, pero la realidad es que no [...] no solo es tomar la presión, medir o pesar, también tenemos otras actividades, también hacemos los procesos de enfermería, también hacemos tamizaje, Papanicolau, bueno enfermería siempre tiene mucho trabajo [...] ”*
- **Anguamea** *“De nosotros depende que la gente se vaya satisfecha [...] tenemos que entender muchos de nosotros que estar aquí es un compromiso, que muchas veces no es fácil brindar una atención, en ocasiones no te reconocen el trabajo que realizas para beneficio de ellos mismos, pero por eso decidimos estudiar enfermería”*
- **Buitimea** *“[...] En este nivel tenemos la oportunidad de evitar que a las personas se les compliquen sus enfermedades, somos quienes informamos a la población acerca de las vacunas, los estudios, quienes damos las pláticas de salud, pero la gente no lo ve así”*
- **Almea:** *“La gente tiene un concepto bien equivocado de lo que enfermería, la gente todavía piensa que somos los ayudantes de los médicos, o que solo*

estamos para limpiar colas [...] todo esto pasa por que nosotros mismos lo hemos permitido [...]"

Trechos empíricos:

Pese a la evidencia de la importancia del rol que desempeñan los profesionales de enfermería en beneficio de la persona, la familia y la comunidad, en los sistemas de salud, este no siempre se percibe de manera impactante por parte del usuario y del mismo profesional (Arco-Canoles & Suarez-Calle, 2018).

Es importante tener en consideración que de manera social. En ocasiones, el cuidado no es medible a través de una estadística, debido a que cuidar es crear vínculos, ser empático, ser profesional en cada actividad ejercida, ser comunicativo, entre otras cosas más. Dichas funciones son tipo subjetivo y, hasta cierto punto, para el común denominador, es algo sin valor (Franco, 2020).

En la actualidad, la sociedad ha creado una diversidad de estereotipos que se relacionan a la imagen que proyecta el enfermero(a) a su vez se compagina la dificultad de la profesión de enfermería para hacerse claramente visible e identificable. Frecuentemente el cuidado es “invisible”, este cuidado se puede tornar realmente invisible si no llega a ser percibido por quienes lo reciben y por supuesto deteriora la percepción que tienen los cuidadores de su trabajo realizado (Cajachagua-Castro et al. 2022).

La autopercepción del rol en las funciones de enfermería sobre la atención primaria de salud entre el personal se define como óptima y satisfactoria, porque existe una buena relación entre compañeros, brindando una atención de calidad a los pacientes, poniendo a prueba sus conocimientos teóricos y prácticos (Guamán et al. s. f.).

La autopercepción de los profesionales de enfermería sobre las funciones en la atención primaria de, regularmente es satisfactoria o regular,

circunstancias, para los profesionales de enfermería esto es algo implícito que emerge de manera natural.

Trechos de las entrevistas:

- **Anguamea** “De la puerta de la clínica para acá, yo no soy _____. Yo tengo que dejar todos mis problemas allá afuera, aquí a la gente no le importa, y tienen razón, pero muchas veces si se pasan[...] tenemos que mostrar una cara que a lo mejor no es”
- **Buichia** “Ser enfermero es difícil, porque no sabes que es lo que te vas a encontrar, no sabes en qué condiciones venga la gente, muchas veces ya vienen molestos y la rematan con uno [...] Ya sabemos que esto es de aguantar”.
- **Bacasehua** “Tenemos que aguantarnos, que le vamos a hacer, tenemos que trabajar, tenemos que comer, a veces si son muchas injusticias, pero te adaptas y con el tiempo aprendes a lidiar con todas esas cosas”
- **Baipoli** “Son muchas cosas por las que pasamos aquí, nos toca ver todo un poco, con el tiempo uno se enseña a cómo lidiar con este tipo de gente [...] tenemos que ser fuertes para lo que venga y a como venga”
- **Moroyoqui** “Como enfermeras aguantamos muchas cosas y está mal, pero lo que uno menos busca son problemas [...] esto no es para todos, porque como le digo aquí uno aparte de aguantar las groserías de los pacientes, aguantar también a veces los mismos compañeros”

Trechos empíricos:

Caro-Alonso et al. (2018) expone que;

Para los profesionales de enfermería la resiliencia es un factor de salud y una herramienta útil para la promoción de salud, así como la mejora de las fortalezas personales y por ende de los cuidados prestados, en este sentido es de suma

importancia incorporar la resiliencia en los programas de formación de recursos humanos.

Ponce-Rivera et al. (2023) establece que;

La resiliencia de los profesionales de enfermería no limita a una cuestión de salud individual ya que también conlleva implicaciones muy significativas con la calidad de los cuidados hacia los pacientes y la eficiencia del sistema de salud en lo general.

Es importante mencionar lo que nos comparte Marture, (2019) en donde nos menciona que;

Dado que el estrés afecta la vida en todo el mundo, es importante que los profesionales de enfermería comprendan el impacto del estrés en las personas, cómo lo afrontan y se adaptan a él, y cómo los propios profesionales de enfermería manejan su propio estrés.

Óscar-Arrogante, (2018) expresa que:

El estrés laboral y emocional al que debe enfrentarse el personal de enfermería en la práctica clínica diaria está influenciado por una serie de procesos cognitivos y emocionales que cambian ante situaciones estresantes en la misma medida que el procesamiento de la información proveniente de factores ambientales e internos.

Ahora bien, es importante tener en consideración lo siguiente: La resiliencia es una herramienta útil para promover la salud de la población. Esta herramienta ayuda a los profesionales de enfermería a desplegar un enfoque positivo de la salud y a promover las propias potencialidades de la persona frente a las adversidades o a situaciones difíciles, en un proceso de adaptación exitosa y de transformación personal que le permita salir airoso de la situación a pesar de las características negativas que conlleva. Además, la mejora de la resiliencia en los profesionales

contribuye al desarrollo de las fortalezas personales y mejora la capacidad de afrontamiento frente a las situaciones que puedan aparecer en la práctica clínica.

Es necesario incorporar la resiliencia dentro de los programas de formación y reciclaje profesional. Además, son necesarios más estudios que ayuden a mejorar la comprensión de los factores que influyen en el proceso de resiliencia.

6.2 DESCRIPCIÓN DE LAS CATEGORÍAS DE LA POBLACIÓN INDÍGENA

En el análisis de las entrevistas emergieron dos categorías fundamentales. La primera, "Creencias y formas de cuidado", refleja la visión cultural y espiritual que los Mayo Yoreme tienen sobre la salud y el bienestar, lo cual influye directamente en las prácticas de cuidado que llevan a cabo. Para esta comunidad, el cuidado está profundamente ligado a sus creencias tradicionales, a la conexión con la naturaleza y a los rituales ancestrales, aspectos que a menudo no se alinean con las prácticas biomédicas convencionales.

La segunda categoría, "La tiranía del cuidado", aborda las cargas y responsabilidades que implica el acto de cuidar dentro de la estructura comunitaria y familiar de los Mayo Yoreme. Este concepto explora cómo el cuidado, aunque esencial y profundamente valorado, puede convertirse en una obligación que impone restricciones y demandas, especialmente para las mujeres, quienes son comúnmente las encargadas de esta labor. La tiranía del cuidado también refleja las tensiones entre las formas tradicionales de atención y las expectativas impuestas por sistemas de salud externos.

Este estudio busca, a través de la mirada **émic**, profundizar en las prácticas y tensiones que surgen en torno al cuidado dentro de la comunidad Mayo Yoreme, aportando una visión más comprensiva de su realidad y las complejidades que enfrentan en su relación con la salud.

Categoría 1 “Creencias y formas de cuidado”

Descripción Operativa:

Las creencias son un conjunto de constructos generados a partir de las experiencias de la vida diaria y de las relaciones de persona a persona, en donde lo que se busca es tratar de explicar y dar sentido a las cosas que suceden en nuestro entorno, las creencias influyen de manera natural en la forma en las que las personas admiten ser cuidadas.

