

Cuidado familiar comunitario: percepciones de la enfermera e indígenas rarámuris

Salvador Vargas García¹, Luz Verónica Berumen Burciaga²,
Eliazar González Carrillo², Norma Pizarro²

¹ Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

¹ Universidad Autónoma de Chihuahua

Resumen

Se describir el cuidado que la enfermera brinda a las familias indígenas rarámuris de la región serrana del estado de Chihuahua. A finales del 2012 y el primer semestre del 2013 se realizó un estudio cualitativo etnográfico con técnicas de recolección de la información como la observación participante y entrevistas a profundidad a personal de enfermería (12), líderes rarámuris (6) e indígenas rarámuris (10). El análisis de los datos siguió las recomendaciones de la teoría fundamentada en los datos. Existen áreas de oportunidad en el cuidado que la enfermera brinda a las familias indígenas rarámuris, comunicación limitada, enfoque morbicéntrico del cuidado, distanciamiento entre los actores del cuidado, desvinculación del cuidado con la medicina tradicional indígena. El trabajo comunitario con personas indígenas debe de realizarse dentro de un marco incluyente, que no solo involucre los aspectos procedimentales del cuidado de la salud, debe considerar el mundo referencial de los indígenas y pugnar por el desarrollo de una relación de confianza entre la enfermera y las familias a quienes cuida.

Palabras Clave: Indígenas rarámuris, cuidado familiar, atención comunitaria, enfermera comunitaria.

Introducción

Cada individuo interioriza y aplica su cuidado según sus costumbres, sus creencias, y desde el inicio del mundo estas técnicas de alguna manera les ha servido para sobrevivir y | mantenerse en el tiempo (Castillo, 2008). Las subculturas populares, mezcla de diversos elementos culturales (formas de vida, de concepción del mundo, costumbres, creencias,

¹ Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

² Universidad Autónoma de Chihuahua.

desarrollo social) tienen modelos conceptuales para explicar el origen de la enfermedad que van desde concepciones mágico-religiosas hasta el extremo positivista pasando por el espectro de variadas interpretaciones y, unas prácticas de diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación acordes con esa cosmovisión (Zuluaga, 2000).

En las instituciones de salud, los usuarios de los servicios critican la falta de sensibilidad, escucha y respeto en el trato recibido por parte de los prestadores de salud, el no respeto de la privacidad, el menosprecio de sus opiniones y la desinformación de la que son objeto, aspectos que terminan por incidir en la satisfacción que reciben del servicio y de la atención del personal, lo que influye en el desapego a los tratamientos, la resistencia al uso de los servicios que en algunos casos ha llegado a la confrontación y al choque cultural (Secretaría de Salud, 2010).

Para el caso de esta publicación se utiliza el término de rarámuris a los indígenas que radican en el estado de Chihuahua y en su gran mayoría dominan el idioma tarahumara, de todos los indígenas del país, son los que viven de manera más dispersa, a consecuencia de la ubicación geográfica accidentada de la sierra chihuahuense. Las condiciones de pobreza extrema y el grave problema de desigualdad en el que están inmersos son ampliamente conocidas, además de las creencias, valores, costumbres y un sistema propio sobre el cuidado de la salud.

En este sentido, los indígenas Rarámuris del estado de Chihuahua, el fracaso de los programas de salud implementados, tal vez se debe al desinterés que se tiene hacia el conocimiento de la cultura Rarámuris. Es importante mencionar, que el punto de partida radica en que cada vez se incrementa la demanda en cuanto a necesidades de salud y educación se refiere; sin embargo, que los rarámuris muestran resistencia al cambio, ya que en primera instancia se encuentra la

necesidad de beneficios y de poder de otros, antes que el apoyo propio de la sociedad indígena. Para adaptarse a estos cambios desinteresados, los rarámuris resaltan dos aspectos: El primero es incluir a su cultura antes que nada y, demostrar que la conocen lo suficientemente bien como para hacerlos participes en los proyectos planeados; el segundo punto, sería la aceptación a los avances tecnológicos en beneficio de ellos, sin reemplazar a sus conocimientos propios (Rincón, 2005).

