



UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

# **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**

**Liliana Orozco Castillo**

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Enfermería  
Bogotá, Colombia  
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**

**Liliana Orozco Castillo**

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:

**Doctora en Enfermería**

**Directora:**

Magíster y Doctora en Enfermería Alba Lucero López-Díaz

**Línea de Investigación:**

Salud Pública y Mediación cultural en salud

**Grupo de Investigación:**

Cuidado Cultural de la Salud

**Universidad Nacional de Colombia**

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2017

# Dedicatoria

*A ti, Lili, por tu esfuerzo y dedicación.*



## Agradecimientos

El principal agradecimiento es a la doctora Alba Lucero López, directora de la tesis. También agradezco a la Universidad de Caldas, institución responsable directa del inicio y culminación de mi proceso doctoral. Le doy gracias también a las compañeras del programa por su apoyo, iluminación y ayuda constante; al igual que a los colaboradores generales y claves: los primeros por su aceptación y apertura para la realización de la investigación, y los segundos por su largo y valioso tiempo invertido.

Agradezco especialmente a Vilma, Luisa, Viller, Vivi, Lili y Blanquita, integrantes del grupo de Cuidado Cultural, por su tiempo, disposición y aportes al desarrollo del análisis investigativo. Debo también un reconocimiento a la familia Urbina Villalobos por acompañarme, ayudarme y acogerme en su hogar. A Bertha, Vilma, Diana Londoño, Marcela, Nohorita y Diana Betancourth, ya que su compañía en la distancia y palabras de aliento fueron un impulso cada día.

Finalmente, agradezco a mi familia, por estar sin reparos durante este arduo proceso, en especial a los tres amores del corazón, ya que sus particulares contribuciones me ayudaron a seguir viviendo y soñando con algo diferente a las pretensiones académicas.



## Resumen

**Antecedentes:** la competencia cultural fortalece los cuidados de Enfermería coherentes y efectivos en respuesta a la diversidad cultural existente. **Objetivo:** Describir e interpretar la competencia cultural (entendida y manifestada) y la percepción por parte de los profesionales de enfermería frente al cuidado realizado y de la población indígena Embera Chamí del departamento de Caldas frente al cuidado recibido. **Método:** investigación cualitativa etnográfica interpretativa. Los datos fueron recolectados a través de la observación participante y entrevista a profundidad. El análisis de los datos se realizó con las posturas de Leininger. **Resultados y discusiones:** contempla 15 subcategorías, 7 categorías y 2 patrones culturales sintetizados en un tema cultural sobre la competencia cultural de la enfermera de salud pública. Los resultados fortalecen la definición de competencia cultural, corroboran algunas afirmaciones teóricas, exponen el aporte que hace la enfermera a la cultura del indígena Embera y ponen de manifiesto la empatía enfocada en la comunicación como elemento prioritario de la competencia cultural. **Conclusiones:** la competencia cultural es entendida como un sistema ordenado que hace parte de la percepción de satisfacción de la enfermera y del indígena con resultados positivos para la salud.

**Palabras clave:** Competencia cultural, Enfermera, Salud pública, Grupos poblacionales.

## **Abstract**

**Background:** Cultural competence strengthens coherent and effective Nursing care in response to existing cultural diversity. **Objective:** To describe and interpret the cultural competence understood and manifested by nursing professionals in public health when they care for the indigenous population of Embera Chamí in the department of Caldas and the perception of both professionals and indigenous people in the face of care and received. **Method:** interpretative ethnographic qualitative research. Data were collected through participant observation and in-depth interview. Data analysis was performed using Leininger postures. **Results and discussions:** it includes 15 subcategories, 7 categories and 2 cultural patterns synthesized in a cultural theme on the cultural competence of the public health nurse. The results strengthen the definition of cultural competence, corroborate some theoretical affirmations, expose the nurse's contribution to the Embera indigenous culture and show the empathy focused on communication as a priority element of cultural competence. **Conclusions:** cultural competence is understood as an orderly system that entails and is part of the perception of satisfaction of the nurse and the indigenous with positive results for health.

**Keywords:** Cultural competency, Nursing Public Health, Population Groups.

## Tabla de contenido

Dedicatoria.....	I
Agradecimientos.....	III
Resumen .....	I
Abstract.....	II
Tabla de contenido .....	III
Lista de imágenes.....	VII
Lista de tablas.....	IX
Lista de figuras .....	XI
Introducción.....	1
<b>1. Marco de referencia.....</b>	<b>5</b>
1.1 Cultura y la enfermería cultural .....	5
1.2 Competencia cultural, enfermería y enfermería en salud pública.....	9
1.3 Población indígena y competencia cultural.....	15
1.4 Preguntas de investigación .....	21
1.5 Objetivos.....	21
1.5.1 <i>Objetivo general</i> .....	21
1.5.2 <i>Objetivos específicos</i> .....	22
<b>2 Marco metodológico.....</b>	<b>23</b>
2.2 Tipo de estudio .....	23
2.3 Campo de investigación .....	26
2.3.1 <i>Ámbito físico</i> .....	28
2.3.2 <i>Colaboradores de la investigación</i> .....	34
2.3.3 <i>Procesos para la recolección de datos</i> .....	41
2.3.3.1 <i>Inserción de campo</i> .....	41
2.3.3.2 <i>Trabajo de campo</i> .....	42
2.3.4 <i>Herramientas utilizadas para la recolección de datos</i> .....	43
2.3.4.1 <i>Observación participante</i> .....	43

2.3.4.2	Entrevista etnográfica.....	44
2.4	Marco de análisis.....	47
2.5	Criterios para evaluar los hallazgos del estudio.....	51
2.5.1	Credibilidad.....	52
2.5.2	Confirmabilidad.....	52
2.5.3	Significado en contexto .....	62
2.5.4	Patrones recurrentes.....	63
2.5.5	Saturación de datos.....	63
2.5.6	Transferibilidad.....	64
2.6	Aspectos éticos .....	65
<b>3</b>	<b>Resultados y discusiones .....</b>	<b>71</b>
3.2	Generalidades .....	71
3.3	Tema cultural: enfermeras y Emberas contentos con la atención empática y adaptada a las creencias en la IPS intercultural .....	75
3.3.1	<i>Patrón 1: En la IPS intercultural atiendo con empatía y conocimiento, adaptándome a las características de los Embera .....</i>	<i>76</i>
3.3.1.1	Categoría 1.1: Mi experiencia personal y profesional está influenciada por el contexto Embera y la IPS intercultural .....	78
3.3.1.2	Categoría 1.2: Respeto y adapto mi atención a las creencias, al contexto y a las características individuales del Embera .....	92
3.3.1.3	Categoría 1.3: Atiendo a los Embera siendo empática y con conocimientos .....	123
3.3.1.4	Categoría 1.4: Atiendo dispuesta a la escucha y adapto mi lenguaje, aunque pienso que llenar tantos formatos interfiere en la comunicación con el Embera.....	133
3.3.2	<i>Patrón 2: Emberas y enfermeras están satisfechos el tanto el uno con el otro, como con la IPS intercultural.....</i>	<i>143</i>
3.3.2.1	Categoría 2.1: Como enfermera estoy contenta en el trabajo intercultural, creando lazos de afecto con el Embera .....	145
3.3.2.2	Categoría 2.2: Como Embera estoy contento con las enfermeras y la IPS intercultural, aunque en ocasiones me molesta esperar.....	157
3.3.2.3	Categoría 2.3: Como Embera, intento seguir las recomendaciones de la enfermera, aunque las recomendaciones sobre la comida son difíciles de seguir ...	168
<b>4</b>	<b>Conclusiones y recomendaciones.....</b>	<b>179</b>
4.2	Aproximación a la competencia cultural en profesionales de enfermería en salud pública cuando cuida a población indígena y la percepción de ambos frente al cuidado recibido y realizado.....	179
4.3	Reflexiones de la competencia cultural en profesionales de enfermería en salud pública cuando cuidan a la población indígena y la percepción de ambos frente al cuidado recibido y realizado.....	185
4.4	Dificultades vividas durante el estudio .....	188

4.5	Contribuciones del estudio realizado .....	190
4.5.1	<i>Contribuciones a la teoría de enfermería</i> .....	190
4.5.2	<i>Contribuciones a la práctica de enfermería</i> .....	192
4.5.3	<i>Contribuciones a la docencia de enfermería</i> .....	193
4.5.4	<i>Contribuciones a la investigación de enfermería</i> .....	194
4.6	Recomendaciones finales .....	194
<b>Anexos .....</b>		<b>197</b>
A.	Anexo: Consentimiento informado para los profesionales de enfermería .....	199
B.	Anexo. Consentimiento informado para población indígena .....	202
C.	Anexo: Formato de datos generales de la población indígena y enfermeras.....	205
D.	Anexo: Aval de la Alcaldía Municipal Riosucio, Caldas .....	206
E.	Anexo: Aval de la Asociación de Cabildos Indígenas de Caldas “ACICAL” .....	207
F.	Anexo: Declaración de confidencialidad auxiliar de investigación.....	208
G.	Anexo: Aval de Comité de Ética Universidad Nacional .....	209
H.	Anexo: Cronograma de actividades .....	210
I.	Anexo: Presupuesto de la investigación .....	211
<b>Bibliografía.....</b>		<b>213</b>



## Lista de imágenes

<b>Imagen 1:</b> IPS donde se realizó la investigación intercultural. Riosucio, Caldas, 2016 .....	28
<b>Imagen 2:</b> Consultorio IPS. Riosucio, Caldas, 2015 .....	29
<b>Imagen 3:</b> Farmacia IPS. Riosucio, Caldas, 2015 .....	30
<b>Imagen 4:</b> Puesto de información de la IPS. Riosucio, Caldas, 2015.....	30
<b>Imagen 5:</b> Sala de procedimientos IPS. Riosucio, Caldas, 2015.....	31
<b>Imagen 6:</b> Consultorio IPS. Riosucio, Caldas, 2015 .....	31
<b>Imagen 7:</b> Vivienda indígena. Riosucio, Caldas, 2016.....	54
<b>Imagen 8:</b> Validación de resultados con indígena .....	55
<b>Imagen 9:</b> Validación de resultados con familia indígena .....	56
<b>Imagen 10:</b> Dibujo realizado y regalado por niño indígena.....	57
<b>Imagen 11:</b> Validación de resultados con enfermero.....	58
<b>Imagen 12:</b> Validación de resultados con enfermera.....	59
<b>Imagen 13:</b> Socialización resultados investigativos. Riosucio, Caldas, 2015.....	68
<b>Imagen 14:</b> Respuesta de los asistentes a la socialización de resultados sobre la importancia de la investigación Riosucio, Caldas, 2015.....	69
<b>Imagen 15:</b> Ofrenda en ritual indígena. San Lorenzo, Riosucio, Caldas, 2015.....	97
<b>Imagen 16:</b> Parque principal de Riosucio, Caldas, 2015 .....	103
<b>Imagen 18:</b> División geográfica de Resguardos del municipio de Riosucio, 2015 .....	105
<b>Imagen 19:</b> Artesanías para la venta. Resguardo San Lorenzo. Riosucio, Caldas, 2015.....	106
<b>Imagen 20:</b> Zona rural, resguardo de San Lorenzo, Riosucio, Caldas, 2015 .....	107
<b>Imagen 21:</b> Huerta indígena, Resguardo San Lorenzo, Riosucio, Caldas, 2015 .....	108
<b>Imagen 22:</b> Indígena de zona rural. Resguardo San Lorenzo, comunidad El Roble, 2015.....	109
<b>Imagen 23:</b> Control de crecimiento y desarrollo en consultorio de zona urbana. Riosucio, Caldas, 2015 .....	111
<b>Imagen 24:</b> Control de crecimiento y desarrollo en zona rural de Riosucio, Caldas, Resguardo San Lorenzo, comunidad El Roble, 2015.....	112
<b>Imagen 25:</b> Sala de espera, zona rural del resguardo de San Lorenzo, comunidad El Roble, Riosucio, Caldas, 2015 .....	113
<b>Imagen 26:</b> Control de crecimiento y desarrollo, hipertensión arterial y planificación familiar. Zona rural de comunidad El Roble, resguardo San Lorenzo, Riosucio, Caldas, 2015 .....	116

<b>Imagen 27:</b> Formato para realizar controles de crecimiento y desarrollo IPS indígena .....	125
<b>Imagen 28:</b> Control de hipertensión arterial en comunidad El Roble, San Lorenzo, Riosucio, Caldas, 2015 .....	131
<b>Imagen 29:</b> Control hipertensión arterial. Riosucio, Caldas, 2015 .....	131
<b>Imagen 30:</b> Cartel situado en la Casa de la Cultura. Resguardo San Lorenzo, Riosucio, Caldas, 2015.....	155

## Lista de tablas

<b>Tabla 1:</b> Colaboradores generales en la investigación .....	36
<b>Tabla 2:</b> Colaboradores clave - enfermeras .....	38
<b>Tabla 3:</b> Colaboradores clave - indígenas.....	40
<b>Tabla 4:</b> Preguntas preliminares para los profesionales de enfermería.....	46
<b>Tabla 5:</b> Preguntas preliminares para la población indígena .....	46
<b>Tabla 6:</b> Preguntas en segunda y tercera etapa para los profesionales de enfermería .....	47
<b>Tabla 7:</b> Preguntas en segunda y tercera etapa para los profesionales de enfermería .....	47
<b>Tabla 8:</b> Tema, patrones, categorías y subcategorías .....	73



## **Lista de figuras**

<b>Figura 1:</b> Diagrama del proceso de análisis de datos según Madeline Leininger .....	48
<b>Figura 2:</b> Proceso de validación de datos .....	53
<b>Figura 3:</b> Diagrama de la competencia cultural en profesionales de enfermería en salud pública cuando cuidan a la población indígena y la percepción de ambos frente al cuidado.....	186



## Introducción

La aceptación de sociedades cada vez más diversas por cuenta de la existencia de varios grupos étnicos, fenómenos migratorios, desplazamientos forzados y, especialmente, el reconocimiento y respeto a las múltiples formas de pensamiento y de expresión (UNESCO, 2006), ha ocasionado que desde enfermería se gesten aportes a la temática de la competencia cultural a partir del establecimiento de varias definiciones, desarrollo de sus atributos, creación de teorías y realización de numerosas investigaciones. 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.

En la actualidad, los avances investigativos y de conocimiento en competencia cultural coinciden en afirmar en que si solamente se midiera la capacidad de los profesionales de enfermería, sin evaluar los resultados en los receptores del cuidado, el tema de la atención culturalmente competente<sup>1</sup> seguiría siendo desconocido y, por tanto, constituiría un motivo de preocupación (Loftin, Hartin, Branson, & Reyes, 2013; Swanson, 2012). En adición a lo anterior, el hecho de no hallar literatura científica relevante que comunique el sentir de las enfermeras con los cuidados culturalmente competentes suscita gran interés por este fenómeno.

Ahora bien, la precaria situación socioeconómica, política y cultural vivida por los indígenas en el mundo, especialmente en Colombia, los convierte en una población

---

<sup>1</sup> En esta investigación se utilizarán las nociones de cuidado cultural y de atención cultural de manera similar, atendiendo a las posturas referentes a lo *emic*, a lo *ethic* y a la terminología existente.

vulnerable, tal y como se evidencia en los casos en cuya atención en salud inclusive se da con enfoques diferentes a los de su cosmovisión y a los de sus especificidades culturales (Ariza Montoya & Hernández Álvarez, 2008; Organización Panamericana de la Salud, 2007). Situaciones como las mencionadas anteriormente traen consigo desigualdades en salud que la competencia cultural pretende mejorar, con el propósito de reafirmar a estos grupos como miembros importantes y representativos del país, con visiones distintas del mundo.

El proceso de competencia cultural con poblaciones indígenas va más allá de los principios que esta estipula, ya que, además de acortar diferencias en salud y disminuir las desigualdades, pretende reducir la distancia cultural entre las formas institucionalizadas y hegemónicas de atención, al igual que las formas de comprensión de la misma por parte de las poblaciones indígenas. En este sentido, la competencia cultural busca mejorar el empoderamiento de estos grupos poblacionales a partir de la búsqueda del aumento en la satisfacción con la prestación de los servicios de salud (Wilson, 2008; Pelcastre-Villafuerte et al., 2014).