Trechos de las entrevistas:

- **Chukuli** “[...] pues si casi siempre vamos ahí, pero nomas cuando son cosas ya grandes, uno ya sabe más o menos [...] si aquí todavía hay sobadoras, ahí lleva uno a los niños cuando se les cae la moyera... Nota de campo: (describe el proceso para sobar la mollera) [...] Antes si había muchos médicos y enfermeras que, si creían en todo eso, ahora ya no creen en nada de eso [...]”
- **Naráaso** “[...] Pues sí, pero ya las mujeres de ahora casi no creen y por eso pasa lo que pasa, ya es muy rara la mujer que guarda la dieta [...] que, si se preocupa por no andar en el sereno [...] antes las enfermeras si nos decían de todo eso”
- **Sawali** “[...] Si es que uno cuando está embarazada pues debe de cuidarse de muchas cosas [...] no debe uno de andar tomando ni cosas frías ni calientes y menos cuando apenas va empezando...en el centro de salud a uno siempre le dicen que puede comer de todo y pues está mal eso”
- **Tósali** “Son cosas que uno aprende con el tiempo, por ejemplo, yo aprendí a sobar el empacho porque mi mama me enseñó y a mi mama le seno mi abuela y así [...] el huaco es muy bueno para la tos, siempre trato de tener para hacer las tes y los tomamos como agua de uso”
- **Síkili** “Muchos de los males de las personas son porque se los ponen, así como hay gente buena, hay gente mala también, uno se tiene que cuidar de todos”

Trechos empíricos:

Las personas indígenas consideran a los profesionales de la salud, un personal que desconoce y no reconoce la importancia de su cultura, evidenciado en la falta de interés por sus prácticas culturales, lo cual definen como falta de respeto al paciente, generando distancia en la relación enfermera-paciente” (Pérez-Quintero et al. 2018).

A través de los cuidados populares se puede brindar un mejor cuidado, ya que los conocimientos transmitidos por los ancestros o antepasados permiten que las enfermedades no sigan avanzando, que las plantas medicinales hacen parte fundamental del cuidado y que con estas es posible curar y mejorar síntomas frecuentes de las enfermedades, es importante que estos remedios puedan ser utilizados de acuerdo con la tradición (Pinzón & Sánchez 2022).

Estudios en competencia cultural, especialmente en el área clínica reportan la importancia de la enfermera proporcione alimentos culturales del paciente al momento de brindar orientación para la salud (Castillo y López-Díaz 2020).

El cuidado con congruencia cultural involucra conocer los valores, creencias, prácticas, significados, símbolos desde la cultura; esto es relevante para las personas porque recibirán un cuidado individualizado sensible y apropiado según su contexto y su salud (Briñez-Ariza et al. 2024).

Categoría 2 “La tiranía del Cuidado”

Descripción operativa:

Ejercicios de poder implícitos en las relaciones del profesional de enfermería hacia las personas en el proceso del cuidado estos se pueden suscitar de manera consciente o inconsciente.

- **Tewelli** “ [...] Si te hacen sentir mal, te atienden por atenderte [...] no puede uno decir nada porque te tratan más mal [...] pasan platicando y hasta que les da la gana es cuando ya se ponen a trabajar [...]”
- **Siáli** “Ellas siempre tienen la razón, a ellas no les interesa si tu tuviste o no para ir a una consulta por ejemplo”
- **Sawali** “Mucha gente por eso no va a la consulta, porque ellas mismas tienen la culpa, te quieren imponer todo, te tratan mal y a veces hasta lo ven a uno por encima del hombro [...] son contadas ya las enfermeras ahorita que tienen la vocación de ayudar”
- **Naráaso** “[...] si, si hay enfermeras que si son muy groseras [...] no puede llegar uno tarde porque no te atienden, no les importa”
- **Tóloko** “[...] hay unas enfermeras bien regañonas [..] Tienes que hacer las cosas como ellas te dicen, pero hay cosas en las que ellas no creen, por ejemplo, no creen en la Mollera, por eso las mujeres buscan quien le sobe al niño por que ellas no creen [...] ”

Trechos empíricos:

Pérez-Quintero et al. (2018). Considera que:

- “Las personas indígenas consideran a los profesionales de enfermería un personal que desconoce y no reconoce la importancia de su cultura, evidenciado en la falta de interés por sus prácticas culturales, lo cual definen como falta de respeto al paciente, generando distancia en la relación enfermera-paciente”

Es importante mencionar que según (Aveiga Hidalgo et al. 2021)

“Entre los principales riesgos que enfrenta el personal de enfermería se encuentran la reducción de su rol, ya que carecen de conocimientos y habilidades actualizadas para desempeñar su función de manera eficaz. Esto se debe a que no siguen los protocolos establecidos y tienen falta de

conocimiento sobre las costumbres y las tradiciones, lo que se traduce en un mal desempeño de sus funciones”.

Por otra parte, Leno (2023) establece que;

“Aunque los profesionales se esfuerzan por brindar un cuidado cultural acorde al bagaje y las necesidades de las personas existen diferencias en el discurso de quienes reciben el cuidado, reclamando nula o poca integración de sus prácticas culturales”.

Para Lopera-Lira (2022):

“En la actualidad, se hace cada vez más urgente que los sistemas de salud y las instituciones de formación de enfermería implementen estrategias efectivas para desarrollar en los profesionales habilidades de sensibilidad cultural, de manera que puedan brindar una atención más holística, empática y respetuosa de las diversas cosmovisiones y prácticas de cuidado de salud de los pacientes. Sólo así se podrá lograr una verdadera integración de los aspectos culturales en el cuidado de enfermería, reduciendo la brecha entre lo que se ofrece y lo que realmente se necesita y demanda”

Los profesionales de enfermería se esfuerzan por brindar un cuidado culturalmente sensible y adaptado a las necesidades específicas de cada paciente. Sin embargo, a menudo existen diferencias significativas entre el discurso y las expectativas de quienes reciben ese cuidado y la realidad de la atención que se les proporciona. Muchos pacientes reclaman que sus prácticas y creencias culturales no se integran de manera adecuada en el proceso de atención, lo que genera descontento, frustración e incluso estigmatización hacia los propios cuidadores.

VII- DISCUSIÓN

1. Barreras de Enfermería para Brindar Cuidado

Comunicación y Cuidado.

Uno de los principales obstáculos identificados fue la barrera en la comunicación entre los profesionales de enfermería y las personas indígenas Mayo Yoreme. La ausencia de las competencias culturales y el desconocimiento de la lengua indígena, así como el uso continuo de tecnicismos dificultan una relación terapéutica adecuada.

Las barreras de comunicación han sido identificadas como un obstáculo importante en la atención de los grupos poblaciones indígenas. Diversos estudios destacan que la falta de competencias comunicativas interculturales entre los profesionales de enfermería que brindan cuidados en entornos culturales impacta negativamente en la calidad del cuidado brindado. En este sentido, Carrasquilla y Quintero (2018) recalcan la importancia de una comunicación efectiva entre el receptor culturalmente diverso y su cuidador, lo anterior permite mejorar la relación enfermera-paciente. Además, Figueroa-González et al. (2021) mencionan; que las barreras culturales en la comunicación pueden llevar a malentendidos y, por ende, a una atención totalmente inadecuada.

El Machismo como una Limitante para Cuidar

El machismo se devela como una limitante significativa en la práctica diaria de enfermería, afectando de manera directa no solo a estos profesionales de la salud, ya que también perjudica a los pacientes es importante mencionar que las mujeres enfermeras enfrentan actitudes patriarcales que les impiden ejercer su rol con autonomía y autoridad, especialmente cuando se trata de interactuar con figuras masculinas dentro de la comunidad. La percepción social de la profesión de enfermería se ve en gran medida influenciada por este fenómeno, lo que puede impactar en la calidad del cuidado proporcionado (Franco, 2020). La experiencia de

los profesionales de enfermería en contextos rurales también sugiere que el machismo se establece como eje rector de las funciones la población misma, esto trae consigo dificultad de la implementación de prácticas de cuidado que permitan propiciar el desarrollo de las competencias culturales. (Hernández & López, 2020).

Precariedad de los Recursos Humanos y Financieros

La escasez de recursos en la mayoría de los sistemas de salud, especialmente en comunidades indígenas, se ha documentado como un factor que limita la eficacia con la que los profesionales de enfermería proporcionan cuidados. Lo anterior es similar a lo que López & Martínez (2022) exponen en donde mencionan que la; precariedad de los recursos humanos financieros y de infraestructura en contextos rurales afecta la capacidad de los profesionales de enfermería para ofrecer una atención de calidad. Este contexto precario es especialmente preocupante para quienes laboran en el ámbito de la salud pública, donde la necesidad de atención integral y oportuna es vital para el bienestar de las comunidades indígenas (Cajachagua-Castro et al., 2022).

2. Emociones en el Proceso de Cuidado

El proceso de brindar cuidado a las personas indígenas Mayo Yoreme involucra no solo aspectos técnicos, clínicos y metodológicos, sino que también conlleva un componente emocional profundo que impacta significativamente tanto a los profesionales de enfermería como a los sujetos de cuidado. Los resultados revelan que el cuidado es una experiencia emocionalmente intensa, caracterizada por sentimientos de empatía, frustración, impotencia y satisfacción.

Las emociones desempeñan un papel crucial en el proceso de atención enfermería, la empatía y la compasión son fundamentales en la relación enfermera-paciente, especialmente en contextos de alta carga emocional, como el cuidado de poblaciones indígenas especialmente en donde existe una falta significativa de los recursos económicos (Gómez et al., 2024). Sin embargo, los profesionales de enfermería frecuentemente enfrentan dificultades para manejar sus propias

emociones, lo que puede afectar exponencialmente su desempeño (Caro Alonso et al., 2018). En este sentido, la regulación emocional es, por lo tanto, un aspecto crítico en la formación del recurso humano de enfermería que debe de preparar a los profesionales ante situaciones desafiantes.