En las intervenciones, con frecuencia, los profesionales "intentan" convencer a las personas para que adopten un comportamiento determinado. No es necesario imponer a los adultos un estilo de vida, ni inculcarles un cuidado exagerado de su salud o un sentimiento de culpabilidad, hay que ayudarles a optar por la salud con todo lo que conlleva el conocimiento de causa; en condiciones de pobreza, no se puede tener una motivación fuerte por cuestiones de salud, las personas en pobreza, viven al día, el futuro no les pertenece y los mensajes implican una anticipación del estado de salud lejano y poco accesible (Casado, 2004).

Una dificultad para que independientemente del contexto nacional, se puedan otorgar cuidados culturalmente coherentes, es que ésta perspectiva no existe como una especialización en México, la enfermería mexicana idealiza en laborar en áreas de alta especialidad como es el caso de hospitales de segundo y tercer nivel de atención, además el producto de las investigaciones científicas es en ocasiones inaccesible (Fernández, 2006).

Es responsabilidad del profesional de enfermería defender a los más desfavorecidos en razón a su pertenencia étnica y el empoderar a las personas para participar en decisiones de salud y el derecho de los individuos a ser tratado adecuadamente sin prejuicio de su ascendencia,

proveer igualdad y el valor de los individuos en sí mismos (Osorio & López, 2008).

Método

El estudio fue predominantemente con enfoque cualitativo, con la estrategia de triangulación de los datos (De Souza, 2005), con técnicas de recolección de información propias del diseño etnográfico (De Souza, 2009), tales como la observación participante y entrevistas a profundidad y semiestructuradas (para caracterizar al personal de enfermería). Lugar: Comunidades indígenas de difícil acceso de la sierra Tarahumara del estado de Chihuahua pertenecientes a las cabeceras municipales de la región de Bocoyna y Guadalupe y Calvo.

Población y elección de los participantes del estudio. Esta, se llevó a cabo a conveniencia de acuerdo a las características y disponibilidad de las personas.

- Enfermera comunitaria: Prestan sus servicios correspondientes al primer nivel de atención en brigadas sanitarias móviles que tienen contacto con indígenas Rarámuris, que se conformó en un total de 12 enfermeras.
- Líderes comunitarios indígenas: Mujeres y hombres indígenas que fungen como representantes de las familias indígenas y que poseen dominio del idioma español, con un total 6 personas.
- Indígenas rarámuris: Mujeres y hombres entre 18 y 60 años de edad, con dominio del idioma español pertenecientes a comunidades de difícil acceso. En total 10 personas.

Procedimientos

La información se recolectó a través de la observación participante, mediante la

convivencia cotidiana total con el profesional de enfermería, es decir 24 horas al día durante ocho semanas, al igual que con las familias indígenas. Se realizaron dos grupos de entrevistas abiertas, mediante el diálogo natural, con ayuda de un equipo de audio, con previo consentimiento informado, el primero dirigido a enfermeras con el propósito de conocer la experiencia de trabajar con familias indígenas, en un contexto comunitario en regiones de difícil acceso, el segundo fue dirigido a indígenas Rarámuris, con dominio del idioma español, con el propósito de conocer la perspectiva del cuidado que recibe por parte de la enfermera comunitaria, asimismo, para conocer sus necesidades, su cosmovisión de la vida, salud, enfermedad y de la muerte.

El análisis de los discursos, se realizó mediante una lectura y relectura línea por línea que permitió una codificación abierta, posteriormente la codificación axial y selectiva y se definieron categorías analíticas basadas en los temas explorados.

Posteriormente se llevó a cabo la organización de la información a fin de comprender la experiencia y cosmovisión de los informantes a partir de la comprensión de su contexto, de los cuales emergieron los siguientes temas: Cuidado familiar Rarámuri y Relación Enfermera-Rarámuris con sus respectivos subtemas que a continuación se describen

Resultados

Cuidado Familiar Rarámuri.

El presente tema, se centra directamente en el foco de estudio, que es el cuidado que la enfermera brinda en las comunidades rurales de más difícil acceso, incluye subtemas como: Necesidades de formación enfermera, Desvinculación con la medicina tradicional Rarámuri y el Enfoque morbicéntrico.