Para desarrollar la competencia cultural, se deben tener en cuenta el contexto y los antecedentes sociopolíticos y culturales tanto del receptor como del proveedor de cuidado. Además, se requiere robustecer el conocimiento de la competencia cultural en varios entornos para determinar así las experiencias y enfoques importantes, eficaces y significativos entre un profesional de enfermería y un receptor de cuidado culturalmente diferente.

La trayectoria de conocimiento que ha tenido la competencia cultural en profesionales de enfermería, el desconocimiento que existe sobre ella por parte de quienes reciben y ofrecen el cuidado, la historia de marginación sociopolítica y cultural vivida por las poblaciones indígenas, la diversidad étnica existente en Colombia y la experiencia de la investigadora como enfermera en el área de salud pública —específicamente en las comunidades indígenas del Vaupés—, permiten reconocer la importancia de poner en marcha la competencia cultural al momento de cuidar dicha población, particularmente

en actividades de protección específica, detección temprana o eventos de interés en salud pública.

Todas estas situaciones mencionadas motivan a un objetivo central: profundizar en el conocimiento de la competencia cultural de los profesionales de enfermería de salud pública en el departamento de Caldas durante el proceso de cuidado a la población indígena Embera Chamí, conforme se identifica la perspectiva de ambos frente al cuidado realizado y recibido.

Para lograr dicho objetivo, se realizó una investigación cualitativa, tipo etnográfica interpretativa, cuyos resultados permitieron realizar un aporte al desarrollo del conocimiento de competencia cultural en enfermería al ofrecer las características de un cuidado basado en la cultura de los indígenas. El contenido de este texto aportará al mejoramiento del cuidado en salud de las comunidades indígenas en Colombia al ofrecer especificidades en cuanto a la forma de prestar un cuidado de enfermería con resultados en salud y una percepción positiva de ambos actores de cuidado. También, desde este documento, se propone realizar un aporte a la disciplina de enfermería, ayudando a robustecer el cuerpo de conocimiento en especial desde el área de salud pública, responsable de mejorar el cuidado en salud de las poblaciones.

En el primer capítulo de la tesis se realiza la contextualización y la justificación de la investigación realizada, al igual que se presenta la relación existente entre los desarrollos de la competencia cultural en enfermería (específicamente en enfermeras de salud pública) y la situación de la atención en salud de los indígenas a nivel mundial, nacional y regional.

En el segundo capítulo, se plasma de manera detallada el desarrollo metodológico para realizar la investigación, incluida la recolección de los datos, el análisis de la información, la validez de los datos obtenidos, el rigor metodológico y los aspectos éticos que permitieron cumplir con el logro de los objetivos planteados.

El tercer capítulo corresponde a los resultados del análisis de los datos empíricos y se explica el tema cultural denominado Enfermeras y Emberas contentos con la atención empática y adaptada a las creencias en la Institución Prestadora de Servicios (IPS) intercultural. En este capítulo se explican los patrones, categorías y subcategorías integradoras, mostrando de manera detallada cómo cada uno de estos componentes interviene en la competencia cultural y la forma en la que se percibe el acto de cuidado. Los resultados se confrontaron con posturas teóricas, resultados investigativos, afirmaciones de autores y se ilustraron con fragmentos de testimonios ofrecidos por los participantes u observaciones realizadas por la investigadora.

Finalmente, el cuarto capítulo ofrece las conclusiones e interpretación basadas en los resultados obtenidos a la luz de la postura y pensamientos de la investigadora, mientras se comentan las dificultades vividas y las contribuciones del estudio realizado.

# **1. Marco de referencia**

## **1.1 Cultura y la enfermería cultural**

El termino 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, critica y discusión a partir de diversas definiciones. Dentro de tantos planteamientos al respecto, se encuentra aquél histórico y clásico definido por Tylor, referenciado por Goberna Falque, quien define cultura como “todo complejo que incluye conocimiento, creencia, arte moral, leyes, costumbres y todas las aptitudes y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de una sociedad” (Goberna Falque, 2003). Otras definiciones, como la determinada por Geertz, entienden la cultura como:

“La producción de los sentidos de significados, en cuyos términos los seres humanos interpretan su experiencia y guían su acción. La cultura constituye una serie de mecanismos de control que gobiernan la conducta del hombre. De manera que esos símbolos no son meras expresiones o instrumentos o elementos correlativos de nuestra existencia biológica, psicológica y social, sino que son requisitos previos de ella” (Geertz, 1973).

En la actualidad, ambas definiciones permiten hacer abstracciones de la cultura propia de los indígenas Embera Chami y de las enfermeras de salud pública aportando al mismo tiempo elementos de competencia cultural que se dan el acto de cuidado. Por su parte, organizaciones de índole internacional como la UNESCO definen la cultura como:

“El conjunto de rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivo que caracterizan una sociedad o un grupo social. Ella engloba, además de las artes y las letras los modos de vida, los derechos fundamentales al ser humano, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias que la cultura da al hombre sobre la capacidad de reflexionar sobre si mismo (UNESCO, 1982)”.

Para el grupo poblacional específico que corresponde a esta investigación, instituciones internacionales que se ocupan de la salud de las minorías también definen el concepto de cultura entendiéndola desde un punto de partida conceptual para la atención culturalmente competente como:

“Una función de pensamientos, comunicaciones, acciones, costumbres e instituciones de grupos raciales, étnicos, religiosos o sociales, haciendo de las cuestiones culturales un elemento central en la prestación del tratamiento sanitario y las intervenciones preventivas. teniendo un punto de partida conceptual para la atención culturalmente competente en cada territorio” (Agency for Healthcare Research and Quality, 2012).

Desde el ámbito de salud, la cultura se reconoce como un elemento propio de la salud y la vida de las personas, definido y entendido desde diversas posturas filosóficas y disciplinares, con una variedad de conceptos dentro de algunas profesiones, entre ellas la salud pública (Páramo, 2011) y la enfermería, desde donde se han realizado varias definiciones.

Precisamente, la enfermería vista como una disciplina profesional, cuyo objeto de estudio es el cuidado, ha ofrecido desarrollos conceptuales al término cultura, logrando sincronizarla con la meta, el objeto y el sujeto en el acto de cuidado. Medeline Leininger aportó elementos fundamentales permitiendo entenderla como aquellos “valores, creencias, normas y formas de vida practicados, que fueron aprendidos, compartidos y transmitidos por los individuos y los grupos que generan pensamientos, decisiones y acciones de una manera estandarizada” (Guzmán Aguilar, Carrasco González, García Piña, Saldivar Flores, & Ostiguín Meléndez, 2007; Leininger & McFarland, 2002; McFarland & Wehbe-Alamah, 2015).

Del mismo modo, los estudiosos de la disciplina de enfermería han debatido y utilizado el concepto de cultura definiéndola como “una respuesta conductual aprendida y modelada adquirida con el tiempo que incluye creencias, actitudes, valores, costumbres, normas, tabúes, artes, hábitos y modos de vida explícitos e implícitos aceptados por una comunidad de individuos” (Giger et al., 2007). Giger y colaboradores (2007) continúan afirmando que la “cultura es principalmente aprendida y transmitida dentro de la familia y otras organizaciones sociales, es compartida por la mayoría del grupo, incluye una visión del mundo individualizada, guía la toma de decisiones y facilita la autoestima y el amor propio”. Este concepto guarda coherencia con las posturas teóricas de Leininger, por lo cual sirve como base para materializar estudiar los cuidados culturales y, por ende, comprender y desarrollar la competencia cultural.

En el mismo ámbito de la enfermería, una revisión de literatura basada en la atención culturalmente adecuada, realizada por Williamson & Harrison (2010), demuestra dos enfoques para determinar la cultura dentro del acto de cuidado. El primero es un enfoque estático, invariable, relacionado con los valores, creencias y tradiciones de las personas; mientras que el segundo enfoque se encuentra centrado en la posición social, las relaciones y cómo éstas afectan la salud y la atención sanitaria de las personas. Ambos enfoques son tenidos en cuenta en el cuidado culturalmente competente reportado en la literatura (Campinha-Bacote, 2002; Leininger & McFarland, 2002; Purnell, 2002, 2005; Schim & Doorenbos, 2010; Schim, Doorenbos, & Borse, 2005; Transcultural C.A.R.E Associates, 2015).

Dentro de las posiciones teóricas de la disciplina profesional de enfermería, se reconoce a Leininger como la pionera de los cuidados culturales. Dicho aporte emergió cuando la autora identificó la importancia que tiene para la enfermería los postulados de la antropología y cómo estos se interrelacionan (Leininger & McFarland, 2002). La misma Leininger desarrolló la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados, basada en la convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer

información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan (Aguilar Guzmán, Carrasco González, García Piña, & Ostiguín Meléndez, 2007; Muñoz de Rodríguez & Vásquez, 2007) permitiendo a los profesionales de enfermería tener unas bases propias y sólidas para ofrecer cuidados culturales y con base en esto procurar nuevas experiencias profesionales adecuadas a los sujetos de una cultura específica (C. Castro, Cepeda, Flórez, & Vásquez, 2014).

En la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados, propuesta por Leininger, se definen los cuidados culturales como “actos de prestación de cuidados de ayuda, apoyo, facilitación o capacitación sintetizados y culturalmente constituidos hacia uno mismo o hacia los demás” (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015). Dicho enfoque se encuentra unido con la definición de cultura planteado por la misma autora, de modo que a través de esta noción es posible obtener efectos positivos tanto en la salud y bienestar de las personas, como en el afrontamiento de discapacidades, de la muerte o de otra condición humana (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015).

Los aportes de Leininger proponen generar y materializar un área formal de conocimientos y prácticas centradas en la prestación del cuidado cultural holístico basado en los cuidados culturales (Aguilar Guzmán et al., 2007; Leininger & McFarland, 2002). Dichos desarrollos se convierten en una fuente teórica de relevancia disciplinar para el cuidado culturalmente competente, al igual que para las enfermeras y enfermeros investigadores, quienes requieren expresar la necesidad de relacionar la diversidad de cuidados tradicionales/locales con los cuidados profesionales (Romero, 2009). Dicha forma de cuidado huye de la visión reduccionista de la persona y defiende la importancia de atender las necesidades desde la perspectiva de la competencia cultural (Bonill de las Nieves & Celdrán Mañas, 2012).

Se deduce entonces que la enfermería transcultural propuesta por Leininger permite descubrir los puntos de vista personales o culturales referentes a los cuidados que tienen las personas para entender, aplicar y aprovechar estos conocimientos como base de las prácticas asistenciales (Muñoz de Rodríguez & Vásquez, 2007). De esta

manera, se logra coherencia con los marcos teóricos específicos de competencia cultural, los cuales engloban las estrategias que las personas utilizan para mantener, proteger y recuperar la salud (Escobar Castellanos & Paravic-Klijn, 2017) en relación con el cuidado ofrecido por la enfermera.

## **1.2 Competencia cultural, enfermería y enfermería en salud pública**

Los profesionales de enfermería, mayoritariamente en Estados Unidos, han realizado un nutrido aporte a la competencia cultural creando varias definiciones, teorías y desarrollando sus atributos (Campinha-Bacote, 2002; Leininger & McFarland, 2002; Purnell, 2005). En Europa, igualmente, se han producido algunas contribuciones (Papadopoulos & Lees, 2002); no obstante, hay nula producción en los países latinoamericanos.

De acuerdo con las definiciones desarrolladas de competencia cultural por profesionales de enfermería, esta se presenta como un proceso amplio que debe ser adoptado por los sistemas, las instituciones, las políticas y, sobre todo, por los profesionales, quienes han de desarrollar determinada conciencia, conocimientos, actitudes y habilidades para ofrecer sus servicios (Campinha-Bacote, 2002; Leininger & McFarland, 2002; Purnell, 2005). Dichas acciones deben tener en cuenta de manera prioritaria la cultura y la perspectiva del cuidado ofrecido y recibido, siendo esta definición de referencia para el desarrollo del presente trabajo investigación.

La competencia cultural en enfermería ha evolucionado en el campo de la asistencia, la docencia, la administración y, también, de la investigación, áreas inmersas dentro de las responsabilidades y funciones de los profesionales de enfermería (Congreso de Colombia, 1996; Consejo Internacional de Enfermeras, 2012). Por ello, se ha elegido investigar la competencia cultural del área asistencial en profesionales de enfermería

en salud pública, específicamente quienes cuidan a poblaciones indígenas, puntualmente en actividades de protección específica, detección temprana o eventos de interés en salud pública. El motivo por el cual se ha elegido lo asistencial es porque se constituye como el área fundamental en el cual emergen los fenómenos de mayor relevancia en la profesión de enfermería (Reed & Lawrence, 2008).

Adicionalmente, se ha de contemplar que la competencia cultural influye de manera positiva en acciones directas del cuidado de enfermería, como lo son el mejorar la comunicación y aumentar la negociación entre los profesionales de enfermería y el sujeto de cuidado, haciendo que este último incremente el cumplimiento de los compromisos adquiridos para mejorar su salud (Alexander, Uz, Hinton, Williams, & Jones, 2008; Berlin, Johansson, & Törnkvist, 2006; Dawson & Lighthouse, 2010; Lie, Lee-Rey, Gomez, Bereknyci, & Braddock, 2011; Robinson & Lorenc, 2011). Al respecto, organizaciones como el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) creen que las enfermeras deben ser cultural y lingüísticamente competentes para entender y responder con eficacia a las necesidades culturales y lingüísticas de los clientes, familias y comunidades, sin dar lugar a la contravención de los códigos de ética profesional, normas de la práctica de enfermería, marcos jurídicos o convenciones de las Naciones Unidas sobre derechos humanos (International Council of Nurses, 2013).

Dentro del ámbito normativo, hay un énfasis en potencializar el desarrollo de la competencia cultural en profesionales de enfermería, especialmente para minorías étnicas, puesto que algunas de las normas vigentes rigen a los profesionales a partir de la potencialización y utilización de la competencia cultural. En Estados Unidos, por ejemplo, estos se adhieren a los estándares nacionales emitidos por el Departamento de Servicios Humanos y de Salud, los cuales tienen que ver con el cuidado de la salud cultural lingüísticamente apropiada (CLAS) (Office of Minority Health, 2016).

En Colombia, la Ley 1164 reglamenta el talento humano en salud y, en su artículo 20, hace explícito el respeto a la cultura médica tradicional propia de los diversos grupos étnicos existentes en el país (Congreso de Colombia, 2007). Específicamente, la

normatividad para enfermería promulgada en la Ley 911 y la 266 disponen que el profesional de enfermería “adoptará una conducta respetuosa y tolerante frente a las creencias, valores culturales y convicciones religiosas de los sujetos de cuidado” (Congreso de la República de Colombia, 2004) y se ofrecerá “un cuidado de enfermería que tiene en cuenta las características socioculturales, históricas y los valores de la persona, familia y comunidad que atiende” (Congreso de Colombia, 1996). Esta legislación suministra un excelente marco para el desarrollo de una propuesta investigativa con relación a la competencia cultural en profesionales de enfermería dedicados al cuidado de poblaciones indígenas.

Con respecto a las teorías de la temática, estas se encargan de guiar la práctica culturalmente competente de acuerdo con necesidades y objetivos puntuales. Dentro de los supuestos de estas teorías, se explicita la importancia de evaluar, analizar y hacer operantes las llamadas variaciones intraculturales (Purnell, 2002, 2005), variaciones intraétnicas (Campinha-Bacote, 2002; Transcultural C.A.R.E Associates, 2015), subculturas (Leininger & McFarland, 2002) o diversidad cultural (Schim & Doorenbos, 2010; Schim et al., 2005), indicando que las diferencias de raza u origen no son las únicas características a tenerse en cuenta en el momento de ofrecer un cuidado culturalmente competente.

En general, las afirmaciones de los teóricos coinciden en aspectos como los valores, estilos de vida, preferencias sexuales, situación socioeconómica, religión, edad, género, nivel educativo, entre otros, como características fundamentales que hacen diferentes a las personas dentro de sus rasgos culturales dominantes. Este es un aspecto fundamental para la presente investigación, puesto que en el estudio se explicita la competencia cultural de enfermeras que tienen la misma nacionalidad del sujeto de cuidado, pero con notorias diferencias étnicas, culturales y otras particularidades mencionadas por los teóricos.