Dentro de los resultados obtenidos encontramos que: los profesionales de enfermería manifestaron altos niveles de empatía hacia las personas indígenas Mayo-Yoremes, destacando la importancia de establecer una conexión emocional para brindar un cuidado cultural y humanizado. Lo anterior se relaciona con los resultados de García et al. (2020) donde menciona que; la empatía ha sido señalada en múltiples estudios como un elemento esencial para mejorar la calidad y la eficacia de la atención en harás generar confianza entre el paciente y el personal de salud. En el caso de las comunidades indígenas, donde existen marcadas diferencias culturales y de comunicación, la empatía se convierte en el camino para superar las barreras existentes y lograr una atención más efectiva.

Sin embargo, resulta relevante mencionar que, junto con la empatía, los profesionales de enfermería también manifestaron experimentar frustración e impotencia, principalmente debido a las barreras estructurales y la falta de recursos. Estas emociones negativas nacen cuando los profesionales se ven inhabilitados para proporcionar el nivel de atención que consideran adecuado, lo que genera un conflicto emocional interno. Estudios previos han señalado que las limitaciones organizacionales y los entornos de trabajo desafiantes son factores que contribuyen al cansancio emocional y la frustración (Ruiz & Sánchez, 2021).

La frustración también se relaciona con la percepción de abandono institucional hacia las comunidades indígenas, lo que refuerza el sentido de impotencia al no poder ofrecer soluciones sostenibles a largo plazo (Hernández et al., 2020).

3. Autopercepción del Rol-de los Profesionales de Enfermería

Los profesionales de enfermería que proporcionan cuidado en comunidades indígenas, como en el contexto de los Mayo-Yoremes tienen una autopercepción que está influenciada tanto por su formación profesional y su experiencia así como por la respuesta de las poblaciones a las que brindan cuidado. En este estudio, se identificaron percepciones contrastantes entre cómo los profesionales ven su rol y cómo creen que son percibidos por las comunidades indígenas.

La autopercepción de los profesionales de enfermería en relación con su rol en la atención a comunidades indígenas revela un complejo panorama de expectativas y realidades. Castillo y López-Díaz (2020) destacan que la competencia cultural es un aspecto clave que influye en cómo los profesionales son percibidos por las comunidades a las que sirven. Las enfermeras deben desarrollar competencias que les permitan adaptarse a las necesidades culturales de sus pacientes para ser efectivas en su rol. Además, Rodríguez y Pérez (2018) sugieren que la percepción de la comunidad sobre los profesionales de enfermería puede impactar la disposición de los pacientes a buscar atención, resaltando la importancia de construir relaciones de confianza.

Los profesionales de enfermería se ven a sí mismos como agentes clave de la salud, se ven como responsables no solo de la atención clínica comunitaria, sino también de la educación en salud y la promoción de hábitos saludables del individuo, la familia y la comunidad. Esta percepción está alineada con el enfoque de la atención primaria, que otorga un papel central a los profesionales de enfermería en las comunidades rurales (Santos & García, 2020). Sin embargo, algunos participantes expresaron que, aunque se consideran figuras de autoridad en temas de salud, sienten que las comunidades indígenas a menudo los perciben como foráneos, lo que puede afectar la relación de confianza necesaria para el cuidado efectivo.

Estudios recientes han señalado que, en muchos contextos indígenas, los profesionales de salud son vistos como representantes de un sistema médico ajeno

a las prácticas y creencias locales, lo que puede generar resistencia o desconfianza hacia la atención ofrecida (Ramírez et al., 2021). Este desafío refuerza la importancia de desarrollar una mayor competencia cultural para facilitar la integración del profesional de enfermería en las comunidades indígenas.

4. La Resiliencia y el Afrontamiento de Enfermería- Frente a la Diversidad Cultural.

La resiliencia es una característica de vital importancia para los profesionales de enfermería que trabajan en contextos multiculturales. Los estudios de Ponce Rivera et al. (2023) indican que la capacidad de adaptarse y superar desafíos es crucial para mantener un nivel adecuado de cuidado. Además, la resiliencia se vincula estrechamente con el manejo del estrés, que es una constante en la práctica de la enfermería, especialmente en entornos donde las diferencias culturales son prominentes (Marture, 2019; Óscar-Arrogante, 2018). Fomentar un ambiente de apoyo y capacitación en habilidades de afrontamiento es vital para ayudar a los profesionales a enfrentar todas estas demandas.

5. Creencias y Formas de Cuidado-en Relación con las Competencias Interculturales

Los resultados obtenidos del análisis de las entrevistas realizadas a las personas indígenas Mayo Yoremes muestran una preocupación común: la falta de adecuación del cuidado proporcionado por los profesionales de enfermería a las creencias y prácticas culturales locales. Los participantes señalaron que los profesionales de enfermería no siempre logran desarrollar plenamente las competencias interculturales necesarias para atender a las comunidades indígenas, lo que afecta la calidad y aceptación del cuidado recibido

Los hallazgos revelan que las personas indígenas Mayo Yoremes perciben que los profesionales de enfermería no desarrollan al cien por ciento las competencias interculturales necesarias para ofrecer un cuidado adecuado. Según Briñez-Ariza et al. (2024), las creencias culturales son fundamentales para la

construcción de la identidad y el bienestar de estas comunidades. La falta de conocimiento y respeto por estas creencias puede generar desconfianza y rechazo hacia los servicios de salud, limitando así la efectividad del cuidado.

También es importante mencionar que; La falta de integración entre el modelo de atención biomédico que siguen los profesionales de enfermería y las creencias tradicionales de las comunidades indígenas. Los Mayo Yoremes manifestaron que las prácticas tradicionales, como el uso de plantas medicinales y rituales espirituales, no son respetadas ni mucho menos entendidas por los profesionales de salud, lo que genera desconfianza hacia el sistema médico oficial.

6. La Tiranía del Cuidado-como Roles de Poder y el etnocentrismo.

Los resultados de las entrevistas con las personas indígenas Mayo Yoremes revelan que el cuidado brindado por los profesionales de enfermería, a menudo, se enmarca en una "tiranía del cuidado", donde se ejercen dinámicas de poder que reflejan una perspectiva etnocéntrica. Esta categoría resalta cómo los roles de poder pueden influir en la relación entre los profesionales de la salud y las comunidades indígenas, afectando la percepción del cuidado y el respeto hacia sus tradiciones.

La tiranía del cuidado se refiere a la imposición de roles de poder que se ejercen de manera etnocéntrica sobre las personas indígenas. Castillo y López-Díaz (2019) sugieren que esta dinámica se manifiesta en la forma en que los profesionales de salud a menudo desestiman las prácticas y creencias culturales de las comunidades, lo que puede llevar a una atención que no responde a sus necesidades reales. Este fenómeno puede crear una relación de poder desigual que perjudica la experiencia de cuidado de las personas indígenas.

En el contexto de la atención a la salud, esta actitud puede manifestarse en la manera en que los profesionales de enfermería abordan las creencias y prácticas de las comunidades indígenas. Los participantes señalaron que, en muchas ocasiones, sienten que sus costumbres y saberes son desvalorizados, lo que

genera un clima de desconfianza y resistencia hacia la atención ofrecida por el sistema de salud.

VIII- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8.1- CONCLUSIONES:

Las barreras identificadas en la atención de los pacientes indígenas Mayo Yoreme resaltan la necesidad de implementar estrategias que promuevan la competencia cultural, la equidad de género y la mejora en la distribución de los recursos en el sistema de salud. A pesar de los esfuerzos realizados hasta el momento, la evidencia sugiere que persisten desafíos estructurales y culturales que limitan la capacidad de los profesionales de enfermería para brindar un cuidado adecuado. La promoción de políticas inclusivas y el fortalecimiento de la infraestructura sanitaria son fundamentales para superar estas barreras y garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud.

El análisis de las emociones en el proceso de cuidado revela que el cuidado no es solo una actividad técnica, sino también una experiencia profundamente emocional. La empatía, la frustración y la satisfacción se entrelazan en la práctica cotidiana de los profesionales de enfermería, influyendo tanto en su bienestar como en la calidad de la atención brindada. La implementación de estrategias de apoyo emocional y la mejora de las condiciones de trabajo son fundamentales para promover un entorno laboral más saludable y una atención más integral a las comunidades indígenas.