Necesidades de formación de la enfermera

La primer área de oportunidad, hace referencia a situaciones que evidencian la necesidades de formación para el dominio del idioma de responsabilidad (Tarahumara) y respecto a la cultura del indígena rarámuri, se reconocen dichas debilidades por parte del personal de enfermería, como una limitante para mejorar el cuidado que brinda en dicha región, debido a que la ausencia o escasez de dichos conocimientos han dificultado el desarrollo de la comunicación efectiva con el indígena Rarámuri:

“[...] Más bien nosotros debemos pensar en adaptarnos a su cultura para inculturizar la salud, pero para ello, nos falta conocer más a los rarámuris, más de su cultura, pero cuando nos capacitan nos hablan mucho de promoción a la salud pero centrados en comunidades mestizas, no está enfocado en el indígena...” (EC1).

“[...] Yo no les entiendo nada, y batallo mucho para que ellos me entiendan a mi...” (EC5).

Muñoz y Vásquez (2007), mencionan que gran parte del personal de salud desconoce el cuidado tradicional de las personas a las que otorgan sus cuidados, dicha situación se convierte en un aspecto crítico para ofrecer un cuidado culturalmente congruente.

Desvinculación del cuidado tradicional.

Existe un desconocimiento de los cuidados que se otorgan en las comunidades indígenas

rarámuris, dándole prioridad a los cuidados profesionales y a la medicina convencional, omitiendo la existencia de la medicina indígena, lo cual cobra relevancia al conocer la cosmovisión en salud de dichos pueblos, debido al fuerte apego a sus médicos tradicionales; la enfermera intenta realizar cambios forzados en la perspectiva de los rarámuris, lo que recae en la imposición cultural que genera más problemática en un intento de resolver otra, lo que provocando resistencia por parte del indígena:

“[...] Tienen muy arraigadas sus creencias y no permiten mucha aplicación del paquete garantizado de salud...” (EC10)

“[...] Tenemos pena con la gente blanca, ellos tienen otras costumbres y nos quieren hacer cambiar radicalmente, pero está muy difícil...” (IR4)

Cuando no se toman en cuenta las preferencias y creencias culturales en el cuidado, se corre el riesgo de estereotipar a las personas y ante la imposición cultural los individuos responden a tales prácticas impositivas, siendo pasivas o mostrando signos de resistencia, no adherencia a los tratamientos o incapacidad para cambiar la situación, lo que repercute dramáticamente en la calidad del cuidado y en el uso inapropiado de los servicios de salud (Kleimann, 1980 citado por Vásquez, 2000).

El personal de salud que trabaja en zonas indígenas, mayormente desconoce la conceptualización del proceso de salud-enfermedad así como sus prácticas de atención, generalmente el personal de salud descalifica las prácticas tradicionales y populares de la atención en salud y la enfermedad (Lerín, 2004).

Enfoque morbicéntrico.

Esta perspectiva, puesta en práctica por la enfermería comunitaria de regiones indígenas,

se centra directamente en la atención de la enfermedad, disminuye la oportunidad para brindar educación y promoción para la salud, la visita domiciliaria es escasa y en ocasiones nula, por tal motivo la participación comunitaria no figura en los programas preventivos, los cuales tienen como propósito el mantenimiento y potencialización de la salud, sin embargo, gran parte del tiempo que se emplea en las comunidades, es en brindar una atención correctiva a las problemáticas presentes lo que quedó de manifiesto en el siguiente testimonio:

“[...] Pasan primero los hipertensos y diabéticos, ah y embarazadas, ellos son la prioridad o hay veces que van niños, de ahí en fuera el resto, es conforme al padecimiento...” (EC6)

Al llegar a una comunidad, la enfermera realiza una pregunta general, *¿Quién viene enfermo?* Algunos rarámuris, levantan la mano y se les solicita que pasen para tomarles los signos vitales y realizar los registros pertinentes, a las personas “sanas” sólo se le colocó una firma en la tarjeta de citas y en ese momento concluyó la reunión (NC16)

El compromiso y responsabilidad social de la enfermería para cuidar a la persona, la familia y la comunidad, requiere además de técnicas, de un encuentro con la persona de la interacción de ambos, es la subjetividad a través del toque terapéutico para brindar cuidado y de comprensión intelectual, el reconocimiento de la otra persona a través de una relación holística, mostrando respeto por la diferencia (Ibarra y Siles, 2006).

Relación Enfermera-Familia Rarámuri.