Las teorías al guiar el accionar del cuidado culturalmente competente motivan a los profesionales de enfermería a efectuar una valoración cultural en cuatro puntos

centrales: i) un autoexamen de su propia cultura e identificar cómo esta interfiere en el cuidado ofrecido; ii) reconocer las generalidades de la cultura dominante a la cual pertenece el sujeto de cuidado, iii) conocer las particularidades de los sujetos de cuidado y, por último, iv) identificar las características del contexto en donde se efectúa el acto de cuidado (Campinha-Bacote, 2002; Leininger & McFarland, 2002; Purnell, 2002, 2005; Schim & Doorenbos, 2010; Transcultural C.A.R.E Associates, 2015). Estos elementos se identifican como fundamentales dentro de la competencia cultural.

Sobre los profesionales de enfermería, los resultados investigativos en los países anglosajones y europeos demuestran que estos tienen competencia cultural. Esta afirmación se corrobora con los resultados obtenidos en diferentes pruebas, en las cuales los profesionales de enfermería presentan niveles de competencia cultural de moderados a altos en alguno o en todos los componentes (A. Castro & Ruiz, 2009; Dawson & Lighthouse, 2010; Serra Galceran et al., 2013; Starr & Wallace, 2009, 2011). Por otro lado, los resultados de la única investigación de tipo cuantitativo efectuada en Colombia, con un instrumento no validado, muestra que los profesionales de enfermería participantes no sobrepasaron siquiera el 37% en las categorías de competencia cultural evaluadas (Giraldo Montoya & Escobar Muñoz, 2010).

En otros estudios sobre la medición del nivel de competencia cultural, algunos autores coinciden en advertir las limitaciones con los cuestionarios utilizados (Aseltine, Katz, & Holmes, 2011; Serra Galceran et al., 2013; Starr & Wallace, 2009). Una de las razones expresadas por los investigadores es que con estas herramientas los profesionales pueden mostrar la imagen que creen pertinente frente al cuidado culturalmente competente (Serra Galceran et al., 2013); además, se basan en las creencias individuales y pensamientos sobre la competencia cultural, lo cual puede generar sesgos impropios (Starr & Wallace, 2009). Respecto al tema, en el año 2013 se publicó una revisión sistemática sobre los instrumentos de competencia cultural para profesionales y estudiantes de enfermería, que demostró cómo la limitación más importante es la medición de la autopercepción. Además, en la misma revisión se anota que los instrumentos tienden a ser deductivos o basados únicamente en el sentir

y el pensar de los profesionales, lo cual obliga a profundizar no solo en la competencia cultural de los profesionales de enfermería, sino también a buscar elementos que permitan entrever si el receptor de cuidado siente que se le cuida de una manera apropiada (Loftin et al., 2013).

Del mismo modo, algunos investigadores de competencia cultural coinciden en afirmar en que si solo se mide la capacidad de los profesionales de enfermería, sin evaluar los resultados en los receptores del cuidado, el tema de la atención culturalmente competente seguirá siendo desconocido y, por tanto, se constituirá en un motivo de preocupación (Loftin et al., 2013; Swanson, 2012). Con relación a esto, Garret y colaboradores (Garrett, Dickson, Whelan, & Roberto-Forero, 2008) aseveran que la evaluación de los receptores de cuidado debe influenciar e, incluso, determinar los pasos a seguir para ofrecer el cuidado culturalmente competente. Dicha posición coincide en parte con lo referenciado por Starr y colaboradores (Starr & Wallace, 2009), al identificar que la competencia cultural se entiende mejor mediante la evaluación de las perspectivas de los proveedores y de los clientes.

Sin embargo, la escasa investigación generada desde la perspectiva del receptor del cuidado, relacionada con el cuidado culturalmente competente, se ha generado desde la investigación cualitativa y se ha enfocado en ambientes hospitalarios (Archibald, 2011; Arnaert & Schaack, 2006; Cioffi, 2006; Garrett et al., 2008; Johnstone & Kanitsaki, 2007). Estas investigaciones podrían coadyuvar en el entendimiento del vacío al que se hizo referencia, consistente en no contemplar el asunto desde la perspectiva del receptor del cuidado.

En las escasas ocasiones en las que se analiza el asunto desde la perspectiva del cliente, se ha encontrado que los profesionales de enfermería, por lo general, sí tienen en cuenta la cultura del receptor de cuidado. Como resultado de ello, los clientes resaltan positivamente la buena comunicación (Arnaert & Schaack, 2006; Ngo-Metzger et al., 2006; Warda, 2000), las buenas actitudes y comportamientos —tales como el hecho de que el profesional de enfermería tenga en cuenta las creencias del receptor

del cuidado— (Ngo-Metzger et al., 2006; Vogler, Altmann, & Zoucha, 2010; Warda, 2000), las buenas prácticas organizativas y la participación familiar (Cioffi, 2006; Garrett et al., 2008; Vogler et al., 2010).

En este mismo sentido, uno de los estudios de mayor acercamiento para evaluar la competencia cultural de los profesionales de enfermería desde la perspectiva del receptor del cuidado se realizó en Hawái, en donde se concluyó que estos esperaban un cuidado culturalmente competente centrado en tres aspectos: i) la aceptación, el respeto, el cuidado holístico y tener en cuenta la familia; ii) el cuidado culturalmente competente descrito como abierto, con comunicación honesta, expresando preocupación, y iii) que el proveedor del cuidado tenga la habilidad para relacionarse con los individuos y las familias (Vogler et al., 2010). Así, este estudio pone de manifiesto la importancia de identificar a profundidad cómo en el contexto colombiano el cliente espera ser cuidado con características específicas, mientras se logra identificar si las acciones de los profesionales de enfermería coinciden con dicha expectativa.

Ahora bien, con relación a la competencia cultural de las enfermeras de salud pública, se conoce que esta forma de cuidado trae beneficios adicionales para dichos profesionales en múltiples aspectos: ya sea al interactuar con personas de diversas culturas, orígenes y procedencias (Berlin, Nilsson, & Törnkvist, 2010; Brathwaite & Majumdar, 2006; Matteliano & Street, 2012; Robinson & Lorenc, 2011; Starr & Wallace, 2009), al estar vinculados de manera directa con las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, al estar en mayor contacto con los receptores del cuidado y sus familiares en el domicilio (Robinson & Lorenc, 2011), al servir de puente entre las prácticas culturales y los sistemas de salud, al ser los responsables de considerar las diferencias culturales para la adaptación de los cuidados y, por último, al desarrollar políticas públicas buscando defender a las minorías étnicas y raciales (McGinnis, Brush, & Moore, 2010; Starr & Wallace, 2009; The Quad Council of Public Health Nursing Organizations, 2007). Del mismo modo, Fleckman y colaboradores (Fleckman, Dal Corso, Ramirez, Begalieva, & Johnson, 2015) ofrecen una serie de elementos para desarrollar, adaptar y fortalecer la educación de competencia cultural

en instituciones educativas de salud pública, justificados en que actualmente existen pocos avances para materializar la competencia cultural en dicha área.

En definitiva, el panorama investigativo sobre competencia cultural permite demostrar sus múltiples ventajas para la enfermería en varias de sus áreas; sin embargo, el vacío actual radica en la no evaluación de la percepción de los receptores ni conocer si ellos se sienten culturalmente cuidados (A. Castro & Ruiz, 2009; Engebretson, Mahoney, & Carlson, 2008; Hagman, 2007; Jirwe, 2008; Loftin et al., 2013; Rojas, 2012; Starr & Wallace, 2009; Swanson, 2012; Wilson, 2008). Así mismo, los resultados de la investigación que se plantea en este documento proveerán un insumo para materializar el cuidado de enfermería en salud pública a población indígena, en vista de los múltiples beneficios que ello traería consigo.

### **1.3 Población indígena y competencia cultural**

Existen indígenas en más de 70 países del mundo, los cuales conforman el 5% de la población mundial y el 15% de los pobres en el planeta (Oficina Internacional del Trabajo, 2013). En América Latina, se reconocen aproximadamente 248 pueblos indígenas, mientras que en Colombia llegan a representar cerca del 3,3% de la población, representados en 84 etnias reconocidas (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2005; Organización Panamericana de la Salud, 2007). En este sentido, el 15,2% de la población rural y el 2,9% de la población urbana del país se autorreconoce como indígena, de los cuales cerca del 80% pertenecen a los niveles bajos y más bajos de riqueza (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Dentro de las 84 etnias que conforman la población indígena del país, una de las más representativas es la comunidad Embera, que habita, entre otros, en el departamento de Caldas. Sus integrantes, autorreconocidos como indígenas Embera, suman aproximadamente 63.327 personas y están localizados en 10 municipios (Riosucio,

Supía, Anserma, Marmato, Filadelfia, Neira, Palestina, Risaralda, San José y Belalcázar), lo cual representa el 4,3% del total de la población del departamento (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2010; Departamento Nacional de Planeación, 2010; Gobernación de Caldas, 2013).

El pueblo Embera de Caldas se encuentra representado por 15 cabildos agremiados en la Asociación de Cabildos Indígenas de Caldas –ACICAL– y en el Consejo Regional Indígena de Caldas –CRIDEC–. Dichos entes son los encargados de tomar las decisiones comunitarias de afectación a los indígenas. En la actualidad, cuentan con parteras, médicos tradicionales, sobanderos y curanderos afiliados a la Asociación de Médicos Tradicionales del Occidente de Caldas –ASOMETROC–. Entre las costumbres vigentes, están los tratamientos con plantas, las mingas, la danza y las artesanías. Por otra parte, dentro de su forma y preservación de costumbres, se entiende que sus mayores retos han sido la pérdida de la lengua embera y el aumento del mestizaje (Alcaldía Municipal de Riosucio, 2013).

Retomando las cifras sobre los indígenas en Colombia y el mundo, estas reflejan tan solo una de las tantas situaciones que los indígenas deben afrontar en términos de discriminación, pobreza, exclusión y marginalidad, hechos que se ven evidenciados en la historia, las enfermedades, la falta de educación, el aislamiento y la poca atención sanitaria para estos grupos étnicos (Oficina Internacional del Trabajo, 2013; Williamson & Harrison, 2010). La situación se agrava cuando el tema de la colonización incide en la salud de las poblaciones indígenas (Etowa, 2011; Kirmayer, 2012; Marrone, 2007; Vukic, Jesty, Mathews, & Etowa, 2012), ya que, además de afectarlos con diversas enfermedades, sus creencias, estilos de vida, cosmovisión y prácticas de cuidado son usualmente diferentes a las prácticas habituales de las comunidades (Muñoz de Rodríguez & Vásquez, 2007; Pelcastre-Villafuerte et al., 2014; Reinaldo Zambrano, 2009).

Por ello, y en aras de mejorar las situaciones que deben afrontar los indígenas en el mundo, se han implementado diversas políticas que tienen que ver directamente con

estas comunidades. En términos de diversidad cultural, en Latinoamérica se considera un factor fundamental, siendo catalogada por la UNESCO como “patrimonio cultural de la humanidad” (UNESCO, 2002) y protegida por varios países como Ecuador, Perú, México y Argentina desde sus constituciones (*Constitución de la Nación Argentina*, 1994, *Constitución de la República del Ecuador*, 2008, *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, 1917, *Constitución Política del Perú*, 1993). En Colombia, estas legislaciones se evidencian, principalmente, en la Ley 21, en la cual se aprueba de manera textual el convenio 169 (Congreso de Colombia, 1991). Adicionalmente, la Constitución Política de Colombia, en los artículos 7 y 8, reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana (*Constitución Política de Colombia*, 1991).

Sin embargo, como ya se mencionó anteriormente, una de las situaciones más críticas que deben afrontar los indígenas en el mundo es aquella relacionada con los temas de la salud, por lo cual también se ha generado legislación en este sentido. A nivel internacional, se encuentra el convenio 169, que en su parte V responsabiliza al gobierno de cada país a prestar servicios de salud teniendo en cuenta las condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales de estas etnias (Oficina Internacional del Trabajo, 2013). En Latinoamérica, se encuentra el Plan Andino de Salud Intercultural, que tiene como objetivo integrar el enfoque intercultural en todas las acciones vinculadas a la salud, incorporando aspectos culturales de la medicina tradicional en el proceso de atención de salud y valorando la diversidad cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud-enfermedad (Organismo Andino de Salud, 2008).

En materia de salud para las poblaciones indígenas en Colombia, se encuentra la Ley 691 de 2001, mediante la cual se reglamenta la participación de estas comunidades en el Sistema General de Seguridad Social (Congreso de Colombia, 2001). Adicionalmente, las poblaciones indígenas del país encuentran beneficios de salud especialmente en la Ley 1438 (Ministerio de la Protección Social, 2011) y en el Plan Decenal de Salud Pública (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). En la Ley 1438, se pretende promover la atención en salud con calidad de acuerdo con las

necesidades diferenciales (Ministerio de la Protección Social, 2011), mientras que en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP) se busca proteger a las poblaciones indígenas en sus derechos colectivos, su cosmovisión y sus prácticas tradicionales en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Lo anterior se potencializa con la nueva política de atención integral en salud, en la cual la interculturalidad y la atención primaria en salud son pilares de estas estrategias (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Pese a la legislación antes expuesta, en Colombia las poblaciones indígenas se caracterizan por tener un nivel socioeconómico bajo, poco acceso al empleo formal, dispersión geográfica y, en varias poblaciones, constantes amenazas de desplazamiento forzado (Ariza Montoya & Hernández Álvarez, 2008; Betancourt Rodríguez & Pinilla Alfonso, 2011; Departamento Nacional de Planeación, 2012; Organización Panamericana de la Salud, 2007; Secretaría Distrital de Salud, 2011; Urrea Giraldo & Viáfara López, 2007). Adicional a lo anterior, los programas estatales encaminados a la atención de la población indígena usualmente no presentan un enfoque basado en las características propias de cada comunidad ni tienen en cuenta sus especificidades culturales, lengua o cosmovisión (Ariza Montoya & Hernández Álvarez, 2008; Organización Panamericana de la Salud, 2007; Renato Zambrano, Castro, Lozano, Gómez, & Rojas, 2013). Estas circunstancias determinan estructuralmente un mayor asentamiento de las inequidades en salud, lo cual reafirma a estas poblaciones como un grupo de importancia para la implementación de la competencia cultural y así facilitar los procesos de atención en salud (Berlin et al., 2010; Matteliano & Street, 2012; Plaza Del Pino, Soriano, & Higginbottom, 2013).

En el tema específico de competencia cultural y las poblaciones indígenas, la literatura ofrece una serie de trabajos investigativos que soportan la importancia de materializar soluciones frente a estas necesidades, sobre todo, en el sentido de reconocer que en el cuidado de este grupo poblacional predominan las prácticas y actitudes discriminatorias, racistas y excluyentes que producen una significativa desigualdad en salud (Pelcastre-Villafuerte et al., 2014; Wilson, 2008). Sin embargo, dichas prácticas no son solo del profesional hacia el receptor del cuidado; sino que también se generan

entre profesionales o entre receptores de cuidados, especialmente cuando la enfermera pertenece a las minorías étnicas (Vukic et al., 2012).

Otro aspecto que soporta la necesidad de implementar la competencia cultural en el cuidado a poblaciones indígenas es la falta de adecuación y adaptabilidad cultural de los servicios de salud para este grupo poblacional (Wilson, 2008). Así, la literatura científica afirma que la competencia cultural puede influir de manera positiva en estas situaciones a partir de la construcción de experiencias únicas que permitan llevar a plenitud la diversidad cultural en los centros de atención en salud (Etowa, 2011).

Por estas razones, el proceso de competencia cultural con poblaciones indígenas va más allá de los principios que estipula, ya que además de acortar diferencias en salud y disminuir desigualdades en este sentido, pretende reducir la distancia cultural entre las formas institucionalizadas (y hegemónicas) de atención y las mismas poblaciones indígenas, con el propósito de mejorar el empoderamiento de estas comunidades y así mismo aumentar la satisfacción con la prestación de los servicios de salud (Pelcastre-Villafuerte et al., 2014; Wilson, 2008).