La autopercepción de los profesionales de enfermería en las comunidades indígenas Mayo Yoreme refleja una dualidad: por un lado, se ven a sí mismos como figuras clave en la provisión de cuidados de salud, pero también reconocen la distancia cultural que perciben entre ellos y las comunidades a las que sirven. La construcción de una imagen positiva ante las comunidades depende de la capacidad de los profesionales para integrarse respetuosamente y construir relaciones basadas en la confianza y el respeto cultural. Este proceso requiere

tiempo, competencia cultural y una disposición continua para aprender de las comunidades indígenas.

La resiliencia y el afrontamiento de los profesionales de enfermería frente a la diversidad cultural son elementos esenciales para garantizar la calidad del cuidado en las comunidades indígenas. Las estrategias que emplean incluyen el apoyo entre colegas, la formación en competencias culturales y el manejo del estrés. Estas herramientas les permiten adaptarse a un entorno desafiante y brindar un cuidado centrado en las necesidades de las comunidades indígenas. Promover el desarrollo de la resiliencia y las competencias culturales en los profesionales de enfermería es crucial para mejorar la atención en entornos multiculturales.

La falta de desarrollo pleno de competencias interculturales en los profesionales de enfermería es percibida por las personas indígenas Mayo Yoremes como una barrera importante para recibir un cuidado adecuado y respetuoso. Para mejorar la calidad del cuidado en estos contextos, es fundamental que los profesionales adquieran una formación más sólida en competencias interculturales que les permita respetar e integrar las creencias y prácticas tradicionales de las comunidades indígenas en su atención.

La "tiranía del cuidado" y el ejercicio de roles de poder de manera etnocéntrica son barreras significativas para el establecimiento de una atención de salud equitativa y respetuosa en las comunidades indígenas Mayo Yoremes. Para abordar estas dinámicas, es fundamental que los profesionales de enfermería desarrollen competencias interculturales que les permitan reconocer y valorar las prácticas y creencias de las comunidades. Solo así se podrá avanzar hacia un modelo de atención que respete la autonomía y dignidad de las personas indígenas, promoviendo un cuidado verdaderamente colaborativo.

8.2- RECOMENDACIONES

Recomendaciones de manera general:

- Se les recomienda a las instituciones formadoras del recurso humano en enfermería, la adherencia a sus programas de estudios; materias, diplomados, especialidades con un enfoque el cuidado cultural, así como la formación de campos clínicos donde se evalué la obtención de las competencias en el cuidado cultural de las poblaciones indígenas, con lo anterior se prevé que exista un cambio en la cosmovisión de quienes brindan sus servicios en entornos culturalmente diversos.
- Así mismo, a la secretaria de salud en el estado de Sinaloa se le recomienda la creación de un sistema de salud propio para atención de poblaciones indígenas, lo anterior derivado de que en nuestro estado existen y coexisten múltiples asentamientos indígenas.
- Se recomienda continuar con investigaciones apoyados en la Etno-enfermería, así como el uso de estudios comparativos en donde el objeto de estudio sea principalmente tratar de evaluar el cuidado que brindamos los profesionales de enfermería en contextos interculturales.
- Se recomienda continuar con investigaciones cuantitativas o mixtas en donde se exponga numéricamente la relación entre la calidad del cuidado realizados por los profesionales de enfermería y el cuidado que reciben las poblaciones indígenas en nuestro estado, en México y en el mundo.
- Establecer manuales de acción que le permitan a los profesionales de enfermería hacer frente a la diversidad cultural, en estos manuales se debe plasmar las acciones y las intervenciones que habrán de guiar el proceso atención de enfermería.

Recomendaciones específicas:

1. Capacitación en Competencias Interculturales

Se recomienda desarrollar programas de capacitación específicos para profesionales de enfermería que incluyan formación en competencias culturales. Estos programas deben centrarse en la comprensión y el respeto por las creencias y prácticas culturales de las comunidades indígenas, así como en el desarrollo de habilidades de comunicación.

2. Fortalecimiento de la Comunicación

Implementar estrategias que fomenten una comunicación abierta y bidireccional entre los profesionales de salud y las personas indígenas. Esto podría incluir talleres de sensibilización y la utilización de intérpretes o mediadores culturales para facilitar la interacción y la comprensión mutua entre los profesionales de enfermería y sus sujetos de cuidado.

3. Promoción de la Equidad de Género en el Cuidado

Es de gran relevancia realizar campañas de sensibilización sobre el impacto y los efectos del machismo en la atención de salud individual y familiar en las poblaciones indígenas. Por otra parte, fomentar un ambiente laboral que promueva la equidad de género y la participación de mujeres en la toma de decisiones relacionadas con el cuidado de salud.

4. Mejoramiento de Recursos y Condiciones Laborales

Abogar por una mayor inversión en la atención de salud en comunidades indígenas, asegurando la asignación adecuada de recursos humanos y financieros. Esto incluye la mejora de las condiciones laborales para los profesionales de enfermería, lo que a su vez podría reducir la precariedad en la atención y mejorar la calidad del servicio.

5. Incorporación de Prácticas de Cuidado Culturalmente Relevantes

Fomentar la inclusión de prácticas de cuidado que respeten y se integren con las tradiciones culturales de las comunidades indígenas. Esto puede incluir la colaboración con líderes comunitarios y curanderos tradicionales para ofrecer un enfoque más holístico y respetuoso en la atención.

6. Promoción de la Resiliencia en Profesionales de Enfermería

Implementar programas de apoyo psicológico y emocional para los profesionales de enfermería que trabajan en contextos multiculturales. Estas iniciativas pueden ayudar a desarrollar habilidades de resiliencia y manejo del estrés, mejorando así su capacidad para ofrecer atención de calidad.

7. Investigación Continua y Evaluación de Prácticas.

Fomentar la investigación continua sobre las experiencias y necesidades de las comunidades indígenas en el ámbito de la salud. Esta investigación debe ser colaborativa y tener en cuenta las voces y perspectivas de las comunidades para informar y evaluar las prácticas de cuidado en el futuro.

8. Establecimiento de Alianzas Comunitarias

Crear alianzas entre instituciones de salud y comunidades indígenas que faciliten el intercambio de conocimientos y recursos. Estas alianzas pueden ayudar a construir confianza y mejorar la efectividad de la atención de salud.

9. Concientización sobre la Tiranía del Cuidado

Realizar campañas educativas para los profesionales de salud sobre la tiranía del cuidado y sus implicaciones. Esto puede ayudar a sensibilizar a los profesionales sobre la importancia de evitar dinámicas de poder etnocéntricas en la atención y promover una práctica más equitativa y respetuosa.

10. Desarrollo de Políticas de Salud Inclusivas

Abogar por políticas de salud que reconozcan y respeten la diversidad cultural, promoviendo un enfoque inclusivo en la atención de salud. Esto incluye la consideración de las necesidades específicas de las comunidades indígenas en la planificación y ejecución de servicios de salud.

IX- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Aguilar Guzmán, O., Carrasco González, M. I., García Piña, M. A., Saldivar Flores, A., & Ostiguín Meléndez, R. M. (2018). Madeleine Leininger: Un análisis de sus fundamentos teóricos. *Enfermería Universitaria, 4*(2). <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2007.2.457>
2. Amengual, G. (2007). El concepto de experiencia: De Kant a Hegel. *Tópicos, 15*, 1-20. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1666-485X2007000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Anónimo. (s.f.-a). DOF - Diario Oficial de la Federación. Recuperado el 23 de julio de 2023, de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5339162&fecha=02/04/2014#gsc.tab=0
4. Anónimo. (s.f.-b). Mayos - Ubicación. *Atlas de los Pueblos Indígenas de México*. INPI. Recuperado el 16 de julio de 2023, de <http://atlas.inpi.gob.mx/mayos-ubicacion/>
5. Arco-Canoles, O. C. D., & Suarez-Calle, Z. K. (2018). Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Universidad y Salud, 20*(2), 171-182. <https://doi.org/10.22267/rus.182002.121>
6. Aveiga Hidalgo, M. V., Chamarro Chapi, P. M., & Villarreal Ger, M. C. (2021). Rol de la enfermera en el parto intercultural de mujeres embarazadas en Hospital San Luis de Otavalo. *Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores, 9*(SPE1). <https://doi.org/10.46377/dilemas.v9i.3034>