En esta categoría, se destacan cuatro subtemas: Relación enfermera hacia la familia rarámuri, Relación familia rarámuri hacia la enfermera y Comunicación enfermera-familia rarámuri, las cuales abordan situaciones de relación y comunicación entre los integrantes del proceso de cuidado, ante esta realidad, se convierten en áreas de oportunidad, hacia la resolución o

mejoramiento, para lograr la vinculación estrecha y el desarrollo de la comunicación efectiva.

Relación Enfermera hacia la familia Rarámuri.

La primer área de oportunidad, evidencia la relación de la enfermera comunitaria hacia la familia rarámuri, la cual refleja una postura de autoridad por parte de la enfermera y de subordinación por el indígena, la aproximación física es distante, el contacto visual escaso y en la mayoría de las ocasiones ausente, lo que manifiesta un deterioro en la relación enfermera-persona de cuidado, así lo describieron las enfermeras.

“[...] Ellos hacen todo lo que usted les manda que hagan, ellos van a hacer todo lo que usted les está pidiendo...” (EC8)

“[...] Lo que tú les digas, es ley, ellos te siguen...” (EC6)

El profesional de enfermería en su práctica comunitaria, utiliza los cuidados únicamente legitimados por la ciencia, asumiendo una relación de superioridad y distanciamiento quebrantando el diálogo intercultural. Los prejuicios se deshacen cuando se rompe la barrera de la distancia, cuando la proximidad al otro es real, permite verle por encima de los estereotipos sociales y de los condicionantes institucionales (Moreno, 2006).

Relación familia Rarámuri hacia la enfermera.

Una segunda área de oportunidad, refleja la postura que muestra la persona indígena Rarámuri, en la relación con la enfermera comunitaria, la cual está impregnada de vergüenza, nulo contacto físico, visual, una pasividad y dependencia hacia la enfermera que le impiden realizar participación comunitaria en el proceso de cuidado, la ausencia de expresión de sentimientos hacia la enfermera se encuentra relacionada con condicionantes socioculturales del indígena rarámuri, así como condicionantes de educación de dicha región serrana, sin

embargo el tiempo de convivencia, es un factor determinante en el desarrollo de la comunicación efectiva.

“[...] Ellos se imponen a que tenemos que buscarlos, pero no, porque sería como maleducarlos, malacostumbrarlos o imponerlos...” (EC1)

“[...] Por ejemplo, o sea no hablan, no expresan lo que sienten o lo que tienen, si van a consulta, pues muchos se quedan allá afuera, luego uno tiene que ir a preguntarles porque si no, no vienen...” (EC8)

Por lo general, es común observar la desconfianza, el sentimiento de duda para acudir a con el médico por parte de los rarámuris, ya que el sistema sanitario, se impone como una necesidad para aliviar el dolor y evitar la enfermedad, pero no ofrece a la población indígena un trato suficientemente amable y respetuoso con su manera de ser. La insensibilidad del trato y la consideración de seres humanos pobres e ignorantes por parte del sistema, no favorece a que se produzca un acercamiento de la población, manteniéndose como último remedio, cuando no queda otra alternativa (Acuña, 2010).

Comunicación Enfermera-Familia Rarámuri

Una tercer área de oportunidad que mantiene estrecha relación con las dos anteriores, se refiere al proceso de comunicación entre la enfermera y la familia rarámuri, que actualmente es una problemática central del cuidado a dichas familias, ya que se caracteriza por una comunicación escasa o nula entre ambos interlocutores, cuestiones ligadas a aspectos culturales y a la ausencia de dominio del idioma Tarahumara por parte de la enfermera y del español por la persona indígena rarámuri, lo que limita en gran manera el desarrollo de una relación de confianza entre ambos, la comunicación fluye de manera unidireccional de la enfermera hacia la persona

de cuidado y la retroalimentación es evidentemente ausente:

“[...] Obvio que a nosotros no nos tienen como que mucha confianza, al principio cuando recién llegamos dar el nombre o como que confiar en mí, les costaba trabajo, pero fue una barrera, les preguntabas cómo se llama y agachaban la cabeza y luego cuál es su nombre y no te contestaban...” (EC1).

“[...] Que nos atienda bien, que nos comprenda, que nos hable claro, nos gustaría que la enfermera nos hablara en Tarahumara...” (LC3).