En este sentido, la literatura es enfática en advertir que los procesos investigativos de competencia cultural con población indígena se han visto afectados por los factores ya mencionados, por lo que se recomienda a los investigadores examinar, primero, su condición personal e institucional relacionada con la cultura, los valores y los sesgos propios teniendo en cuenta el contexto en el cual desempeñarán su investigación (Palafox, Buenconsejo-Lum, Riklon, & Waitzfelder, 2002; Williamson & Harrison, 2010). Esto coincide con lo estipulado por las teorías de *competencia cultural* emergidas desde enfermería.

En relación a la percepción del cuidado realizado y recibido, la literatura da a conocer la existencia de varios estudios donde predomina la percepción de las personas que reciben el cuidado de enfermería en diferentes entornos laborales (Beltrán Bejarano , Patricia, 2010)(Asmat Ruiz & Ramírez García, 2014)(Vargas García, Berumen

Burciaga, González Carrillo, & Pizarro, 2013)(Guzmán, 2013) (Rojas Martínez & Barajas Lizarazo, 2012).La mayoría de éstas investigaciones han logrado determinar la percepción del cuidado de enfermería desde el método cuantitativo gracias a la utilización instrumentos validados como es el cuestionario Care-Q (Caring Assessment Instrument) elaborado por Patricia Larson & Ferketich.y el instrumento PSNCQQ por la doctora Heather Laschinger, ambos instrumentos validados para la población colombiana (Sepúlveda Carrillo, Rojas Cifuentes, Cárdenas Jiménez, Guevara Rojas, & Castro Herrera, 2009)(Silva, M. Brain, 2006)

Desde principios del presente siglo, la escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, definió la percepción como un proceso mental mediante el cual obtenemos datos del exterior y los organizamos de un modo significativo en nuestro interior, para tomar conciencia del mundo que nos rodea.(Grupo de Cuidado, 2000). Definición que permite obtener un panorama general para identificar la percepción de las enfermeras de salud pública y la población indígena frente al cuidado realizado y recibido.

Ahora bien, el llamado a conocer la percepción de las poblaciones indígenas frente a la competencia cultural del proveedor de cuidado también se hace evidente en la literatura científica. En el estudio efectuado por Wilson (Wilson, 2008), el autor afirma que con frecuencia los profesionales de enfermería juzgan su práctica como culturalmente segura, mientras que los beneficiarios del cuidado, para el caso mujeres indígenas maorí, pueden tener diferentes percepciones, pero se sienten incapaces de articular sentimientos de insatisfacción por temor a empeorar la situación. De esta manera, la literatura muestra un panorama incipiente para el mundo y desconocido para Colombia, lo cual justifica un estudio como el planteado en este texto.

Con relación a la temática de la competencia cultural y las poblaciones indígenas en Colombia, se conoce una tesis doctoral, que sin ser explícita en el tema, se aproximó al significado de la experiencia de cuidar a receptores indígenas en salas de hospitalización del departamento de Antioquia, Colombia (Rojas, 2012). El autor de dicha tesis también fue el facilitador de un seminario-taller en competencia cultural ofrecido por la Asociación Nacional de Profesionales de Enfermería de Colombia, Seccional Antioquia (Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia Seccional

Antioquia, 2012). Así, la escasa evidencia permite concluir que la competencia cultural como factor para el cuidado de poblaciones indígenas en Colombia es incipiente con relación a los profesionales de enfermería en salud pública.

Todo lo anterior indica la existencia de una proporción importante de personas indígenas en condiciones diferentes que debe ser atendida por profesionales de enfermería en el área de salud pública y dichos profesionales han de estar preparados para cuidarlos de una manera culturalmente competente.

## **1.4 Preguntas de investigación**

- ¿Cómo es entendida y manifestada la competencia cultural de los profesionales de enfermería en salud pública cuando cuidan a la población indígena?
- ¿Cuál es la percepción del indígena y de la enfermera frente al cuidado recibido y realizado?

## **1.5 Objetivos**

### **1.5.1 Objetivo general**

Describir e interpretar la competencia cultural (entendida y manifestada) y la percepción por parte de los profesionales de enfermería frente al cuidado realizado y de la población indígena Embera Chamí del departamento de Caldas frente al cuidado recibido.

### **1.5.2 Objetivos específicos**

- Identificar elementos de competencia cultural manifestada por los profesionales de enfermería en salud pública cuando cuidan a la población indígena en una IPS intercultural del departamento de Caldas, Colombia.
- Identificar la percepción del indígena y la enfermera de salud pública frente al cuidado recibido y realizado.

## 2 Marco metodológico

### 2.2 Tipo de estudio

Se realizó una investigación cualitativa de tipo etnográfica interpretativa (Hernández Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista Lucio, 2006) a partir también de una descripción del etnógrafo y del participante como la conclusión interpretativa que elabora el investigador (Guber, 2007; Morse, 2003), ya que de este modo se pueden referir elementos que evidencien la panorámica y permitan interpretar los encuentros y percepciones de cuidado culturalmente competentes entre enfermeras de salud pública y el indígena Embera Chamí frente al cuidado ofrecido y recibido (puntualmente, en los controles de crecimiento y desarrollo, hipertensión arterial y planificación familiar).

El enfoque etnográfico interpretativo<sup>2</sup> fue seleccionado de acuerdo a los subtipos de etnografías referenciadas en la literatura (Govea Rodríguez, Vera, & Vargas, 2011; Morse, 2003; Sanday, 1979; Suárez, 2012) centradas en describir, explicar, interpretar y criticar el fenómeno de estudio con el ánimo de explicitar la orientación de los resultados (Govea Rodríguez et al., 2011; Velasco, 1997). Dicho enfoque fue determinado desde los postulados de Malinowski, citado por Mulino, para quien el observar, describir y comparar, con el objetivo de integrarse en un todo funcional, logra describir hechos observados y permite transcribir representaciones “planas” (Mulino, 2009). Lo anterior se reconoce como características de la etnografía descriptiva o clásica (Govea Rodríguez et al., 2011).

---

<sup>2</sup> El objetivo inmediato de un estudio etnográfico es crear una imagen realista y fiel del grupo estudiado (Govea Rodríguez et al., 2011).

Sin embargo, la etnografía tiene una intención más lejana: contribuir en la comprensión de sectores o grupos que tienen características similares a partir del descubrimiento de los significados en la interacción social observada por medio de las descripciones densas de comportamiento humano y conjeturando los significados, a fin de evaluar lo que se presupone y se obtiene mediante conclusiones explicatorias (Govea Rodríguez et al., 2011). De este modo, se logra la denominada etnografía interpretativa, seleccionada para lograr el objetivo propuesto.

La investigación se materializó con las posturas planteadas por Guber (Guber, 2004, 2007), quien afirma que la etnografía se puede concebir como enfoque, como método y como texto. La propuesta de Guber tiene tres niveles de comprensión respondiendo al “qué”, al “por qué” y, en especial, al “cómo” (Guber, 2007). El “cómo” se refiere a la comprensión terciaria propuesta por Guber, la cual coincide con lo que Geertz (Geertz, 1973) ha llamado interpretación o descripción densa, llevándolo a los niveles más altos de investigación en la que se reconocen los marcos de análisis mediante los cuales los actores clasifican el comportamiento y le atribuyen sentido, a partir de construcciones propias derivadas de las de otras personas. Esta investigación se situó en el enfoque interpretativo respondiendo al “cómo”, haciendo un esfuerzo intelectual consistente de pensar y reflexionar sobre los significados de interacción, conceptos y códigos (Guber, 2004, 2007) establecidos socialmente que se dan en los profesionales de enfermería en salud pública cuando cuidan a la población indígena y la percepción de ambos sobre el cuidado realizado y recibido.

La etnografía como método hace referencia a las actividades que suelen designarse a manera trabajo de campo y cuyos resultados se emplean como evidencia para la descripción (Guber, 2004, 2007). En este estudio, se utilizó una inmersión a campo utilizando como herramientas la observación participante y la entrevista etnográfica, los cuales se tratarán más adelante. Al plasmar la interpretación de los datos encontrados en un escrito coherente que el lector pueda comprender, se materializó la etnografía como texto aludiendo a la representación o interpretación escrita que de una cultura

hace el investigador y que se encuentra dirigida a un grupo de lectores no familiarizados con el tema (Guber, 2007).

En el trabajo de campo etnográfico, se tomaron tres características fundamentales descritas por Boyle, citado por Morse (Morse, 2003): ser holística y contextual, la reflexividad y lo *emic* y *etic*.

La primera característica, que es ser holística y contextual, consistió en que las observaciones y los datos de las entrevistas apuntaran al conjunto del comportamiento de la persona, quien opera como un todo integrado con el medio en que se desenvuelve. En este sentido, el etnógrafo unió los elementos del comportamiento humano de sus contextos pertinentes de significado y propósito. Dicha característica se logra en esta investigación a partir de la observación, el compartir, el involucramiento y el análisis de los comportamientos, valores, creencias, situaciones y circunstancias (De la Cuesta Benjumea, 2006) dados en el encuentro de cuidado; acciones que posteriormente se relacionan con los comportamientos y las percepciones de las enfermeras e indígenas frente al cuidado realizado y recibido.

La segunda característica es la reflexividad. Sobre este concepto, Guber (Guber, 2007) determina que equivale a la conciencia del investigador sobre su propia persona y los condicionamientos sociales, políticos, de género, edad, pertenencia étnica, clase social y filiación política, reconociéndose como parte del proceso de conocimiento cara a cara entre el colaborador y el investigador. Por ello, se mantiene presente que la investigadora es una mujer de 33 años, soltera, católica, docente universitaria, con costumbres y creencias propias de la cultura caldense. En la actualidad, hace parte de una comunidad académica que tiene como objetivo crear nuevo conocimiento en enfermería, y dentro de los cánones de la misma identifica su forma de pensamiento dentro de una visión interactiva integrativa, en la cual el cuidado es holístico, con significado dentro de un contexto determinado y que coexiste con múltiples realidades de acuerdo a lo vivido por cada integrante del acto de cuidado con interacciones recíprocas (Fawcett, 2005).

En coherencia con dicha postura, la misma investigadora reconoce que junto con los colaboradores de la presente investigación (profesionales de enfermería, población indígena, directora de tesis e integrantes del grupo de cuidado cultural) forman un equipo entrelazado, con características propias diferentes. Dicha reflexión se asocia con el hecho de haber trabajado durante dos años en la práctica de enfermería con población indígena del Vaupés, donde quizás en forma intuitiva se identificó la necesidad de esta reflexividad. Consciente de la importancia de la reflexividad grupal y viendo cómo esta permite la evolución objetiva del proceso investigativo, la investigadora propicia más de 70 encuentros con la directora de tesis, más de 6 encuentros con los integrantes del grupo de investigación de cuidado cultural y se reúne para socializar preguntas y cavilaciones con colegas que ya habían tenido experiencias en investigación cualitativa, superando así las 400 horas de reflexividad.

Finalmente, la tercera característica está formada por lo *emic* y lo *etic*. La perspectiva *emic*, denominada la visión desde adentro, se encuentra relacionada con la realidad del colaborador, utilizada para comprender y describir de manera exacta las situaciones y los comportamientos, característica reflejada en la transcripción literal de entrevistas, resguardando el pensar de los colaboradores. Por su parte, la perspectiva *etic*, denominada la visión desde afuera, hace relación a las abstracciones del investigador o a la explicación científica de la realidad, que es lo que el etnógrafo ve a medida que se introduce en el trabajo de campo (Amezcuá, 2000; Morse, 2003; Guber, 2004). Esta última perspectiva se ve desarrollada en la observación participante, materializada en los diarios de campo, que son el producto del sentir y pensar de la investigadora. El enfoque *etic* también es tenido en cuenta de modo que permita al investigador entender, describir e interpretar las situaciones y generando desde su perspectiva un nuevo conocimiento en relación con el tema de investigación.

## **2.3 Campo de investigación**

Se entiende como la porción de lo real deseada en conocer, el mundo natural y social en el cual se desenvuelven los grupos humanos que lo conforman, estableciendo una cierta conjunción entre un ámbito físico, actores y actividades, continente de la materia prima. Toda esta información es transformada por el investigador en material utilizable para su trabajo (Guber, 2004).

En el departamento de Caldas existen varios municipios con población indígena; sin embargo, el municipio de Riosucio es reconocido como uno de los más organizados, con mayores trabajos y más resultados en relación con la estructura organizativa de las comunidades indígenas, siendo el motivo principal de la selección para la investigación.

En el municipio de Riosucio existen dos instituciones de salud que atienden a la población indígena, la investigadora realizó acercamientos a ambas instituciones con el ánimo de obtener la información para la investigación, decidiendo profundizar en la institución de primer nivel con lineamientos interculturales de atención donde solo se realizan actividades de protección específica y atención temprana, exclusiva para la comunidad indígena Embera Chamí, del municipio de Riosucio. Al ser una institución joven experimentando ofrecer una atención diferencial, ofrecía mayores oportunidades para el logro de los objetivos planteados en la investigación. La otra institución de segundo nivel, donde las actividades de salud pública son un servicio más dentro de muchos otros, atiende a público general y no tener elementos misionales de interculturalidad resultaba menos coherente para lograr los objetivos propuestos.

Dentro del campo de investigación también se encuentran las enfermeras que laboran en dicha institución circunscritas a los controles de crecimiento y desarrollo, planificación familiar e hipertensión arterial y los indígenas beneficiarios de dichos programas.

### 2.3.1 **Ámbito físico**

Corresponde específicamente a la institución prestadora de servicios de salud desde la cual se realizó la investigación. Esta institución se encuentra ubicada en la cabecera municipal de Riosucio, en la calle 19 entre carreras 5b y 5c lotes 22 y 23, urbanización Villamar. Es una edificación de tres pisos, el último en proceso de construcción. En el primer piso, se encuentra la oficina de enfermería, un consultorio utilizado por las enfermeras para la realización de controles y está dotado con una pesa, tallímetro, escritorio, tres sillas, camilla, computador, baño y una bolsa con juguetes. Además, cuenta con un consultorio para procedimientos odontológicos y una sala de espera.

**Imagen 1:** IPS donde se realizó la investigación intercultural. Riosucio, Caldas, 2016



Fuente: Liliana Orozco (autora)

**Imagen 2:** Consultorio IPS. Riosucio, Caldas, 2015



Fuente: Liliana Orozco (autora)

En el segundo piso se encuentra la farmacia con acceso directo a la calle. Además, se encuentra una sala de espera, un puesto de información donde se solicitan las citas y se hace el proceso de ingreso, dos consultorios médicos, un espacio para procedimientos básicos donde en ocasiones los médicos tradicionales hacen sus consultas, un consultorio con decoración moderna y llamativa (especialmente para los niños que asisten a los controles de crecimiento y desarrollo) y un pasillo con sillas para la espera.

**Imagen 3:** Farmacia IPS. Riosucio, Caldas, 2015



Fuente: Liliana Orozco (autora)

**Imagen 4:** Puesto de información de la IPS. Riosucio, Caldas, 2015



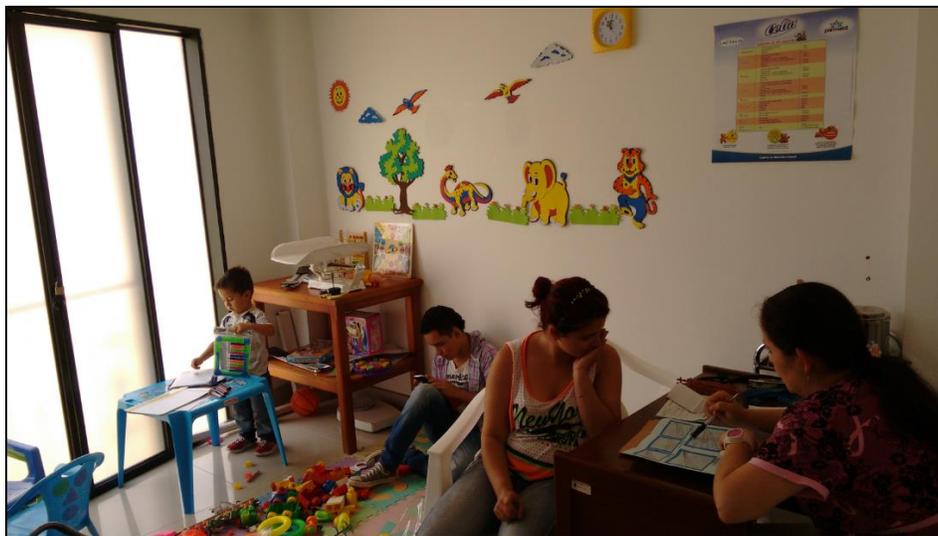
Fuente: Liliana Orozco (autora)

**Imagen 5:** Sala de procedimientos IPS. Riosucio, Caldas, 2015



Fuente: Liliana Orozco (autora)

**Imagen 6:** Consultorio IPS. Riosucio, Caldas, 2015



Fuente: Liliana Orozco (autora)

El direccionamiento estratégico de la IPS es de orden nacional y aplica para varias sedes en el país que trabajan con diferentes grupos indígenas. Está basado en el marco político del Consejo Regional Indígena del Cauca –CRIC–, que ha proyectado el fortalecimiento cultural, político y socioeconómico a través de estructuras organizativas propias creadas para dar cumplimiento a los mandatos, lineamientos y directrices que las autoridades y comunidades indígenas han definido de manera autónoma.