7. Benítez Escobar, K. C., Ramírez Miranda, C. A., & Cervantes, C. (2023). Partería tradicional TEX(1). Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/Parteria-Tradicional-TEX1.pdf>
8. Borboa Trasviña, M. A. (2007). La conquista de la provincia de Sinaloa y la evangelización de los indios zuaques de Mochicahui. *Ra Ximhai, 3*, 325-342. <https://doi.org/10.35197/rx.03.02.2007.05.mb>
9. Briñez Ariza, K. J., Ortiz Whitaker, M. C., & González Soto, C. E. (2024). Etnoenfermería y teoría del cuidado cultural: Evidencias metodológicas en la investigación en enfermería: Una revisión integrativa. *Enfermería: Cuidados Humanizados, 13*(2). <https://doi.org/10.22235/ech.v13i2.3926>
10. Cachimuel Santacruz, M. L. (2024). Enfoque intercultural en las enfermedades crónicas no transmisibles: Desafíos de enfermería (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de Chimborazo. Recuperado de <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/13419>
11. Cajachagua-Castro, M., Roque-Guerra, E., Conque-Machaca, N., Mamani-Contreras, R., & Chavez-Sosa, J. (2022). Cuidado invisible e imagen social de la enfermera comunitaria. *Ene, 16*(3). Recuperado de <http://ene-enfermeria.org>
12. Caro Alonso, P. A., & Rodríguez-Martín, B. (2018). Potencialidades de la resiliencia para los profesionales de enfermería. *Index de Enfermería, 27*(1-2), 42-46. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962018000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
13. Carrasquilla Baza, D., & Pérez Quintero, C. (2018). Experiencias del cuidado de enfermería en contexto intercultural. *Cultura de los Cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades, 51*. <https://doi.org/10.14198/cuid.2018.51.14>

14. Carrasquilla, D., & Quintero, C. (2018). Experiencias del cuidado de enfermería en contexto intercultural. *Cultura de los Cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades, 22*. <https://doi.org/10.14198/cuid.2018.51.14>
15. Carreño Pérez, P. (2020). El médico frente a la comunidad indígena. *Medicina Interna de México, 36*, 233-236. <https://doi.org/10.24245/mim.v36i2.3670>
16. Castellanos, N. (2024). Reflexiones sobre el cuidado: Un acercamiento frente a la diversidad cultural. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas, 1*(Enero-Junio), 9-26. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9557438>
17. Castillo, E. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica, 34*.
18. Castillo, L. O. (2017). Competencia cultural en profesionales de enfermería en salud pública cuando cuida a la población indígena y la percepción de ambos frente al cuidado realizado y recibido (Tesis de maestría). Recuperado de <file:///E:/EDO%20DEL%20ARTE/LilianaOrozcoCastillo.2017.pdf>
19. Castillo, L. O., & López-Díaz, L. (2020). Cuidado culturalmente competente: Puntos de vista de enfermería de salud pública e indígena. *Investigaciones Andina, 22*(40), 35-49. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/2390/239075120003/html/#B27>
20. Castillo, L. O., & López-Díaz, L. (2019). Competencia cultural de enfermeras en salud pública con población indígena. *Avances en Enfermería, 37*(1), 9-18. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.68513>
21. Cohen, J. A. (1991). Two portraits of caring: A comparison of the artists, Leininger, and Watson. *Journal of Advanced Nursing, 16*(8), 899-909. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01794.x>

22. Consejo Internacional de Enfermería. (s.f.). Definiciones de enfermería. *ICN - International Council of Nurses*. Recuperado el 29 de septiembre de 2023, de <https://www.icn.ch/es/recursos/definiciones-de-enfermeria>
23. Delgado Rojas, A. T., Saavedra Covarrubia, M. E., Cervera Vallejos, M. F., & Díaz Manchay, R. J. (2021). La visita domiciliaria como estrategia para la atención primaria en familias de zonas rurales. *Cultura de los Cuidados, 61*. <https://doi.org/10.14198/cuid.2021.61.11>
24. Departamento de Salud Comunitaria. (1999). El rigor en la investigación cualitativa. *Atención Primaria, 24*. Recuperado de <http://www.unidaddocentemfyclaspalmas.org.es/resources/3+Aten+Primaria+1999.El+Rigor+de+la+Investigaci%C3%B3n+Cualitativa.pdf>
25. Ducón Niño, A. J. (2022). Competencia cultural en enfermería con poblaciones indígenas: Una revisión de literatura. Recuperado de <https://repository.udca.edu.co/handle/11158/4654>
26. Figueroa-González, A., Hernández-Escalante, V. M., Cabrera-Araujo, Z. M., Torres-Escalante, J. L., & Castro-Sansores, C. J. (2021). Barreras culturales de comunicación con el personal de salud al recibir recomendaciones para una alimentación saludable en una comunidad maya de Yucatán. Recuperado de <https://revista.medicina.uady.mx/revista/index.php/cienciayhumanismo/articulo/view/164>
27. Franco, J. A. (2020). Percepción social de la profesión de enfermería. *Enfermería Actual de Costa Rica, 38*, 272-281. <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i38.36930>
28. Friz, J. S. (2018). Observación participante: Definición, historia y comprensión de la realidad social. Recuperado el 21 de julio de 2023, de <http://saulmirandaramos.blogspot.com/2018/07/observacion-participante-definicion.html>

29. Giger, J. N. (2016). *Transcultural nursing - E-book: Assessment and intervention*. Elsevier Health Sciences.
30. Gómez, G. R., Gil Flores, J., & García Jiménez, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*.
31. Gómez, S. L. T., Ortega Valarezo, S. V., & Requelme Jaramillo, M. J. (2024). Entre protocolos y emociones: Experiencias en profesionales de enfermería sobre cuidado humanizado. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8*(1), 11450-1165. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.10455
32. Guamán, D. C. A., Macancela Torres, D. P., & Romero, I. M. (s.f.). *Carrera de enfermería*.
33. Gutiérrez, B. A. V. (2015). Director Dra. Blanca Estela Pelcastre Villafuerte (Tesis).
34. Im, E.-O., & Lee, Y. (2018). Transcultural nursing: Current trends in theoretical works. *Asian Nursing Research*, 12*(3), 157-165. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.08.006>
35. Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI). (s.f.). Etnografía del pueblo mayo de Sinaloa y Sonora (yoremes). Recuperado el 16 de julio de 2023, de <http://www.gob.mx/inpi/articulos/etnografia-de-los-mayos-de-sonora>
36. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2020). Población: Vivimos en hogares diferentes. Recuperado el 18 de marzo de 2023, de <https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/hogares.aspx?tema=P>
37. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2022). Estadísticas a propósito del Día Internacional de los Pueblos Indígenas.
38. Inga-Berrosipi, F., & Arosquipa Rodríguez, C. (2019). Avances en el desarrollo de los recursos humanos en salud en el Perú y su importancia en la calidad

- de atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 36*, 312-318. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4493>
39. Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI). (2015). *Sinaloa*. Recuperado el 21 de noviembre de 2022, de <http://atlas.inpi.gob.mx/sinaloa-2>
40. Jiménez, I. P. (2013). Presenta: Lic. Enf. Rosalba Pérez Islas (Tesis).
41. Juan-Martínez, B., Castillo-Arcos, L. C., Pérez-Briones, N. G., & Valdez-Montero, C. (2024). Construcción de las identidades de género y las implicaciones en la violencia en adolescentes indígenas. *Index de Enfermería, 33*(1). <https://doi.org/10.58807/indexenferm16645>
42. Juárez-Ramírez, C., Villalobos, A., Saucedo-Valenzuela, A. L., Nigenda, G., Marín-Cárdenas, A., Torres-Escalante, J. L., & Castro-Sansores, C. (2021). Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud. *Gaceta Sanitaria, 34*, 546-552. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.05.015>
43. Leininger, M. (1999). Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de los Cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades, 6*, 5-12. <https://doi.org/10.14198/cuid.1999.6.01>
44. Leno González, D. (2006). Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de Antropología*. <https://doi.org/10.30827/Digibug.7118>
45. Lévi-Strauss, C. (2006). *Las estructuras elementales del parentesco*.
46. Lopera, M. E. (2018). Significado del cuidado de enfermería para el paciente en estado de cronicidad. *Index de Enfermería, 17*(4), 231-235.
47. López-Díaz, L. (2018). Competencia cultural de las enfermeras en el área de salud pública: Una metasíntesis. *Index de Enfermería, 17*(34), 13.