“[...] De nada sirve que lleven a las mujeres embarazadas y a los desnutridos si no les entienden lo que les dicen y no les hablan en Tarahumara, es mi mayor inconformidad...” (LC1)

“[...] Al principio me topé con esa barrera de que a pesar de que yo sabía que entendían, se hacían o no decían, no es que no entiendo, si nos entienden pero no nos quieren hablar...” (EC12).

Autores como Zoppil y Epstein (2001), mencionan que la relación afectiva que se establece durante el proceso de comunicación, determina en la mayoría de los casos, la cooperación, confianza y sinceridad que permiten obtener información, que en otras condiciones la persona no expresa. El hecho de que el profesional de enfermería no pueda comunicarse con su persona de cuidado provoca sentimientos de intranquilidad y ansiedad entre ambos interlocutores (Figueroa, 2009).

Los discursos técnicos y los silencios profesionales son expresiones de lenguaje peyorativo y discriminación hacia su interlocutor, que devalúa y menosprecia su capacidad intelectual (Cordeiro & Ferreira, 2009). Las barreras del idioma, el temor a los extranjeros, las normas culturales pueden limitar la comunicación directa (Deruyttere, 2001).

Conclusiones

A nivel internacional, no es desconocido que el modelo biomédico que apoya al sistema de salud, minimiza o margina la importancia de la causalidad social y cultural en la génesis de la enfermedad, recurriendo a estrategias ideológicas como la medicalización de muchos aspectos de la vida cotidiana como el embarazo, el nacimiento, la crianza, la sexualidad, la vejez o la muerte (Caramés, 2004 citado por Astaiza, Rodríguez, Guerrero & Portela, 2012), dicho modelo hegemónico parte de la idea que los saberes subalternos que son vestigios del pasado o producto de la ignorancia del “otro” como paciente o médico tradicional (Espinosa & Ynzunza, 2009).

En la declaración de Alma Ata desde 1978, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la salud reconocieron la importancia de incluir la llamada medicina tradicional en la Atención Primaria a la Salud en poblaciones donde los servicios institucionales son deficientes o no existen, la OMS, propone llevar la medicina moderna a todos los lugares del planeta, sin embargo, no hace ninguna consideración sobre las diversidades ambientales, sociales y culturales en las que se ubica. Sin pretenderlo de manera explícita, exige que la cultura se acomode a la ciencia médica y jamás ofrece la posibilidad de lo contrario (Zuluaga, 2000).

Sin embargo, Espinosa e Ynzunza (2007), refieren que a pesar de ser indiscutible la integración de los saberes tradicionales al saber biomédico, no significa que la exclusión y el poder se elimine como tampoco un movimiento equilibrado entre los saberes, ya que si no se superan las relaciones de hegemonía en los espacios de atención primaria las acciones tendrán poco o nulo efecto en las comunidades a las que va dirigida.

Lo anterior significa, ir en contra de la tendencia generalizada de considerar ignorante al que no maneja los conocimientos de la cultura

hegemónica, para reconocer que hay formas diversas de conocer y relacionarse con el mundo y, que todos tenemos mucho que aprender de esas diferentes formas, por eso un proyecto intercultural no se puede confundir como un proyecto para indígenas; si no un proyecto para todos (Ansión et al., 2007).

Como señala Vázquez (2007), la comunicación personal de salud–persona es un desafío entre profesionales de salud y personas que comparten contextos culturales y hablan el mismo idioma, sobre todo cuando el profesional de salud y la persona de cuidado, provienen de diferentes contextos y no hablan la misma lengua, este problema se hace evidente, primero en la comunicación interpersonal, por consiguiente, la atención médica, se enfrenta al hecho de que la población a la que se dirige describe características étnicas y lingüísticas diferenciadas.

Para que el profesional de enfermería, pueda proporcionar asistencia a personas con un fondo cultural y étnico diferente al propio, es preciso que se produzca una comunicación intercultural eficaz (Leno, 2006). La comunicación verbal impone la necesidad de poseer el mismo código lingüístico o el mundo referencial que lo rodea, de no ser así, la interrelación y retroalimentación es imposible y la situación de ausencia de comunicación se hace presente, impidiendo cualquier actuación eficaz (Estrada & Hernández, 2001; Figueroa, 2009).