La IPS tiene como misión el cuidado de salud de los colombianos mediante la implementación de Modelos de Cuidado de Salud Interculturales acordes a la cosmovisión de cada pueblo, que permita garantizar un cuidado de la salud humanizado, oportuno, integral e intercultural de alta calidad en un entorno armónico y de mejoramiento continuo. Lo anterior busca lograrse a partir de la aplicación de la estrategia de atención primaria en salud intercultural, generando la rentabilidad social esperada por las comunidades. (Asociación Indígena del Cauca, 2008).

El direccionamiento estratégico de la IPS afirma que las políticas institucionales deben ser construidas con las comunidades, las autoridades tradicionales y espirituales (Asociación Indígena del Cauca, 2008), haciendo su aporte al mantenimiento de las creencias ancestrales de los indígenas, así, la IPS se encuentra guiada por los valores de solidaridad, equidad, reciprocidad, calidez, integralidad, calidad y accesibilidad. Dentro de sus bases de interculturalidad, tiene en cuenta la cosmovisión de cada pueblo y las particularidades de las comunidades, al igual que el principio de colectividad (que se refiere a la construcción para y con la comunidad) y el principio de respeto (que se refiere al buen trato y al reconocimiento de la identidad).

La IPS realiza atención en tres de los cuatro espacios o escenarios donde se plasma el cuidado: las casas de cada familia, los centros interculturales de atención en salud (conocidos como la IPS), y los centros de investigación y formación de saberes ancestrales conocidos (como las escuelas de médicos tradicionales). El cuarto de los escenarios, escenario correspondiente a los centros hospitalarios, se concibe como un proyecto a mediano plazo.

Del mismo modo, el proceso de cuidado desde la institución se encuentra estructurado en cuatro momentos: el primero es el fomento de la salud a partir del fortalecimiento de los procesos político-organizativos en salud que la comunidad realiza para mantener la gobernabilidad en salud de los territorios, con acciones dirigidas a consolidar

estrategias para la defensa de la salud como un derecho humano, el fortalecimiento de la medicina indígena y sus prácticas culturales. En este primer momento se integran acciones de diagnóstico de la situación de salud familiar y comunitaria, capacitaciones continuas encaminadas a fortalecer la protección de la vida de las comunidades, y el fomento del análisis crítico y constructivo de las situaciones de desequilibrio y desarmonía que enfrentan. El primer momento también desarrolla la ritualidad colectiva para el cuidado del territorio, formación política en salud, ley de origen, conservación de sitios sagrados, fomento de la danza ritual, memoria ancestral, socialización de prácticas culturales, fortalecimiento de la simbología y la espiritualidad ancestral, cuidado a sabedores ancestrales, fomento de la autonomía alimentaria y la alimentación propia. En esta actúan los sabedores ancestrales (médicos tradicionales y parteras), los dinamizadores de salud comunitaria y los dinamizadores agroambientales (Asociación Indígena del Cauca, 2008).

El segundo momento es la protección de la vida, dirigida a las acciones familiares culturales e interculturales desarrolladas desde un enfoque de integralidad alrededor del ciclo vital de la persona, familia, comunidad o territorio, transversalizadas por las políticas de fortalecimiento de la autonomía alimentaria y la Medicina Indígena. En este momento, participan los sabedores ancestrales, los dinamizadores de salud comunitaria, los médicos generales, alternativos y especialistas, y otros profesionales como enfermeras, nutricionistas, trabajadores sociales, psicólogos, entre otros.

El tercer momento, denominado la recuperación de la armonía, de las acciones propias e interculturales realizadas a personas, familias, a la comunidad o al territorio cuando se identifica una desarmonía o una enfermedad occidental. Dichas acciones son intra o extramurales, realizadas por sabedores ancestrales o desde la medicina occidental, de forma alterna o paralela, según se requiera. En este tercer momento interviene el equipo de protección de la vida, excluyendo a los dinamizadores de salud comunitaria.

El cuarto momento es el monitoreo y seguimiento epidemiológico comunitario, definido como las acciones comunitarias o institucionales realizadas para el seguimiento y

control de la enfermedad o desarmonía una vez realizado un análisis de estas. En el cuarto momento, se comprometen los sabedores ancestrales, las autoridades indígenas, la comunidad y los profesionales, desde los epidemiólogos hasta los estadísticos (Asociación Indígena del Cauca, 2008).

Desde este enfoque, se materializan las acciones de atención en la IPS intercultural de la Asociación Indígena del Cauca en Riosucio, hecho que se hace de manera continua con el componente vivencial de las creencias de los indígenas que, para comprenderlo, requiere de un proceso de inducción hacia los profesionales en salud, especialmente de las enfermeras de salud pública.

### **2.3.2 Colaboradores de la investigación**

Dentro de este campo de investigación, también hacen parte del campo de investigación las personas que proveen información en el proceso de investigación cualitativa. Estas personas se han denominado tradicionalmente *informantes* o *participantes*, pero en el caso particular de Colombia, por la situación política existente, es mejor denominarlos colaboradores (Castellanos Soriano, 2009). Esta definición pretendió además que las personas foco de la investigación se consideraran colaboradores participativos y no sujetos convertidos en objetos (Guber, 2007; Morse, 2003).

En este sentido, se utilizó un muestreo intencional, haciendo referencia a los casos disponibles (Hernández Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista Lucio, 2010; Martín-Crespo & Salamanca Castro, 2007; Martínez Miguélez, 2004; Polit & Beck, 2011). Bajo esta perspectiva, se encontraron dos tipos de colaboradores, en coherencia con lo descrito por Leininger y McFarland (Leininger & McFarland, 2002): los colaboradores generales y los colaboradores clave.

Los colaboradores generales fueron personas con las que se pudo entablar algún tipo de conversación relacionada a la situación de salud del municipio. Estos colaboradores fueron personas representativas o líderes del sector salud, lo cuales permitieron la inmersión al campo, ya que aportaron información que facilitó entender el contexto, algunos patrones culturales de los indígenas y el acercamiento a los colaboradores clave. La invitación a estos colaboradores se realizó con las visitas de socialización del proyecto investigativo a los líderes del municipio, quienes espontáneamente sugirieron el encuentro con otros líderes.

El grupo de colaboradores generales estuvo conformado por siete personas (Tabla 1): una médica tradicional y partera indígena de 60 años, una enfermera profesional mestiza de 34 años (natural de Riosucio con experiencia en procesos de salud pública), un abogado mestizo de 39 años nacido en Riosucio (fue concejal del municipio durante el periodo 2012-2015), un docente indígena de 45 años del colegio Embera (fue coordinador del área de educación del Consejo Regional Indígena de Caldas CRIDEC y perteneciente a la guardia indígena Chiraka Matata), un administrador en salud indígena de 45 años (secretario de desarrollo social) otra partera de 60 años de la comunidad de Sisirra (ubicada a 4 horas de la cabecera municipal) y un gobernador indígena de 35 años, (enfermero con especialización en gerencia en seguridad social y líder comunitario). Por la información suministrada, el gobernador y la enfermera trascendieron a ser colaboradores clave.

**Tabla 1:** Colaboradores generales en la investigación

<b>SEXO</b>	<b>ETNIA</b>	<b>EDAD (AÑOS APROXIMADOS)</b>	<b>CARGO</b>
Femenino	Indígena	60	Medica tradicional y partera
Femenino	Mestiza	34	Enfermera, ex coordinadora salud pública
Masculino	Mestizo	39	Concejal
Masculino	Mestizo	45	Docente
Masculino	Indígena	45	Secretario desarrollo social
Femenino	Indígena	60	Partera
Masculino	Indígena	35	Enfermero/Gobernador indígena

El otro grupo lo constituyen los colaboradores clave (Tabla 2), seleccionados bajo unos criterios de inclusión y exclusión establecidos. Para las enfermeras se consideraba ser hombre o mujer de nacionalidad colombiana y mayor de edad. Al momento de la recolección de datos, debían ser profesionales de enfermería que ejecutaran o hubieran ejecutado controles de crecimiento y desarrollo, hipertensión arterial y planificación familiar a los indígenas Embera en el departamento de Caldas, que además tuvieran voluntad de participar en el estudio y que estuvieran dispuestas a hablar con generosidad. Los indígenas, por su parte, debían ser hombres o mujeres de nacionalidad colombiana, mayores de edad, con autoidentificación como indígenas de la etnia Embera, que se encontraran afiliados a un cabildo base, que hubieran sido atendidos por un profesional de enfermería en salud pública (siendo responsabilidad del investigador asegurar que no existiera confusión con otro profesional) en controles de crecimiento y desarrollo, hipertensión arterial o planificación familiar en los últimos seis meses y tuviera voluntad de participar en el estudio.

Se excluyeron del estudio a los indígenas menores de 18 años, o quienes no habían sido atendidos por el personal de enfermería sujeto de estudio y los profesionales de enfermería que cumplieran con funciones netamente administrativas al momento de la investigación. Así, el grupo de colaboradores clave estuvo conformado por las enfermeras de la IPS que realizaron los controles, los indígenas atendidos por las enfermeras y dos participantes generales. Todos ellos aceptaron estar libremente en el estudio. Se buscó además que la muestra fuera heterogénea; sin embargo, la mayoría de profesionales e indígenas eran del género femenino, lo cual coincide con la situación actual de enfermería y las responsabilidades familiares propias de las comunidades indígenas.

El número de participantes estuvo establecido con lo planteado por Ulin, Robinson & Tolley (2006); Romaní (2013); Sandoval Casilimas (1992) y Martín-Crespo & Salamanca Castro (2007), quienes afirman que debe hacerse de acuerdo con las posibilidades, la evolución del estudio y el proceso de saturación de datos. Respecto a los profesionales de enfermería, se les solicitó de manera individual y privada participar en el estudio, teniendo una respuesta positiva de todos. Este grupo se conformó de dos enfermeras y un enfermero.

Una de las enfermeras nació en Manizales, cuando tenía un mes la llevaron a un hogar sustituto en Pácora y cuando tenía 3 años sus padres la adoptaron y la llevaron a Riosucio, donde estudió la primaria y el bachillerato en la cabecera del municipio, lugar donde, según afirma, la mayoría de compañeros eran indígenas. Su pregrado lo realizó en una universidad privada en Manizales, donde se graduó en el 2014. Trabajó en Supía, un municipio cercano, ejecutando programas de salud pública a población mestiza. Después, trabajó en el ICBF<sup>3</sup> de Riosucio haciendo seguimiento nutricional a los niños Embera y en la actualidad trabaja como enfermera de la IPS. Tiene 32 años, vive en la cabecera municipal con su esposo comerciante, su hija de 15 años y su hijo de 12 años.

---

<sup>3</sup> Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

La otra enfermera vive en Riosucio hace 16 años, la primaria y el bachillerato lo estudió en varias ciudades de Colombia y por asuntos familiares se fue a vivir a Riosucio cuando ella tenía 22 años. Su pregrado como enfermera lo realizó en Manizales en una universidad pública. Su primer trabajo fue en una institución de primer nivel de atención en Riosucio con población mestiza. Se fue a vivir a Bucaramanga donde trabajó en la UCI neonatal y en urgencias pediátricas de dos instituciones hospitalarias. Fue docente de auxiliares de enfermería y trabajó haciendo triaje en una institución de primer nivel. Volvió a Riosucio donde trabajó cuatro años y medio en el centro de salud de un resguardo indígena haciendo actividades de salud pública, para posteriormente ser trasladada al hospital base, donde tuvo dificultades con los compañeros de trabajo que derivaron en su salida de la institución. Finalmente entró a la IPS donde lleva laborando 14 meses. Vive en la cabecera municipal de Riosucio junto con su madre.

Por último, el enfermero es oriundo de Aguadas, donde estudió la primaria y el bachillerato. Se hizo enfermero en una universidad pública de Manizales. Es especialista en epidemiología y actualmente se encuentra haciendo una especialización de gerencia en instituciones de salud. Su vida laboral comenzó como enfermero de un hogar geriátrico de Funza, Cundinamarca, después fue supervisor del ICBF en los municipios de Marquetalia, La Dorada y Villamaría, Caldas. Después, pasó a coordinar la estrategia de APS<sup>4</sup> en Guatapé, Antioquia, para luego laborar en la IPS de Riosucio desde el 23 de septiembre de 2013. Vive solo en la cabecera del municipio.

**Tabla 2:** Colaboradores clave - enfermeras

<b>SEXO</b>	<b>ETNIA</b>	<b>EDAD (AÑOS APROXIMADOS)</b>	<b>CARGO</b>
Masculino	Mestiza	32	Enfermera
Femenino	Mestiza	39	Enfermera
Femenino	Mestiza	39	Enfermera

<sup>4</sup> Atención Primaria en Salud.

Con el ánimo de lograr la saturación de datos, se realizaron observaciones participantes en mínimo cuatro y en máximo once controles con cada enfermera o enfermero. También, con cada uno se realizó una entrevista etnográfica y después del análisis se decidió hacer otra entrevista con el enfermero para profundizar en los datos y colmar los vacíos existentes.

Los colaboradores clave indígenas (Tabla 3) fueron catorce, doce mujeres y dos hombres quienes colaboraron libremente en la entrevista y en la observación participante dentro de los controles. Al llegar a la consulta, se les explicaba la investigación y se les pedía de manera individual y privada la colaboración en la misma. Una de las colaboradoras fue observada en dos controles diferentes accediendo a sus respectivas entrevistas de acuerdo a cada control, mientras que dos indígenas colaboradores de la investigación hicieron parte del proceso de validación de resultados.

**Tabla 3:** Colaboradores clave - indígenas

<b>SEXO</b>	<b>ETNIA</b>	<b>EDAD (AÑOS APROXIMADOS)</b>	<b>COMUNIDAD DE PROCEDENCIA</b>
Masculino	Indígena /Embera	33	Blandón
Femenino	Indígena /Embera	33	Blandón
Femenino	Indígena /Embera	40	El Roble
Femenino	Indígena /Embera	53	Danubio
Femenino	Indígena /Embera	18	Trujillo
Femenino	Indígena /Embera	25	No identificado
Femenino	Indígena /Embera	23	El mestizo
Femenino	Indígena /Embera	26	El mestizo
Femenino	Indígena /Embera	70	Vermejal
Femenino	Indígena /Embera	28	Vermejal
Femenino	Indígena /Embera	62	Portachuelo
Masculino	Indígena /Embera	61	El Jordán
Femenino	Indígena /Embera	30	Vermejal
Femenino	Indígena /Embera	35	No identificado

### **2.3.3 Procesos para la recolección de datos**

El proceso de recolección de datos corresponde a dos momentos dentro de la investigación: la inserción y el trabajo de campo.