48. Manríquez-Hizaut, M., Rebolledo-Sanhueza, J., Inglés-Yañez, D., Klett-Fuentes, R., Lagos-Fernández, C., & Figueroa-Huencho, V. (2022). Experiencias de salud mapuche en Atención Primaria de Salud desde trabajadores sanitarios y usuarios/as en zona urbana de Chile. *Saúde e Sociedade, 31*, e210022es. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902022210022es>
49. Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva, 17*(3), 613-619. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>
50. Marture, A. A. (2019). Enfermería en el manejo del estrés. Recuperado el 7 de octubre de 2024, de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/enfermeria-en-el-manejo-del-estres/>
51. Miranda-Navales, M. G., & Villasís-Keever, M. Á. (2019). El protocolo de investigación VIII: La ética de la investigación en seres humanos. *Revista Alergia México, 66*(1), 115-122. <https://doi.org/10.29262/ram.v66i1.594>
52. Murcia, S. E. A. (2022). *El abordado por: Angela Jazmín Ducón Niño* (Tesis de licenciatura).
53. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Pueblos indígenas: Panorama general. *World Bank*. Recuperado el 20 de noviembre de 2022, de <https://www.bancomundial.org/es/topic/indigenouspeoples>
54. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas.
55. Óscar-Arrogante. (2018). Revista Metas de Enfermería: Estrategias de afrontamiento al estrés laboral en enfermería. *Enfermería21*. Recuperado el 7 de octubre de 2024, de <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81011/>
56. Páramo Morales, D. (2015). Editorial: La teoría fundamentada (Grounded theory), metodología cualitativa de investigación científica. *Revista

57. Pérez, A. de J. B., Hernández Pedroza, R. I., Negrete Villafañe, D., & Caviedes Gil, A. M. (2021). La etnografía: Importancia, relevancia y aportaciones para el cuidado de enfermería. ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería, 8*(2), 106-116.
58. Pérez Quintero, C., & Carrasquilla Baza, D. (2018). Relación enfermera-paciente frente a la diversidad cultural: Una mirada en situaciones de cuidado a pacientes indígenas. *Index de Enfermería, 27*(4), 216-220.
59. Pérez-Pérez, Y., Nava-Navarro, V., Báez-Hernández, F. J., & Morales-Nieto, A. (2021). Relación de los conocimientos sobre el virus del papiloma humano con el uso del condón en universitarios indígenas. *Horizonte Sanitario, 20*(2), 189-196. <https://doi.org/10.19136/hs.a20n2.3927>
60. Pinzón, M. L. G., & Vargas Sánchez, K. L. (2022). Cuidados populares de pacientes indígenas con enfermedades crónicas no transmisibles pertenecientes al Cabildo Ambiká-Pijao, en contexto de pandemia por COVID-19, en Bogotá D.C.
61. Pizarro, C. A. (2014). La entrevista etnográfica como práctica discursiva: Análisis de caso sobre las pistas meta-discursivas y la emergencia de categorías nativas.
62. Podestá. (2006). Un acercamiento al concepto de cultura. *Cuadernos de Difusión, 11*(21), 25-39. <https://doi.org/10.46631/jefas.2006.v11n21.02>
63. Poemape, A. M., & Huahuasoncco, D. L. (2021). Autopercepción de las enfermeras sobre las funciones en atención primaria de salud y grado de satisfacción del usuario del Centro de Salud Chíncha Baja, diciembre 2020 (Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Ica).

64. Ponce Rivera, O. S., Díaz Vásquez, S. M., Guzmán Martínez, J. L., & Chiriboga Aguayo, G. A. (2023). Resiliencia y salud mental en profesionales de enfermería: Análisis de factores de estrés en entornos de alta presión. *Código Científico Revista de Investigación, 4*(2), 1402-1422. <https://doi.org/10.55813/gaea/ccri/v4/n2/293>
65. Prado, M. L. do, Souza, M. L. de, Carraro, T. E., & Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Investigación cualitativa en enfermería: Contexto y bases conceptuales*. Serie PALTEX Salud y Sociedad.
66. Purnell, L. D. (1999). El modelo de competencia cultural de Purnell: Descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación. *Cultura de los Cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades, 6*, 91-102. <https://doi.org/10.14198/cuid.1999.6.13>
67. Purnell, L. D. (s.f.). Guide to culturally competent health care. Recuperado de <https://cir.nii.ac.jp/crid/1130000793825227776>
68. Ramírez de la Torre, M. I. (2022). Barreras idiomáticas entre el profesional de enfermería-usuario indígena. Hospital San Luis de Otavalo (Tesis de licenciatura).
69. Realivazquez Pérez, L., Carrasco Cervantes, M. D. J., Sias Casas, M. E., & Salazar Moreno, C. A. (2021). *Violencia y su relación con el consumo de alcohol en mujeres raramuris de Chihuahua*. doi:10.60568/EIC.V211.1094
70. Reina-Leal, L. M., & López-Díaz, L. (2022). Compasión y competencia cultural: experiencias de equipos de enfermería en dos hospitales de Bogotá. *Index de enfermería, 31*(2), 66–71. <https://Doi:10.58807/indexenferm20225063>
71. Rodríguez, L. M., & Vásquez, M. L. (2007). Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. *Colombia médica (Cali, Colombia), 38*(4), 98–104. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28309811>

72. Rodríguez, Y., Mejías, M., & Moreno, M. (2011). Historia de la formación del recurso humano de enfermería en Venezuela. *Enfermería Global, 10*(24), 0-0. <https://doi.org/10.4321/S1695-61412011000400023>
73. Rohrbach-Viadas, C. (1998). Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger. *Cultura de los Cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades, 3*, 41-45. <https://doi.org/10.14198/cuid.1998.3.06>
74. Rojas, J. G. (2012). Significado de la experiencia de cuidar a pacientes indígenas en las salas de hospitalización del Departamento de Antioquía-Colombia (Tesis de maestría).
75. Santos, R. R. dos, Morais, E. J. dos S. de, Sousa, K. H. J. F., Amorim, F. C. M., Oliveira, A. D. da S., & Almeida, C. A. P. L. (2021). La salud del hombre en la atención primaria bajo la mirada de los profesionales de enfermería. *Enferm Foco, 12*(5), 887-893.
76. Servan-Mori, E., Torres-Pereda, P., Orozco, E., & Sosa-Rubí, S. G. (2014). An explanatory analysis of economic and health inequality changes among Mexican indigenous people, 2000-2010. *International Journal for Equity in Health, 13*, 21. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-21>
77. Sombra, F. G. B., Miranda Félix, P. E., Miranda Cota, G. A., & Ortiz Félix, R. E. (2021). Factores socioculturales y control de la diabetes tipo 2 en adultos indígenas yoreme-mayo. *Ra Ximhai: Revista Científica de Sociedad, Cultura y Desarrollo Sostenible, 17*(2), 195-219.
78. Spradley, J. P. (2016). *The Ethnographic Interview*. Waveland Press.
79. Gil Estevan, M. D., & Solano Ruíz, M. del C. (2017). La aplicación del modelo de competencia cultural en la experiencia del cuidado en profesionales de Enfermería de Atención Primaria. *Atencion primaria, 49(9)*, 549–556. doi:10.1016/j.aprim.2016.10.013

80. Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1984). *Introduction to qualitative research methods: The search for meanings*. New York, Estados Unidos de América: Wiley-Interscience.
81. Vargas, R. (2021). LAS EMOCIONES EN ENFERMERÍA: UNA MIRADA DESDE EL CUIDADO HUMANO. Recuperado el 16 de octubre de 2024, de Grupocieg.org website: <https://revista.grupocieg.org/wp-content/uploads/2021/11/Ed.52146-161-Rengifo-Yuli.pdf>
82. Villagrán Castro, K. N., Hernández Rincón, E. H., García Zárate, G., & Jaimes Peñuela, C. L. (2024). La comunicación con población cultural y lingüísticamente diversa desde la atención primaria. *Medicina de Familia. SEMERGEN, 50*(4), 102149. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2023.102149>

X- APÉNDICES:




APÉNDICE 1. Cronogramas de actividades.

Tabla 4:

Cronograma de actividades, primer semestre 2022.										
	Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre		Diciembre	
Elección del tema de investigación	■	■								
Revisión a profundidad del tema y viabilidad.			■	■						
Revisar la accesibilidad al campo de estudio.			■	■						
Elaborar: Introducción, justificación, Objetivos y pregunta de investigación.					■	■				
Elaboración de marco teórico.							■	■		
Elaboración de marco conceptual.									■	■
Complementación del protocolo.									■	■
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> Planeado ■ realizado ■ </div>										




Fuente: Elaboración propia (Almada, 2023).

Tabla 6:

Cronograma de actividades, tercer semestre 2023										
	Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre		Diciembre	
Complementación del protocolo	Planeado	no realizado	realizado	no realizado	realizado	no realizado	realizado	no realizado	Planeado	
Revisión de la metodología para el análisis de los datos			realizado	no realizado	realizado	no realizado	realizado	no realizado	realizado	Planeado
Estructuración de la metodología.			realizado	Planeado	realizado	Planeado	no realizado	realizado	Planeado	
Estancia Académica en Colombia					Planeado	no realizado	realizado	no realizado		
Registro de Protocolo					Planeado	Planeado	realizado	Planeado	realizado	Planeado
Planeado  realizado  no realizado 										

Fuente: Elaboración propia (Almada, 2023).

Tabla 7:

Cronograma de actividades, Cuarto semestre 2024										
	Enero		Febrero		Marzo		Abril		Mayo	
Registro de Protocolo	Planeado	no realizado								
Recolección de los datos mediante la aplicación de los instrumentos.	Planeado	no realizado	realizado		Planeado					
Análisis de los datos.	Planeado	no realizado					realizado			
Análisis de resultados.	Planeado	no realizado							realizado	
Estructuración de Conclusiones y recomendaciones.	Planeado	no realizado							realizado	
Presentación de tesis.										
Planeado  realizado  no realizado 										

Fuente: Elaboración propia

APÉNDICE 2. Recursos materiales y financieros.