La confusión de sentidos y significados, intraducibilidad, prejuicios, falta de empatía, dominio deficiente de la lengua, son hechos que dificultan la comunicación verbal, la interrelación e interacción entre el personal de salud y las personas de cuidado, la forma de impedirlos es poseer un mejor conocimiento del contexto cultural y del idioma de la población se considera una responsabilidad social (Figueroa 2009).

La posibilidad de instaurar un diálogo intercultural en salud, demuestra la necesidad de permitir que sean las personas indígenas o rarámuris que viven la salud y la enfermedad, desde su visión social, cultural y étnica, quienes encuentren en este proceso de interlocución, una forma de recuperar la confianza para comunicar su saber, para permitir que el otro con su mirada biomédica, pueda dejarse afectar y entender el entramado simbólico que hace parte de su comprensión de la vida (Astaiza et al., 2012).

Es importante realizar el presente cuestionamiento, *¿Por qué ha fracasado el diálogo intercultural?*, porque se ha basado casi exclusivamente en lo que las culturas tienen en común, es patente la falta de conocimiento mutuo sobre aspectos sensibles de las religiones o las creencias, los esfuerzos a favor del diálogo se han centrado en identidades colectivas y no en la individualidad de los grupos, existe una aceptación de la diversidad que representa una invitación a descubrir al otro, sin embargo, la tolerancia activa, el respeto mutuo y el conocimiento profundo de la otredad termino que Lévinas citado por Viveros, Chavarría (2016), lo define como una prioridad de vivencia y proximidad con el otro, hasta el límite de la condición humana y que estos límites se ponen de manifiesto en el diálogo genuino, admite un esfuerzo recíproco por encontrar y habitar un espacio común en el que se pueda producir un encuentro para el cuidado de la salud (UNESCO, 2010).

Lo anterior, exige capacidades de negociación y de acuerdos que se vinculen a una perseverancia por la comprensión de los seres humanos mutua y, que se manifiesten en una amplia gama de contextos culturales, mediante de proyectos incluyentes que permitan que se

produzca una interacción sin atentar sobre la identidad individual y/o colectiva (UNESCO, 2010).

Kleimann (1980) citado por Vázquez (2000), menciona que el conocimiento de la dimensión transcultural del cuidado, permite entender mejor las expectativas y percepciones de las personas en relación a la eficacia de sus prácticas, dicho conocimiento contribuye para elaborar estrategias que faciliten que las personas tomen decisiones informadas en relación al cuidado que queremos promover, pero que a su vez facilite el proceso de negociación y reestructuración del mismo. Así el propósito de la enfermería transcultural es descubrir nuevas y beneficiosas formas de ayudar a las personas de diferentes culturas, su objetivo es proporcionar cuidados culturalmente apropiados (Leno, 2006).

Si bien es una propuesta ideal, todos merecemos cuidados culturales apropiados, sobre todo en aquellas poblaciones más vulnerables y marginadas como son los grupos indígenas; una de las dificultades para que independientemente del contexto nacional, se puedan otorgar cuidados culturalmente coherentes, es que esta perspectiva no existe como una especialización en México, ya que aún predomina la influencia del paradigma biomédico en las enfermeras y por tanto un enfoque hacia la atención de la enfermedad; es así como la gran mayoría de enfermeras tienen como reto trabajar en lugares de alta especialización tecnológica (Fernández, 2006), por lo tanto es un campo novedoso pero de injerencia inmediata, por parte de las instituciones de salud gubernamentales y una gran oportunidad para la enfermería mexicana para la trascendencia profesional.

Referencias

Ansi3n et al. (2007). Educar en ciudadan3a intercultural. [Versi3n DX Reader]. Recuperado de <http://www.academia.edu/4734477/Educar-en-ciudadania>

Astaiza, N., Rodr3guez, S., Guerrero, N., & Portela, H. (2012). Di3logo intercultural en salud: una estrategia para rescatar los saberes y pr3cticas m3dicas en torno a la salud materno-infantil en las comunidades afrocaucanas; *Rev. Univ. Cat3lica del Norte*, 1 (37), 180-211.

Acu3a, A. (2010). Salud y Enfermedad Rar3muris: En torno a las pr3cticas de curanderismo; *Rev. Antropolog3a Experimental*, 1 (10), 1-23.