#### *2.3.3.1 Inserción de campo*

En coherencia con los planteamientos de Taylor & Bogdan (S. J. Taylor & Bogdan, 1992), la inserción de campo se refiere a las primeras observaciones, diarios de campo y formas de organizar la información obtenida. Se llevó a cabo con las visitas de reconocimiento, socialización y procedimiento para la aprobación del proyecto investigativo, las cuales iniciaron a finales del mes de enero de 2015. En estas visitas se realizaron encuentros con los líderes del municipio, como lo son los miembros del Consejo Regional Indígena de Caldas (CRIDEC) y la Secretaría de Salud del municipio de Riosucio, a quienes se les compartió de manera informal el proyecto y de quienes se obtuvo información general de los indígenas, al igual que indicaciones a seguir para obtener los permisos y colaboradores necesarios.

En busca de los permisos oficiales, se obtuvo información general sobre las creencias, formas de vida y situación de los indígenas, además de su organización, el estado de las instituciones de salud que los atienden y el contacto con algunos colaboradores clave. La secretaria de salud, por su parte, propuso aprovechar los encuentros que desde este ente se establecieran para las enfermeras y los líderes indígenas, con el fin de reservar espacios para socializar el proyecto y obtener los avales oficiales. Esta propuesta fue aceptada por la investigadora.

La etapa de inserción también estuvo acompañada por una visita de reconocimiento con la directora de tesis, quien viajó desde la capital del país. Se realizaron algunas entrevistas etnográficas a líderes y personas referenciadas aportando información sobre los procesos de salud del municipio. En paralelo al contacto con las personas y el contexto, la investigadora experimentó lo que ella denominó la inserción con los datos, al buscar y plasmar de diversas formas los diarios de campo, la organización y la clasificación de los mismos. Esta etapa se extendió hasta mediados del mes de abril de 2015.

### *2.3.3.2 Trabajo de campo*

Posterior a la etapa de inserción, se evolucionó al trabajo de campo desde el que se pudo asistir, observar, grabar y participar en los controles de crecimiento y desarrollo, hipertensión arterial y planificación familiar ofrecidos por las enfermeras de salud pública. Al tener el permiso previo de cada enfermera, plasmado en el consentimiento informado (Anexo A), la investigadora procedió a asumir un rol de colega con ellas a partir de la noción de observación participante planteada por Guber (Guber, 2007). Esta actividad se desarrolló en un tiempo corto, entre uno y dos días, puesto que las enfermeras colaboradoras solicitaban cooperación por parte de la investigadora para agilizar la realización de los controles.

Antes de iniciar cada control, se solicitaba permiso a los indígenas para que la enfermera investigadora pudiera estar presente. Algunos controles se realizaron en los consultorios establecidos en la IPS de la cabecera municipal y en otras ocasiones se realizaron en consultorios improvisados para la atención extramural en las comunidades indígenas de El Roble, Lomitas y Portachuelo. Al ser un muestreo intencional, después de terminar los controles, se les preguntaba a algunos indígenas si deseaban y podían participar en el estudio; luego, con los que respondían afirmativamente, se tenía una entrevista explicando claramente y a profundidad el objetivo de la investigación, los aspectos éticos y las circunstancias para realizar una

entrevista etnográfica. Posteriormente, se firmaba el consentimiento informado (Anexo B) y se diligenciaba el formato de datos generales para la población indígena y enfermeras (Anexo C).

Con las enfermeras, se acordó otro momento para la realización de las entrevistas. Esta forma de obtención de datos tuvo tres etapas, separadas por el proceso de análisis hasta lograr saturación de datos : la primera etapa realizada entre el 10 y el 20 de abril, la segunda etapa realizada entre el 24 y 30 de Julio y la tercera etapa realizada entre el 15 y el 21 de septiembre todas del año 2015.

### **2.3.4 Herramientas utilizadas para la recolección de datos**

Como herramientas para la obtención de datos, se utilizó la observación participante, el respectivo diario de campo y la entrevista etnográfica.

#### ***2.3.4.1 Observación participante***

La observación participante se llevó a cabo en cuatro etapas, permitiendo el desarrollo de la investigación. La primera de las etapas fue observar *versus* participar y consistió en observar sistemática y controladamente lo que le aconteció al investigador (Guber, 2007). Este tipo de observación se realizó en la inserción de campo, cuando se realizaban las visitas de reconocimiento y las reuniones de socialización del proyecto.

La segunda etapa, denominada participar para observar, fue una etapa corta por las condiciones profesionales de la investigadora, que con facilidad y por iniciativa de sus

colegas logró incluirse en las actividades a desarrollar dentro los controles. Esta etapa coincide con la actividad de observadora a observadora participante antes referida.

En la tercera etapa, aquella en la cual la participación es la condición *sine qua non* del conocimiento sociocultural, la investigadora hizo parte activa de la relación y del momento de cuidado entre el profesional de enfermería y la población indígena. Para este momento, la investigadora sentía que sus colegas la trataban como un miembro más del equipo de salud.

Finalmente, la cuarta y última relación trata del involucramiento *versus* la separación. Ella se basa en la relación deseable entre investigador y sujeto de estudio, en la cual la observación separa y el involucramiento une (Guber, 2004, 2007).

Todos los encuentros fueron grabados en audio y, como la observación participante depende del registro de las notas de campo completas, precisas y detalladas (S. J. Taylor & Bogdan, 1992), se realizaron comentarios amplios y bien pensados que reflejaran tanto lo sentido como las intuiciones o hipótesis de la investigadora. Estos comentarios se realizaban durante el mismo día en que los colaboradores se encontraban con el investigador, aunque en un momento diferente (Martínez Miguélez, 2004).

#### **2.3.4.2 *Entrevista etnográfica***

La entrevista etnográfica es considerada una conversación dirigida hacia la comprensión de las perspectivas entre el investigador y los investigados, a fin de captar los puntos de vista de los colaboradores con respecto al fenómeno que se investiga (Martínez Miguélez, 2004; S. J. Taylor & Bogdan, 1987).

En coherencia con lo anterior, la investigadora proporcionaba la opción de que los colaboradores escogieran la hora y el lugar para realizar las entrevistas etnográficas. De este modo, las respuestas fueron variadas en las enfermeras, ya que una decidió realizar la entrevista en el consultorio en horario laboral, otra decidió que se hiciera en su casa en horas de la noche y otra en una cafetería una vez hubiera terminado su horario laboral. La investigadora iniciaba las entrevistas preguntándoles sobre su vida, gustos y la forma en que consiguieron ese empleo, lo cual brindaba confianza para que las respuestas posteriores tuvieran profundidad.

Por su parte, todos los indígenas decidieron realizar la entrevista inmediatamente después de terminado el control y, en cuanto al lugar para realizarla, lo dejaron a disposición de la investigadora, quien elegía ya sea las salas de espera o ciertos lugares apartados de los consultorios que facilitaran entablar un diálogo profundo. Al inicio de cada entrevista con los indígenas, la investigadora se presentaba y hacía algún comentario personal intentando entrar en confianza.

Las entrevistas fueron grabadas en audio y, en la materialización de las preguntas, se tuvieron en cuenta las propuestas realizadas por Martínez Miguélez (Martínez Miguélez, 2004), para que fueran flexibles, no estandarizadas y dinámicas. La investigadora tuvo una actitud de “oyente benévolo”, con una mente limpia, fresca, receptiva y sensible, para así evitar interrumpir y, por el contrario, animaba para que dijera el colaborador dijera “algo más”, “profundizara”, “clarificara” o “explicara” (Martínez Miguélez, 2004). Pese a lo anterior, al inicio, la investigadora construyó un cuestionario preliminar cuyo orden y contenido se fue modificando de acuerdo al proceso de cada entrevista (Tablas 4 y 5).

**Tabla 4:** Preguntas preliminares para los profesionales de enfermería

ETAPA	COLABORADORES	PREGUNTAS
Preliminar	Profesional de enfermería	Cuénteme lo que sepa de los indígenas...
		¿Qué hace en su trabajo con la población indígena?
		¿Cómo se siente cuidando a la población indígena?
		¿De su vida que interviene en el cuidado a la población indígena?

**Tabla 5:** Preguntas preliminares para la población indígena

ETAPA	COLABORADORES	PREGUNTAS
Preliminares	Población indígena	¿Cómo le fue en el control?
		¿Cómo vio a la enfermera?
		¿Qué tal estuvo la consulta o la actividad realizada?

Además de los cambios realizados dentro de cada entrevista, de acuerdo a las respuestas de los colaboradores, la experiencia y el análisis de la información recolectada permitió identificar posibles hipótesis, lo cual posibilitó la formulación de nuevas preguntas a los colaboradores en la segunda y tercera etapa de la obtención de datos, entre las que se encuentran las observadas en las Tablas 6 y 7.

**Tabla 6:** Preguntas en segunda y tercera etapa para los profesionales de enfermería

ETAPA	COLABORADORES	PREGUNTAS
Segunda y tercera	Profesional de enfermería	Cuénteme de usted. ¿Quién es? <sup>1</sup>
		¿Qué valores y creencias suyos tiene en cuenta para dar cuidado a los indígenas?
		¿A qué actividades propias de los indígenas ha asistido?
		De la forma de vida de los indígenas, ¿qué tiene en cuenta para el cuidado?
		Cuénteme una experiencia que haya generado choque en su quehacer con los indígenas
<sup>1</sup> Es importante anotar que, en la primera etapa, esta pregunta tuvo resultados positivos estableciendo <i>rapport</i> con las enfermeras, pero no se obtuvieron los mismos resultados con los indígenas.		

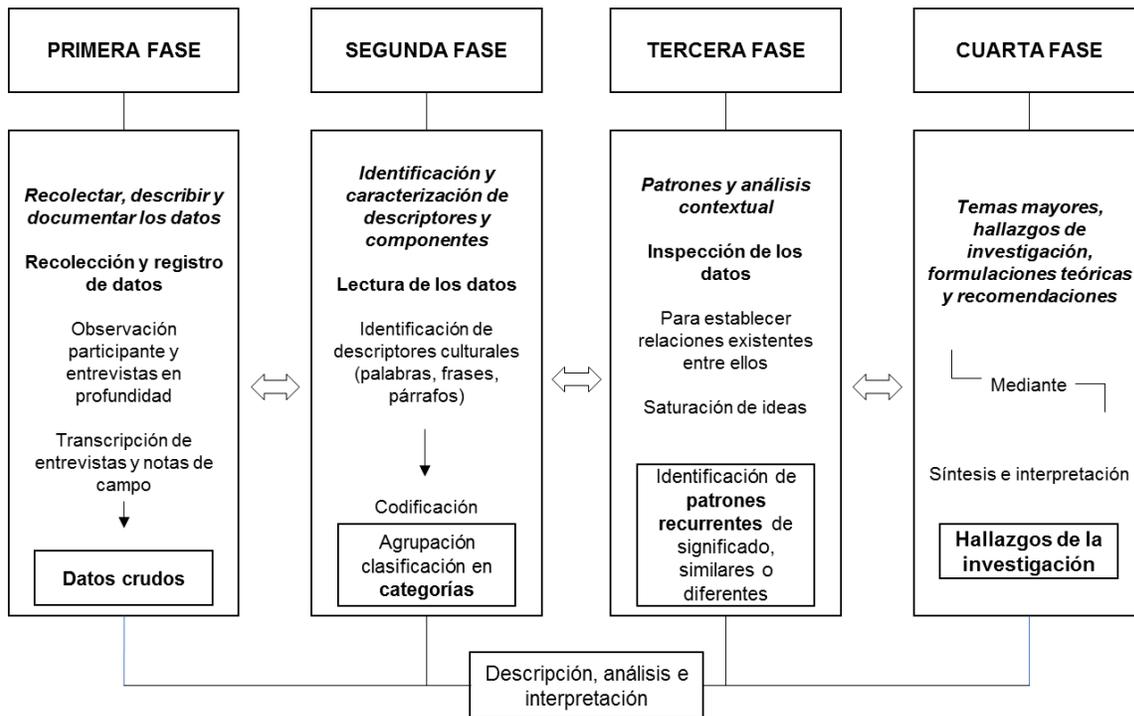
**Tabla 7:** Preguntas en segunda y tercera etapa para los profesionales de enfermería

ETAPA	COLABORADORES	PREGUNTAS
Segunda y tercera	Población indígena	¿De qué es lo que más se enfermera?
		¿De qué cree que le da la enfermedad?
		¿Qué hace para mejorar su enfermedad?
		¿Qué lo hace tomar esa decisión?
		¿Cómo le pareció el control?

## 2.4 Marco de análisis

El proceso de análisis de datos se efectuó de acuerdo con la propuesta realizada por Leininger y McFarland (Leininger & McFarland, 2002), quienes proponen cuatro fases (Figura 1) que, en esta investigación, se desarrollaron con ayuda de los software ATLAS.ti y Microsoft Excel.

Figura 1: Diagrama del proceso de análisis de datos según Madeline Leininger (Ladino, 2011)



Para llevar a cabo las dos primeras fases, los datos obtenidos en las grabaciones y las observaciones fueron transcritos por la investigadora y una auxiliar de investigación utilizando la herramienta de Microsoft Word. La auxiliar de investigación es una enfermera de 25 años de edad, nacida en la capital del país, con motivaciones académicas para trabajar con comunidades indígenas, y con experiencia investigativa en el campo de la etnografía durante el pregrado. La auxiliar se trasladó a vivir al municipio en donde se realizó la investigación, fue entrenada por la investigadora en el manejo y confidencialidad de los datos, en el uso del ATLAS.ti, en el análisis de la información y en la importancia del *rapport* con los colaboradores de investigación.

Las transcripciones realizadas por la auxiliar de investigación fueron auditadas por la investigadora a través de un mecanismo que consistió en que cada cinco transcripciones se escuchaban los audios y se comparaban con los textos escritos. El material de las transcripciones, más las fotografías seleccionadas, se exportaron al programa ATLAS.ti, lo cual generó un total de 161 documentos, considerados como

datos crudos y denominados documentos primarios, con el fin de cumplir así con la primera fase propuesta por Leininger y McFarland consistente en recolectar, describir y documentar los datos (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015).

Posteriormente, el análisis de los datos obtenidos se fue estructurando a partir de los hallazgos que se adquirirían de manera sucesiva en el proceso investigativo mediante la observación, la reflexión, el diálogo, la sistematización y la construcción de un sentido compartido, con el propósito de entender los aspectos comunes (Sandoval Casilimas, 1992). El análisis siguió un esquema en espiral, lo cual requirió retornar a los mismos datos en múltiples oportunidades, hasta el punto de incluir la información necesaria para ofrecer un resultado consistente y coherente, tal y como lo plantea Amezcua y Gálvez Toro (Amezcua & Gálvez Toro, 2002).

Al iniciar la segunda fase propuesta por Leininger, que consiste en la identificación y categorización de descriptores y componentes coincidentes, la investigadora presentó dificultades al no tener la habilidad para detectar los elementos que pudieran unificar la información, por lo que decidió agrupar los datos en once dimensiones sociales y culturales propuestas por Leininger en su modelo del sol naciente (Leininger & McFarland, 2002; McFarland & Wehbe-Alamah, 2015). Adicionalmente, se incluyeron otros temas observados, como las variaciones intraculturales y el tema de competencia cultural. Cada una de estas dimensiones fueron construidas como códigos en ATLAS.ti con sus respectivas citas, es decir, con las frases, fragmentos o imágenes de los documentos primarios.

Todos los documentos primarios fueron analizados de manera sistemática a través de la organización, reducción, combinación, unificación y disgregación de las citas. Este proceso se sumó a la reflexividad constante de la investigadora quien, gracias a la auxiliar de investigación, a la socialización con el grupo de investigación de Cuidado Cultural de la Salud de la Universidad Nacional y a la directora de la tesis, pudo identificar 446 códigos en ATLAS.ti. En otras palabras, las citas se pudieron organizar, mezclar, agregar o disgregar 446 veces en 17 momentos diferentes.

Cada momento de análisis, denominado ruta categórica (con su número secuencial respectivo, por ejemplo: ruta categórica 1, ruta categórica 2 etc.), consistió en una serie de pasos: agrupación de la cita y su relación con una información determinada, nominación coherente con respecto a la información de las citas seleccionadas, incorporación y codificación en ATLAS.ti, organización de los títulos por colores en Microsoft Excel, realización de los memos o comentarios a partir de la relación existente entre las códigos y las citas, y análisis de cada grupo sustentado con un mínimo de 2 citas y un máximo de 247. Cada grupo de códigos, con sus respectivas citas, fragmentos o imágenes se denominó subcategoría.