Para la implementación del presente proyecto de investigación se contemplan los siguientes recursos y el desglose del gasto operativo en el desarrollo de este.

Tabla 8:

Material	Cantidad	Costo unitario	Total
Equipo de computo	1	\$19,000.00	\$19,000.00
Impresora	1	\$ 3,000.00	\$ 3,000.00
Audio grabadora	1	\$ 1,200.00	\$ 1,200.00
Hojas de papel	2 cajas	\$ 280.00	\$ 560.00
Fotocopias	50	\$ 2.00	\$ 100.00
Cartuchos de tinta para impresora	6	\$ 450.00	\$ 1,800.00
Cámara fotográfica	1	\$ 3,800.00	\$ 3,800.00
Transporte	8	\$ 1,100.00	\$ 8,800.00
Lápices, plumas y plumones.	20	\$ 5.00	\$100.00
Cuadernillos	5	30	\$150.00
Estancia en la comunidad.	1	\$12,000.00	\$12,000.00
Imprevistos	Indefinido	0.00	0.00
Total:			\$ 50,510.00

Fuente: Elaboración propia.

APÉNDICE 3. Cédula de datos Etno Demográficos:

TERRITORIO, ECOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN SOCIAL	
Extensión territorial	Norte de Sinaloa y Sur de Sonora, abarca una extensión de 7,625 km ² distribuidos en tres regiones: la falda de la sierra o sierra baja, el valle y la franja costera.
Tipo de suelo	El tipo de suelo es cañoso tipo chesnut, se establecen como suelos pobres en capa vegetal, arcillosos y limosos.
El clima	El clima fluctúa entre desértico y subtropical, la época de lluvia oscila entre julio y septiembre con una temperatura de hasta 48 ^o grados.
Tipo de vegetación	El tipo de flora es característica de los lugares desérticos: mezquites, álamos, cactus, choyas, nopales entre otros.
Su Fauna.	Se conforma de manera predominante de: cuervos, víboras de cascabel, tlacuache, conejos, liebres, iguanas, tarántulas, gatos de monte, alacranes etc.
Principales actividades de la región.	Se establecen como principales fuentes de empleo la agricultura, la ganadería y la pesca.
Migración de la población.	Existe un alto índice de migración de jóvenes de entre 20 y 30 años en la población Mayo Yoreme.
Organización social	
Tipos de familia	Dentro de las comunidades Mayo Yoreme se identifican principalmente las familias extensas, así como las redes de relaciones y apoyo.
Centros ceremoniales	Los centros ceremoniales juegan un papel fundamental en la preservación de la cultura, se identifican como tales los siguientes: la iglesia y la ramada.
Organigrama social	Dentro las figuras reconocidas socialmente por la comunidad se encuentran: El gobernador indígena, el cobanaro, el Fiestero mayor, el comisario ejidal y el consejo supremo.

Fuente: Elaboración propia (Almada, 2023).

APÉNDICE 4. Guía de entrevista semiestructurada.

Guía Entrevista:

La presente entrevista etnográfica pretende recoger información para apoyar la investigación: **“EXPERIENCIAS VIVIDAS DE PERSONAS INDÍGENAS MAYO YOREME Y DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA RELACIONADAS CON EL CUIDADO”**. La información que se proporcione se utilizará única y exclusivamente con fines educativos.

Agradecemos su colaboración en la entrevista la cual será grabada con fines de recolectar información para la investigación y el desarrollo del tema mencionado. La información recopilada será confidencial, de solo uso para fundamentación y desarrollo del tema de investigación utilizando código para proteger su identidad de cada participante.

A. Datos Generales

Edad:				
Sexo:	Masculino		Femenino	
Estado civil:	Casado	Divorciado	Unión libre	Viudo(a)
Religión:				
Se identifica como indígena:	Sí No		Etnia:	
¿Es usted hablante de una lengua materna?	Sí No		Cual:	
Escolaridad	Primaria		secundaria	
	preparatoria		universidad	
Ocupación:				

B) Datos Específicos

Entrevistador: Muy Buen día, primeramente, a nombre de todo el equipo queremos agradecerle de antemano su aceptación de colaborar en esta investigación y el valioso tiempo que usted amablemente dedicara para la misma.

GUÍA DE ENTREVISTA ETNOGRÁFICA.

Persona indígena:

- ¿Cuénteme cómo fue su experiencia en su visita al centro de salud?
- ¿Me podría platicar que fue lo que le realizaron en su consulta?
- ¿Cómo se siente usted con el trato recibido por el personal de enfermería?
- Compárteme ¿Cómo percibió usted el trato que le dieron, en algún momento se incomodó por algo?
- ¿Cuál fue el momento más significativo de su consulta?
- ¿considera usted que existe algo que se pueda mejorar por el profesional de enfermería en los servicios que le brindó? que? ¿Por qué?
- ¿En algún momento de su consulta existió algún momento en el que sintiera algún obstáculo o barrera entre el profesional de enfermería y usted?
- ¿Considera que su cultura o su entorno limitan o favorecen en algún sentido el trabajo del profesional de enfermería?

Profesional de Enfermería:

- ¿Cómo ha sido su experiencia profesional cuidando a poblaciones indígenas?
- ¿Qué tipos de servicios son los que solicitan estos grupos poblacionales y qué cree usted que se deba?

- ¿Cómo se siente usted con el trabajo realizado en el cuidado de poblaciones indígenas?
- ¿Cómo percibe el trato de la población cuando le brinda sus servicios, en algún momento le han hecho sentir incómodo (a) por algo?
- ¿Qué es lo más significativo para usted de poder cuidar a poblaciones indígenas?
- ¿considera que puede mejorar sus servicios prestados en el cuidado de la población indígena? ¿Por qué?
- ¿Considera usted que existen barreras o limitantes que obstaculizan el cuidado de estos grupos poblacionales?
- ¿Considera que la cultura o el entorno de este grupo poblacional limitan o favorecen en algún sentido sus actividades como enfermero?

APÉNDICE 5. Guía de observación.

En la observación participante se tomarán en cuenta los siguientes aspectos:

1. Ambiente externo: Indagar sobre el entorno exterior
2. Donde los participantes conviven en su vida diaria.
3. Ambiente interno: Indagar y observar sobre el entorno interno el cual se establece principalmente como el centro de salud de Mochicahui.
4. Los hechos observados: Enfocarse en las gesticulaciones faciales y movimientos corporales que los participantes realizan durante la entrevista guiada.
5. Lo que dicen: Los discursos, enfocándose en cada una de las frases que describen durante la entrevista guiada.
6. Lo que hacen: Las conductas, actitudes y comportamientos, los gestos, las posturas relacionadas con lo que se indaga
7. Las relaciones entre los miembros de la comunidad e Indagar en la correlación que estos tienen al involucrarse entre sí.
8. Los hechos que producen en el investigador: La actitud que toma el entrevistado al estar realizando la guía de preguntas.
9. Experiencia vivida: Sentimientos, dudas, sufrimientos, expectativas, suposiciones, temores, miedos, inseguridades, logros, etc. Que los participantes relatan.
10. Los comentarios del observador: Comentarios sobre las actitudes y comportamientos de cada una de las personas entrevistadas.
11. La conclusión: El ver como al finalizar la entrevista se sabe más del cambio drástico y como fue la transición personal que vivió cada participante.



APÉNDICE 6. Consentimiento informado.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ENFERMERÍA CULIACÁN



DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente me dirijo a usted con la finalidad de hacerle la invitación a participar en el estudio de investigación titulado “**EXPERIENCIAS VIVIDAS DE PERSONAS INDÍGENAS MAYO YOREME Y DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA RELACIONADAS CON EL CUIDADO.**”, que tiene como **objetivo: Develar las experiencias de las personas indígenas y del profesional de enfermería relacionadas con el cuidado en una comunidad Mayo Yoreme en Sinaloa.**, el protocolo será conducido por investigador principal él **LE. Rodrigo Almada Jacobo** como parte de su proceso de titulación del programa de **Maestría en Enfermería con Orientación Profesionalizante**, mismo que se llevará a cabo en los centros de salud de la comunidad Mochicahui perteneciente al municipio de El fuerte, bajo la supervisión y aprobación por parte del comité de ética e investigación del **Hospital General de Culiacán** motivo por el cual, en caso de tener alguna pregunta relacionada con mis derechos como paciente de un estudio de investigación, puedo comunicarme con la Dra. Tavita Cázares Gómez, Presidente del Comité de Ética e Investigación, al teléfono celular 667 103 3001.

Investigadores adjuntos : Dr. Jesús Roberto Garay Núñez, Dra. María Isabel Santos Quintero, Dra. María Isabel Acosta Ríos.