Casado, M. (2004). La Educaci3n para la salud en las personas adultas; *Rev. Educaci3n de personas Adultas*, 3 (17), 28-33.

Castillo, J. (2008). El cuidado Cultural de Enfermer3a. Necesidad y Relevancia, *Rev. Haban. cienc. m3d.*, 7 (3).

Deruyttere, A. (2001). *Pueblos ind3genas, globalizaci3n y desarrollo con identidad: algunas reflexiones de estrategia*; Unidad de pueblos ind3genas y desarrollo comunitario. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd27/puin2.pdf>

Espinosa, L., & Yzunza, A. (2009). Di3logo de saberes m3dicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud; *Rev. Ciencia Ergo Sum*, 16 (3).

Estrada, A., & Hern3ndez, M. (2001). Cultura en la enfermer3a comunitaria; *Rev Hum Med*, 1 (3).

Fern3ndez, V. (2006). Perspectiva de la enfermer3a transcultural en el contexto mexicano, consultado de la Fundaci3n Mexicana de la Salud; *Rev. de enfermer3a IMSS* 14 (1): 51-55.

Figueroa, M. (2009). Estrategias para superar las barreras idiom3ticas entre el personal de salud-usuario de servicios de salud p3blica en Espa3a, Estados Unidos y M3xico; *Rev. Nueva 3poca*, 2 (1), 149-175.

Ibarra, T., & Siles, J. (2006). Competencia cultural una forma humanizada de ofrecer cuidados de Enfermer3a; *Rev. 3ndex Enferm*, 15 (55).

Instituto Nacional de Estad3stica y Geograf3a. (2008). *Poblaci3n Ind3gena en M3xico*. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/poblacion_indigena/pob_indmex.pdf

Instituto Nacional de Estad3stica y Geograf3a. (2010). Censo Nacional de Poblaci3n y Vivienda 2010. Recuperado de <http://www.censo2010.org.mx/>

Leno, D. (2006). Buscando un modelo de cuidados de enfermer3a para un entorno multicultural, *Rev. Gazeta de Antropolog3a*, 22 (32), 67-87.

Ler3n, S. (2004). Antropolog3a y salud intercultural: desaf3os de una propuesta; *Rev Desacatos*, 4 (16).

De Souza, M.C. (2005). *Evaluación por triangulación de los métodos: abordaje de programas sociales*; Argentina: Ed. Lugar editorial.

De Souza, M.C. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*; Argentina: Ed. Lugar editorial.

Moreno, M. (2006). Del cuidado de la diversidad a la diversidad de cuidado; *Rev. Índex Enferm*, 15 (55).

Muñoz, L., & Vásquez, M. (2007). Mirando el Cuidado cultural desde la óptica de Leininger; *Rev. Inv. Edu. Enferm*, 38 (4), 98-104.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2010). *Invertir en la diversidad cultural y el diálogo intercultural*. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001878/187828s.pdf>

Osorio, M., & López, A. (2008). Competencia cultural en salud necesidad emergente en un mundo globalizado; *Rev. Índex Enferm*, 17 (4).

Rincón, G. (2005). “Rarámuris: una convivencia solidaria”, Programa Editorial UVI. México.

Secretaría de Salud. (2010). Interculturalidad en Salud: marco conceptual y operativo; modelo para su implementación en los servicios de salud.

Vásquez, M. (2000). El cuidado en Enfermería desde la perspectiva transcultural: una necesidad en un mundo cambiante; *Rev. Inv. Edu. Enferm*, 4 (3).

Vásquez, M. (2010). *El Cuidado Cultural adecuado de la investigación a la práctica; Arte y Ciencia del Cuidado*; Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

Viveros Chavarría, E. F. (2016). La otredad en el personaje Antígona de Sófocles. Aproximación a una lectura desde Emmanuel Lévinas. *Perseitas Vol. 4 (2)*, pp. 176-184 julio-diciembre 2016, Medellín, Colombia. Recuperado de: <http://revistavirtual.ucn.edu.co>

Zuluaga, G. (2000). La construcción cultural de la salud y de la enfermedad, aproximación desde un dialogo intercultural. Recuperado de http://www.cemi.org.co/images/ConstruccionCultural_sept06.pdf