A partir de la ruta categórica 10, el análisis de cada subcategoría se complementó con dibujos y mapas conceptuales, permitiendo un mejor entendimiento. Las primeras rutas categóricas llegaron a tener hasta 109 subcategorías, las cuales pudieron ser reorganizadas logrando alrededor de 10 a 12 grupos o subcategorías, denominándose categorías. La realización de estas rutas categóricas, con sus respectivas subcategorías o categorías, permitió a la investigadora tener un conocimiento a profundidad de los datos recolectados, ver las relaciones, las diferencias y, por ende, cumplir con la segunda fase propuesta por Leininger (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015).

Tras un momento de reflexividad, se evolucionó a una forma de análisis inductiva mediante la organización documental de subcategorías y categorías, con coherencia interna y con el fin de lograr mayor explicitud, profundidad y organización de la información desde las categorías y subcategorías con sus respectivas citas. Es así como con este estudio la investigadora pudo identificar algunos vacíos operativos, de análisis y ciertas falencias de escritura, las cuales se fueron solucionando y mejorando con nuevos análisis.

Posterior a los momentos de reflexividad con la directora y algunos integrantes del grupo de investigación de Cuidado Cultural de la Salud (especialmente docentes expertos en investigación y estudiantes de maestría y doctorado que también trabajan el tema de competencia cultural en sus procesos investigativos), se decidió hacer una nueva reorganización con base en las categorías existentes, de modo que se pudieran llenar los vacíos y se pudieran fortalecer las falencias encontradas. De esta nueva organización de categorías emergió una clasificación nueva, lo cual motivó la construcción de un documento en relación con la competencia cultural que permitió identificar otras categorías analizadas desde diferentes perspectivas por la directora de tesis y algunos integrantes del grupo de investigación de Cuidado Cultural de la Salud. Así, se decidieron los patrones recurrentes y el tema mayor, lo cual inspiró además la modificación de la pregunta de investigación y de los objetivos planteados inicialmente.

Las subcategorías, categorías, patrones y el tema final fueron socializados, en un proceso de validación, con los colaboradores de la investigación y con expertos en investigación etnográfica y competencia cultural. Dicho momento fue explicado con detalle en el componente de confirmabilidad propio de los criterios para evaluar los hallazgos del estudio. Con los resultados de la validación, se realizaron las conclusiones, discusiones y recomendaciones, completando así el ciclo analítico propuesto por Leininger. Finalmente, se terminó en un tema cultural, dos patrones culturales, siete categorías y quince subcategorías.

## **2.5 Criterios para evaluar los hallazgos del estudio**

Leininger identificó y definió seis criterios para evaluar la investigación cualitativa, relacionados con pautas para demostrar la validez y confiabilidad: la credibilidad, la confirmabilidad, el significado en contexto, los patrones recurrentes, la saturación y la transferibilidad (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015).

### **2.5.1 Credibilidad**

La credibilidad se refiere a la exactitud de los hallazgos establecidos entre el investigador y los colaboradores sobre la experiencia y el conocimiento del fenómeno (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015). En la investigación cualitativa de salud pública, el criterio de credibilidad se concentra en la confianza y en la autenticidad de los resultados, en la que se incluye la interpretación exacta del contexto (Ulin et al., 2006).

Para cumplir con este criterio, se grabaron las entrevistas en audio y se realizaron las mismas preguntas de diferente manera para comparar respuestas. La investigadora hizo reconocimiento de sus creencias y conocimientos mediante la reflexividad y el trabajo con la directora de tesis, al igual que se realizó una evaluación constante evitando que la realidad observada fuera una función de la posición, el estatus o la función del investigador (Martínez Miguélez, 2004).

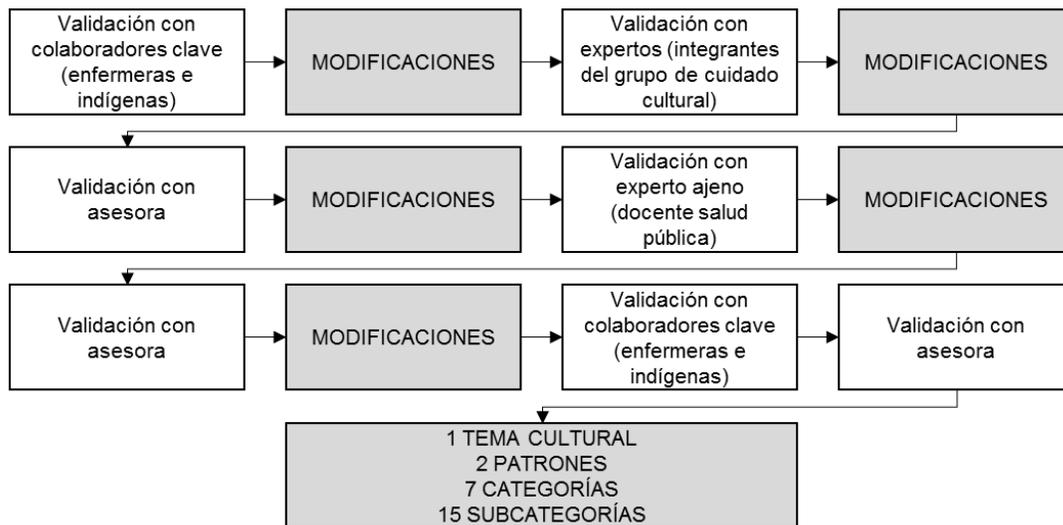
### **2.5.2 Confirmabilidad**

El segundo criterio es la confirmabilidad, referida a ratificar los datos con el colaborador y recurrir a la explicación o interpretación del fenómeno por parte del mismo. Significa reafirmar lo que se ha oído, visto o se ha experimentado con respecto al fenómeno estudiado. Los colaboradores deben identificar su situación, tal como ellos la entienden en las descripciones e interpretaciones realizadas por el investigador (Galeano, 2008; Hernández Sampieri et al., 2006; Martínez Miguélez, 2004; Morse, 2003). En otras palabras, el camino es comprobar directamente con los colaboradores a partir del *feedback* (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015). Este proceso de confirmabilidad coincide con lo que otros autores denominan validación y constituye una actividad indispensable de los procesos investigativos de tipo cualitativo (Abad, Calderón,

Castillo, Pujalte, & Ruzafa, 1998; Guber, 2007; Martínez Miguélez, 2004). A juicio de la autora, este estudio complementa el proceso de reflexividad.

En la validación, se tuvieron en cuenta dos grupos de personas: los colaboradores clave (con quienes se pudo realizar la validación interna) y las personas externas a la investigación (con quienes se pudo realizar la validación externa). Con el objetivo de realizar validación externa, con ambos grupos se hicieron varios procesos, los cuales se observan en la Figura 2.

**Figura 2:** Proceso de validación de datos



El primer grupo de personas estuvo compuesto por los colaboradores de la investigación, con quienes se realizó el trabajo denominado validación interna. Esta validación radicó en constatar y reafirmar si existe identificación con los resultados y si comunican lo que ellos querían expresar (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010), (Martínez Miguélez, 2004). Este proceso se realizó con las tres enfermeras de salud pública y dos indígenas receptores de cuidado. Los indígenas seleccionados fueron aquellos colaboradores que manifestaron mayor fluidez verbal en los encuentros pasados.

La validación con los indígenas se realizó en el lugar de residencia de cada uno de ellos, por lo que con todos los colaboradores se acordó una cita de manera individual para realizar la actividad. Uno de los colaboradores indígenas vive en la comunidad El Jordán, ubicada sobre la carretera principal a 15 kilómetros de la cabecera municipal de Riosucio. A este lugar se puede acceder ya sea en un bus colectivo que pasa cada 15 minutos o en mototaxi. Dentro de la casa hay una tienda, una sala-comedor (donde se hizo la validación), una cocina con estufa a gas, dos habitaciones y un patio con algunos frutales como arazá, naranjas y aguacates.

**Imagen 7:** Vivienda indígena. Riosucio, Caldas, 2016



Fuente: Liliana Orozco (autora)

El proceso de validación inició con el ofrecimiento por parte de la enfermera de dar a conocer los resultados a través de una presentación en Power Point y una lectura de los datos por parte de la investigadora (Imagen 8). Con la intención de adaptar la validación al contexto, la cultura, el nivel educativo y el rol dentro de la investigación (Hernández Sampieri et al., 2006; Morse, 2003), la investigadora tuvo presente la posibilidad de complementar y explicar con preguntas o afirmaciones complementarias si los indígenas no entendían los datos emergentes. De este modo se inició la lectura una a una de las subcategorías, siendo visible que, con las referentes a las enfermeras, existían dudas y no había precisión en la validación. Para solucionarlo, la

investigadora acudió a las preguntas de complementariedad, lo que permitió al indígena afirmar lo que desde su perspectiva creía que era cierto, pero que consideraba que no podía validar.

En relación con las subcategorías que mostraban su sentir como receptor de cuidados, el indígena se sintió totalmente identificado y no realizó sugerencia alguna. La esposa en ocasiones también participaba coincidiendo con el mismo sentir. De esta forma, se continuó el proceso de lectura de las categorías patrones y tema, observando que, desde los patrones, al existir un encuentro entre el mundo del indígena y de las enfermeras, había menor identificación y entendimiento.

**Imagen 8:** Validación de resultados con indígena



Fuente: Liliana Orozco (autora)

La validación interna con los indígenas continuó con la familia de doña Cecilia. A pesar de ser la única convocada, por iniciativa propia solicitó a su esposo y a su padre asistencia en la validación. En general, el esposo participó de manera activa mientras que el padre se limitó a acentuar lo dicho por su hija y yerno (Imagen 9).

**Imagen 9:** Validación de resultados con familia indígena



Fuente: Liliana Orozco (autora)

La vivienda se encuentra ubicada en la comunidad El Danubio, zona rural del resguardo de San Lorenzo. Para llegar a ella, se requiere utilizar un colectivo hasta el centro del resguardo y tomar un mototaxi que conduzca, inicialmente por carretera destapada y, posteriormente, por una “huella”. La moto no subió hasta la casa por la fuerte inclinación de la montaña, por lo que la investigadora tuvo que caminar alrededor de 10 minutos. La vivienda es una casa de una planta, con una zona de antejardín y comedor (donde se hizo la validación), tiene cocina, un baño al exterior de la casa y al frente de este un fogón de leña. Hay frutales y cultivos alrededor de la casa. La investigadora fue recibida por toda la familia, incluido su hijo de cuatro años, quien le tenía un dibujo de regalo (Imagen 10).

**Imagen 10:** Dibujo realizado y regalado por niño indígena



Fuente: Liliana Orozco (autora)

Tras el mismo ofrecimiento por parte de la investigadora sobre la utilización de herramientas para socializar los resultados con don Jorge, también estos indígenas prefirieron la lectura de la investigadora. Igual que con el colaborador anterior, algunas subcategorías correspondientes a las enfermeras no fueron entendidas, así, la investigadora volvió a acudir a las preguntas de complementariedad, lo que permitió mayor aceptación sin ratificación por parte de esta familia. Del mismo modo, estos indígenas se sintieron totalmente identificados con las subcategorías que expresaban su sentir como receptores de cuidado. Lo anterior se complementó a partir de experiencias vividas y expresadas anteriormente, sin sugerencias o modificaciones a las subcategorías o categorías.

En la validación de ambos indígenas, una categoría fue clasificada como inentendible y otra, en donde se muestra la relación de la IPS y de las enfermeras con la medicina tradicional, no hubo coincidencia. Uno de los indígenas afirmó no conocer dicha relación, a pesar de tener evidencia en transcripciones anteriores, mientras que la otra indígena afirmó que sí era cierto. Dichas situaciones acarrearán nuevas revisiones y más horas de reflexividad, con otra visión para asegurar que la medicina tradicional,

dentro de la institución, sí fuera un tema de tal relevancia para considerarse como central y que permitiera la reubicación de la categoría de inentendible.

Ahora bien, la validación con las enfermeras inició en las horas de almuerzo, en un lugar externo, público, lejos de la institución y ubicado en el parque central. El método seleccionado fue la lectura dirigida, que consistió en que el investigador y el colaborador tuvieran la información de manera independiente mientras que, simultáneamente, se realizaba la lectura, permitiendo que el colaborador hiciera cambios y modificaciones de manera escrita (Imagen 11).

**Imagen 11:** Validación de resultados con enfermero



Fuente: Liliana Orozco (autora)

La investigadora inició la validación informando que los resultados debían ser el reflejo de ellos como enfermeros de salud pública y de los indígenas como receptores de cuidado, por lo que era necesario que su sentir y su actuar fueran comprendidos por cualquier lector. A petición del colaborador se empezó entonces la lectura con el tema cultural, los patrones, las categorías y las subcategorías, ya que indicó que así podía entender con mayor facilidad. Durante el proceso, solicitó claridad sobre el concepto de

sincretismo, al igual que se encontraron desacuerdos en una categoría correspondiente a su quehacer como enfermera. Adicionalmente, hizo sugerencias en la forma de nominar dos subcategorías, mientras que las restantes fueron validadas y reforzadas con ejemplos.

La actividad de validación con otra enfermera se realizó al inicio de la tarde en una tienda cerca al lugar de trabajo. Como su colega, la forma de validación elegida fue la lectura dirigida (Imagen 12), precedida de la importancia en que se viera reflejada en los resultados como enfermera y que pudiera ver al indígena como receptor de cuidado. La colaboradora afirmó también que la palabra sincretismo no era conocida ni cotidiana para ella. De este modo, se encontraron desavenencias con una categoría, la misma que se identificó con el otro colaborador enfermero. Sugirió entonces el cambio de dos palabras en dos categorías diferentes.

**Imagen 12:** Validación de resultados con enfermera



Fuente: Liliana Orozco (autora)

Con los profesionales de enfermería se logró validar toda la malla de resultados, incluyendo la percepción de los indígenas, pues estos consideraron, desde su

perspectiva, que las afirmaciones eran ciertas. Todas las categorías fueron validadas excepto la incomprendida por los indígenas, ratificando la necesidad de que la investigadora volviera a los datos, hiciera el análisis, reflexionara con la asesora de tesis y tomara la decisión de cambiar la nominación y reubicarla a subcategoría.

Una vez realizada la validación interna, se inició la validación externa con un grupo de personas constituido por expertos en el tema de investigación cualitativa, etnografía o competencia cultural, con quienes se socializaron y mejoraron los resultados obtenidos (Galeano, 2008; Hernández Sampieri et al., 2010). Dicha validación se realizó con cinco integrantes del grupo de investigación de Cuidado Cultural de la Salud, posterior a la realización de los ajustes sugeridos en la validación interna en tres momentos diferentes.

En el primer encuentro, participaron dos expertos con los que se hizo la validación a través de lecturas dirigidas y una profunda socialización. La investigadora fue tomando nota y organizando las categorías, patrones y el tema cultural, de acuerdo a las sugerencias realizadas específicamente sobre la forma de redacción.

El segundo encuentro se realizó con la auxiliar de investigación, quien un año atrás había participado por cuatro meses en el proceso investigativo. Con ella, también se utilizó la lectura dirigida y las sugerencias se centraron en palabras más acordes y a la complementación de la nominación de una categoría. En cuanto al tema, se modificó la palabra sincretismo que, a percepción de la experta, no aplicaba para ese contexto.

En el tercer encuentro, se encontraron dos expertos, uno de ellos con mayor trayectoria investigativa, con quien se realizó la validación antes que los demás expertos hicieran sus sugerencias. En este encuentro se realizó la socialización de los resultados, los cuales fueron modificados en su nominación sin cambiar elementos esenciales. Las discusiones con el experto fueron densas y puntuales hasta conciliar palabras y frases más cortas sin perder el sentido original. Se concluyó entonces que

en la validación realizada con todos los expertos las sugerencias apuntaban a la extensión de la nominación, la claridad sobre lo que se quería expresar y la redacción, sin solicitar cambios en contenidos ni fusionar elementos.