El procedimiento que se realizará durante mi participación en el estudio será el siguiente:

Si usted acepta participar en esta investigación, se le hará una serie de preguntas durante un tiempo aproximado de una hora. Las entrevistas realizadas serán con el fin de obtener información sobre los cuidados por parte del profesional de

enfermería que labora en el centro de salud de la comunidad de Mochicahui, así como preguntar al profesional de enfermería desde su experiencia como es cuidar a poblaciones originarias que pertenecen a la cultura Mayo Yoreme.

- En el presente proyecto de investigación se pretende hacer uso de una grabadora de voz para verificar la información que se anote.
- En todo momento de la entrevista se contará con una tabla de apoyo y hojas para registrar toda la información. Los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines meramente científicos.
- En caso de que hiciera falta tiempo para la recolección de datos, se programará otra visita para continuar con la entrevista en el horario que sugiera la/ el participante.

Los efectos adversos o reacciones que pudiera llegar a presentar son: No existen riesgos para usted relacionados con su participación en el proyecto. Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria, puede decidir no participar en el presente estudio, Si decide participar, puede cambiar su decisión y abandonarlo en cualquier momento y por cualquier motivo, sin penalización o pérdida de mis beneficios a los que tenga derecho. Los investigadores pueden resolver cualquier duda que se le presente durante el estudio realizado.

Beneficios esperados: Aunque no recibirá beneficios económicos personales por participar en este estudio de investigación su colaboración nos será de gran ayuda para comprender los cuidados que brindan los profesionales de enfermería en entornos culturalmente diversos y poder contrastarlos con el discurso de las personas indígenas.

Datos generales: La presente investigación es de tipo cualitativo con un método etnográfico a través de una técnica de selección de participantes por conveniencia: de acuerdo con la técnica de saturación de datos en la cual se realiza una exploración exhaustiva del fenómeno de interés para poder llegar a conocer a plenitud lo que se observa o se descubre.

Se me informa que se guardará estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos de la participación en el estudio y que si fuera el caso de que en un futuro los resultados fueran publicaciones en revistas de la salud o eventos académicos en ningún momento serán identificados, así como también que el investigador solamente podrá identificar a los participantes haciendo uso de un número clave para mantener estricto apego en la identidad de los participantes. Así como también se informa que, en caso de tener alguna duda, pregunta, inconveniente o comentario relacionado con la participación en el estudio, el participante podrá comunicarse con el investigador de lunes a domingo en la Facultad de Enfermería Culiacán, con domicilio Josefa Av. Álvaro Obregón Y Josefa Ortiz de Domínguez Esquina, C.P. 80030, Colonia Tierra Blanca, Culiacán de Rosales, Sinaloa. con él LE. Rodrigo Almada Jacobo, con el número de teléfono celular: 6674269311 quien funge como investigador principal. Finalmente, si acepta participar en el estudio y una vez firmado el consentimiento informado sobre su participación, se le hará entrega de una copia de este.

Luego de haber conocido y comprendido en su totalidad, la información sobre dicho proyecto, y de conocer los riesgos si los hubiera y beneficios indirectos de mi participación en el estudio aceptó participar.

Nombre y firma de participante

Fecha: / /

Nombre y firma del testigo 1

Fecha: / /

Nombre y firma del investigador

Fecha: / /

Nombre y firma del testigo 2

Fecha: / /

Protocolo: Versión 1, Fecha 18 octubre 2023.

XI- ANEXOS

Dictamen por comités de ética certificados:



HOSPITAL GENERAL DE CULIACÁN

Dr. Bernardo J. Gastélum

000992

Culiacán Sinaloa, a 23 de febrero del 2024

Asunto: Dictamen aprobatorio

DR. JESUS ROBERTO GARAY NÚÑEZ
DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN / ASESOR DE TESIS

AT'N L.E. RODRIGO ALMADA JACOBO
INVESTIGADOR PRINCIPAL
P R E S E N T E.-

Por medio de la presente y haciendo referencia al protocolo titulado:

No. De protocolo: 001-24
**EXPERIENCIAS VIVIDAS DE PERSONAS INDÍGENAS MAYO YOREME Y DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA,
RELACIONADAS CON EL CUIDADO.**

Le notifico que el Comité de Investigación del Hospital General de Culiacán "Dr. Bernardo J. Gastélum" con registro de COFEPRIS 17 CI 25 006 089, en la reunión expedita del 23 de febrero del 2024, revisó el siguiente documento:

- 1.- Protocolo última versión feb2024
- 2.- Consentimiento informado última versión feb2024
- 3.- Entrevista etnográfica, última versión feb2024
- 4.- Cronograma de actividades, última versión feb2024


Tras la revisión de este material, el presente *Comité de Investigación del Hospital General de Culiacán "Dr. Bernardo J. Gastélum"*, emite **DICTAMEN DE APROBACIÓN**, con vigencia de un año, a partir de la emisión del presente documento, deberá someter a comité un reporte anual de los avances de su protocolo o bien un reporte final, antes de la vigencia mencionada.

El protocolo será conducido por el Investigador Principal L.E. RODRIGO ALMADA JACOBO, para su titulación en la **Maestría en enfermería con orientación profesionalizante del alumno**, se llevará a cabo en el Centro de Salud de la comunidad de Mochicahui, El Fuerte, Sinaloa.

La evaluación fue realizada, con apego a los requerimientos de COFEPRIS, Buenas Prácticas Clínicas y lineamientos de la ICH. Siendo importante mencionar a los miembros que participaron, evaluaron y dictaminaron los documentos.

Nombre	Puesto
Dr. Erick Cuitlahuac Armenta Rivera	Presidente
Lic. Dania Lizzette Prado González	Secretario
Dra. María Guadalupe Ramírez Zepeda	Vocal
Dr. Ignacio Osuna Ramírez	Vocal
LTF. Noemi Ochoa Acosta	Vocal

Sin otro particular, lo saludo atentamente


DR. ERICK CUITLAHUAC ARMENTA RIVERA
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN
DEL HOSPITAL GENERAL DE CULIACÁN "DR. BERNARDO J. GASTELUM"

APÉNDICE 6. Consentimiento informado.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ENFERMERÍA CULIACÁN



DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente me dirijo a usted con la finalidad de hacerle la invitación a participar en el estudio de investigación titulado **“EXPERIENCIAS VIVIDAS DE PERSONAS INDÍGENAS MAYO YOREME Y DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA RELACIONADAS CON EL CUIDADO.”**, que tiene como **objetivo: Delvelar las experiencias de las personas indígenas y del profesional de enfermería relacionadas con el cuidado en una comunidad Mayo Yoreme en Sinaloa.**, el protocolo será conducido por investigador principal él **LE. Rodrigo Almada Jacobo** como parte de su proceso de titulación del programa de **Maestría en Enfermería con Orientación Profesionalizante**, mismo que se llevará a cabo en los centros de salud de la comunidad Mochicahui perteneciente al municipio de El fuerte, bajo la supervisión y aprobación por parte del comité de ética e investigación del **Hospital General de Culiacán** motivo por el cual, en caso de tener alguna pregunta relacionada con mis derechos como paciente de un estudio de investigación, puedo comunicarme con la Dra. Tavita Cázares Gómez, Presidente del Comité de Ética e Investigación, al teléfono celular 667 103 3001.

Investigadores adjuntos : Dr. Jesús Roberto Garay Núñez, Dra. María Isabel Santos Quintero, Dra. María Isabel Acosta Ríos.

El procedimiento que se realizará durante mi participación en el estudio será el siguiente:

Si usted acepta participar en esta investigación, se le hará una serie de preguntas durante un tiempo aproximado de una hora. Las entrevistas realizadas serán con el fin de obtener información sobre los cuidados por parte del profesional de

APROBADO
23 FEB 2024

APROBADO
23 FEB 2024



UAS
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ENFERMERÍA CULIACÁN
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**



REGISTRÓ DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

NOMBRE DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
Experiencias vividas de personas indígenas mayo yoreme y de profesionales de enfermería, relacionadas con el cuidado
AUTORES
Rodrigo Almada Jacobo , Jesus Roberto Garay Nuñez
LUGAR
Centro de Salud de la Comunidad de Mochichahui, el fuerte Sinaloa en el periodo de febrero de 2024 a febrero de 2025
REGISTRO DE PROYECTO 012-24

Culiacán, Sinaloa; 29 de febrero de 2024.

Miriam Gaxiola Flores
Dra. Miriam Gaxiola Flores.

Coordinadora de investigación y posgrado
Facultad de Enfermería Culiacán.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
Facultad de Enfermería Culiacán
DIRECCIÓN

C.c.p. Coordinación de Investigación y Posgrado FEC. UAS
C.c.p. Secretaria Académica. FEC. UAS
C.c.p. Coordinación de Maestría FEC. UAS