La validación externa o con expertos fue refinada con la asesora de tesis, quien sugirió examinar y tratar de modificar la longitud de la nominación, revisar el entendimiento de las subcategorías con alguien ajeno a la investigación y revalidar los elementos con el experto externo de mayor trayectoria. Al inicio de este proceso, y tras momentos de reflexividad, la investigadora hizo la fusión de dos subcategorías y el traspaso de una categoría a subcategoría. Estos cambios fueron validados vía telefónica con dos enfermeras colaboradoras de la investigación. Una de ellas manifestó estar de acuerdo y la otra expresó no entender ni identificarse con las subcategorías finalmente.

Posteriormente, se le solicitó a una enfermera docente del área de salud pública, ajena al proceso investigativo, que revisara las subcategorías, categorías, patrones y tema emergente hasta el momento. La dinámica consistió en que la docente leía y hacía una breve explicación de lo entendido. Los elementos que a juicio de la investigadora no eran acertados, eran explicados y posteriormente se le pedía la modificación o sugerencias para cambiar la nominación y quedara lo más claro posible.

La docente sugirió que todas las nominaciones iniciaran con el sujeto para evitar confusiones; sin embargo, esto no fue aplicable puesto que la lectura permitía identificar quien era el responsable de la acción. En tres subcategorías se sugirió el cambio de orden o la realización de frases similares a lo expresado, pero en dos de ellas la sugerencia no fue tomada en cuenta, ya que las utilizadas inicialmente se ajustaban en mayor medida a la realidad. La docente también afirmó que una subcategoría tenía un significado despectivo, por lo que se decidió cambiar el sentido. Esta validación fue coincidente con el no entendimiento de una subcategoría incomprendida en la validación interna, ya que después de explicársela a la docente, esta hizo cambios de acomodación, quedando más larga. En varias subcategorías se incluyeron palabras para hacer más explícita la afirmación.

Posterior a los cambios sugeridos por la docente, se contactó vía virtual a dos expertos externos, que ya habían hecho parte de la validación inicial, uno de ellos considerado el de mayor experticia. Ambos coincidieron en que las nominaciones eran coherentes y entendibles, por lo que solo se hicieron cambios de refinamiento en todas las nominaciones intentando disminuirlas de tamaño.

Los resultados de dicha validación se presentaron en tres sesiones más con la asesora de tesis, quien sugirió como modificaciones importantes pasar y reacomodar la categoría inentendible y afinar algunas nominaciones. Los resultados de la validación interna y externa fueron la derivación final en la que se especificaron las subcategorías, categorías, patrones y el tema cultural, explicado a profundidad en el capítulo de resultados (véase la Tabla 8).

Para cerrar el criterio de la confirmabilidad, Guba y Lincoln (Guba & Lincoln, 1992) sostienen que es la forma en la que el investigador mantiene la diferencia entre sus valores personales y el de los colaboradores. En este sentido, la evidencia que permite identificar este proceso es el material investigativo, por lo que se conservó el proyecto, las actas de asesorías, los momentos de reflexividad y, sobre todo, los datos crudos (es decir los audios, las transcripciones sin codificar, los diarios de campo, las matrices de análisis, los mapas conceptuales, dibujos y escritos), a través de los cuales se pudo demostrar el proceso de los resultados y las conclusiones.

### **2.5.3 Significado en contexto**

El tercer criterio es el significado en contexto y se refiere a la comprensión de los datos para otros referentes relevantes o investigadores (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015). Para lograrlo, se plasmaron detalladamente las actividades realizadas en campo y el

proceso de análisis de la información para posteriormente socializarlos, discutirlos y retroalimentarlos en las diferentes fases del estudio junto con los integrantes del grupo de investigación de Cuidado Cultural de la Salud y con la directora de tesis experta en el tema de competencia cultural e investigación etnográfica.

#### **2.5.4 Patrones recurrentes**

El cuarto criterio corresponde a los patrones recurrentes definidos como experiencias, expresiones, eventos o actividades que reflejan secuencia de patrones o comportamientos que justifican los hallazgos (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015). Este criterio suscitó una necesidad de recoger información, hacer transcripciones y auditarlas, organizar y codificar análisis en espiral, identificar vacíos, validar resultados y redundar en estas actividades exigiendo la permanencia de la investigadora en trabajo de campo, desde enero de 2015 y hasta octubre de 2016. Además de lo anterior, fue necesario también plasmar los patrones sustentados en citas originales del discurso con su respectiva procedencia, es decir, el uso de seudónimos y códigos de identificación.

#### **2.5.5 Saturación de datos**

El quinto criterio es la saturación, ya definida anteriormente, y que, en resumen, hace referencia a la inexistencia de nuevos hallazgos en los colaboradores. La saturación significa que el investigador ha conducido una exhaustiva exploración llegando a colmar la información (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015).

Para cumplir con la saturación, se obtuvieron los datos en tiempos distintos y con personas de diferente género, edad, motivo de control y comunidad. Además, se

buscaron colaboradores que estuvieran dispuestos a hablar abiertamente, quisieran participar en la investigación y lograran *rapport* con la investigadora en la información ofrecida. El proceso de saturación se relacionó con el análisis en espiral realizado. El observar los datos desde diferentes perspectivas por más de 17 veces permitió el nacimiento de vacíos que se fueron llenando hasta no obtener interrogantes relevantes.

Para llenar los vacíos existentes, en el análisis de la información se contactó nuevamente a una indígena y a una enfermera que en la primera entrevista etnográfica habían ofrecido mayor profundidad en las respuestas. Con ellos se realizó otra entrevista etnográfica y con esto se obtuvo saturación, es decir, los datos fueron repetitivos y no se logró nueva Información (Martín-Crespo & Salamanca Castro, 2007; Romaní, 2013; Sandoval Casilimas, 1992; Ulin et al., 2006)

## **2.5.6 Transferibilidad**

El último criterio es la transferibilidad, el cual hace referencia a que la particularidad de los hallazgos obtenidos en la investigación cualitativa pueda transferirse a contextos o a situaciones similares y preservar los significados particulares, interpretaciones e inferencias. Para lograr este criterio, se tuvo en cuenta una muestra representativa asegurando la saturación, es decir, hasta que los datos obtenidos fueran repetitivos y no se consiguiera nueva información (Martín-Crespo & Salamanca Castro, 2007; Romaní, 2013; Sandoval Casilimas, 1992; Ulin et al., 2006). De este modo, se precisó de manera puntualizada el método de recolección de la información y de su análisis. Algunos datos que emergieron, al igual que la descripción detallada del ámbito físico, los colaboradores y las actividades realizadas permitieron contextualizar los resultados e identificar si estos podían ser transferibles a otros contextos en donde las enfermeras de salud pública cuiden a la población indígena en los controles de crecimiento y desarrollo, hipertensión arterial y planificación familiar.

## **2.6 Aspectos éticos**

La importancia ética de esta investigación se sustenta en su aporte social, al contribuir con el desarrollo y la mejora del cuidado en salud de una comunidad vulnerable, como lo son las poblaciones indígenas del departamento de Caldas. Al mismo tiempo, impulsa la materialización de la legislación que protege a dicho grupo poblacional. Su relevancia disciplinar se observa en los resultados, permitiendo conocer la forma en la que se desarrolla el fenómeno de la competencia cultural, específicamente, en profesionales de enfermería de salud pública cuando realizan controles de crecimiento y desarrollo, hipertensión arterial y planificación familiar a la población indígena. Del mismo modo, la investigación demuestra relevancia profesional al contribuir con el conocimiento y desarrollo de la competencia cultural como fenómeno de cuidado y atendiendo las desigualdades en salud, relacionando, puntualmente, los aportes con el principio ético de beneficencia (Poblete-Troncoso & Sanhueza-Alvarado, 2005).

Dentro de los principios éticos de la investigación, el referente a la justicia (Siurana Aparisi, 2010) se operacionalizó tratando a los colaboradores de la investigación con la misma consideración. En este sentido, las relaciones fueron equitativas, teniendo en cuenta el componente cultural tanto de los profesionales de enfermería como de los indígenas, y sin hacer discriminación de raza, ideología, edad, nivel social o comportamiento (Poblete-Troncoso & Sanhueza-Alvarado, 2005).

Adicionalmente, la presente investigación se enmarcó en la Resolución 008430/1993 del Ministerio de Salud, ajustada a la clasificación “sin riesgo”, al no realizarse ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes del estudio (Ministerio de Salud, 1993). La observación participante y las entrevistas realizadas no se asociaron a aspectos

sensitivos de la conducta de los colaboradores, por lo que se cumplió así con el principio ético de no maleficencia (Siurana Aparisi, 2010).

Por otro lado, la realización de la investigación produjo algunos momentos de cansancio, desespero e incertidumbre a la auxiliar de investigación y principalmente en la investigadora, los cuales fueron resueltos con acompañamiento mutuo y socialización con la directora de tesis. En dichos momentos se hicieron cambios de actividad académica y se prestó especial vigilancia para no afectar el proceso de información y análisis.

Siguiendo con los principios éticos, el referente a la autonomía se materializó en la obtención del consentimiento informado por escrito por parte de los colaboradores clave (anexos A y B) con previa verificación de los criterios de inclusión y exclusión, en los que se expresó su libre decisión de participar, de acuerdo con los requerimientos estipulados en la Resolución 008430/1993 y en las recomendaciones del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), quienes consideran a algunas minorías étnicas como personas vulnerables para los procesos investigativos (Consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas – organización mundial de la salud, 2002).

Dicho consentimiento se explicó a los colaboradores dándoles a conocer los objetivos de la investigación, garantizándoles la obtención de respuesta a preguntas, dudas o inquietudes que pudieran surgir respecto a la investigación. Además, se les informó sobre las condiciones de desarrollo del estudio y también sobre el derecho que tenían de retirar su aprobación o de dejar de participar en el estudio si lo consideraran indicado. Con los colaboradores generales, también se tuvo en cuenta el principio de autonomía, gracias al consentimiento verbal o consentimiento informado sin formularse por escrito (Mejía Ituyán, 2012). Para la protección de la identidad de los colaboradores, se utilizaron seudónimos (creados por ellos mismos) y los datos obtenidos fueron manejados de manera confidencial entre la investigadora, la auxiliar de investigación (anexo F) y la directora de tesis.

Todos los colaboradores autorizaron el uso de la grabadora de voz y cámara para la toma y publicación de fotos. De igual forma, algunos colaboradores clave participaron de la validación de los resultados investigativos con el fin de aclarar dudas, manifestar su sentir y corroborar la veracidad de la información

En cuanto a los permisos, se efectuaron tramites con el ente municipal (Anexo D) y con la organización indígena pertinente (Anexo E) para llevar a cabo la investigación. Por su parte, a los colaboradores se les pidió el permiso personalmente para que participaran de manera voluntaria, sin ninguna retribución económica, y se dejó en claro que el estudio solo tenía fines académicos. Si la persona se negaba a participar, se aceptaba con buen agrado su decisión.

Con respecto al análisis, organización de la información y créditos en términos de apoyo, se compraron los derechos del programa ATLAS.ti y se manejó la plataforma de Microsoft Office con su respectiva licencia. También se dieron los créditos respectivos a los autores de los análisis.

En relación con los aspectos ambientales, se contempló la perspectiva socioambiental teniendo en cuenta que para la normativa colombiana el concepto de ambiente no se reduce a los sistemas naturales sino que además contempla los sistemas sociales (Ministerio de Medio Ambiente, 2002), por lo que se tuvo en cuenta impactar de la menor manera posible la vida de los indígenas y de las enfermeras de salud pública por cuenta de las interacciones físicas, sociales y culturales producto de la relación con la investigadora.

El proyecto investigativo obtuvo el aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional en la sesión del 6 de abril de 2015, decisión que consta en el acta 6 con código 005-2015 (Anexo G). Se construyó un cronograma

(Anexo H) y un presupuesto (Anexo I), lo cual hizo posible el logro de los objetivos planteados.

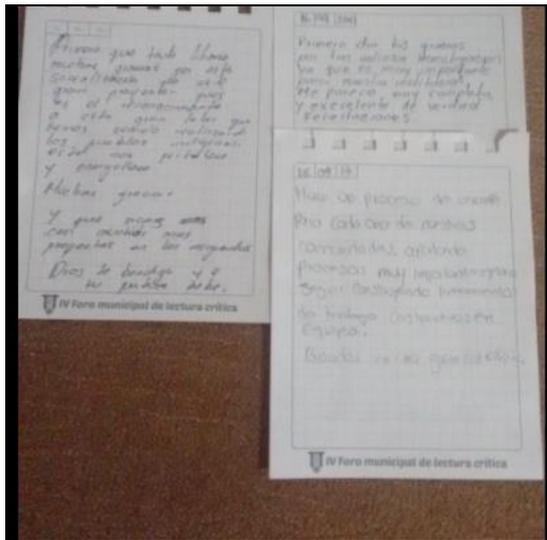
Para dar respuesta al principio de reciprocidad, los resultados fueron socializados el 16 de septiembre de 2017 en la Casa de Justicia del municipio de Riosucio. Fue un acto público en donde asistieron colaboradores, líderes indígenas y personas interesadas en conocer la investigación. En este espacio, además, se informó la posibilidad de obtener copia de cualquier información relacionada con la investigación, se dieron los agradecimientos correspondientes y se aclararon dudas. Del mismo modo, se le preguntó a la comunidad sobre la importancia de este tipo de trabajos, a lo que respondieron sus miembros, unánimemente, que los aportes fueron relevantes, trascendentes y con potencial para avanzar en el tema de salud para las comunidades indígenas.

**Imagen 13:** Socialización resultados investigativos. Riosucio, Caldas, 2015



Fuente: Liliana Orozco (autora)

**Imagen 14:** Respuesta de los asistentes a la socialización de resultados sobre la importancia de la investigación Riosucio, Caldas, 2015



Fuente: Liliana Orozco (autora)

En cuanto a los principios de autonomía, veracidad y honradez intelectual, se cumplieron con base en el Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico, por el cual se expide el Reglamento de propiedad intelectual de la Universidad Nacional de Colombia. Expresamente figura en el documento (tesis) los créditos y aclaraciones pertinentes, como pueden ser la dependencia académica, la pertenencia de la autora al programa de doctorado respectivo y la directora del estudio. Se informó la financiación económica recibida por la División de Investigación de la Universidad Nacional sede Bogotá (DIB) en el marco del proyecto Competencia Cultural de Profesionales de Enfermería Cuidando a Grupos Vulnerables, con código 20730.

Adicionalmente, se le dieron los créditos respectivos a la Universidad de Caldas en la ponencia denominada “Competencia cultural de la Enfermera de Salud pública desde la visión del mundo indígena”, expuesta el 15 de julio de 2016 en el IX Seminario internacional de actualización en Ciencias de la Salud, llevado a cabo en la Universidad Estatal de Bolívar en Guaranda, Ecuador. Así mismo, se le dará crédito a esta institución en las publicaciones de los artículos y ponencias sobre la temática de la competencia cultural de las enfermeras de salud pública cuando cuidan a la población indígena y la percepción de la enfermera y el indígena con respecto al cuidado

culturalmente competente, publicaciones que ya han sido acordadas para ser enviadas a revistas científicas y presentadas en ponencia aceptada para la la 43° conferencia anual de la Transcultural Nursing Society a celebrarse en el mes de octubre de 2017 en New Orleans (Estados Unidos).

En lo atinente al control de sesgos y posibles errores, las herramientas utilizadas para medirlos se encuentran relacionadas con el componente de reflexividad enunciado en el marco del diseño. El desarrollo de una conciencia sobre la posición asumida por el investigador y su nivel de participación en todo el proceso aumenta la confiabilidad del estudio (Martínez Miguélez, 2004). Adicionalmente, la pertenencia de la investigadora al Grupo de Investigación de Cuidado Cultural de la Salud permitió contactar a investigadores de trayectoria, con los cuales se pudieron discutir los datos y precisar los resultados. También se contó con el apoyo de la directora de tesis, quien es experta en la temática, disminuyendo con su experiencia los posibles errores que se pudieran cometer.

El rigor también fue controlado poniendo en práctica las actividades expuestas en el apartado de criterios para evaluar los hallazgos del estudio. Se tuvo el esmero de utilizar la herramienta de análisis de estudios cualitativos CASPe (Cano Arana, González Gil, & Cabello López, 2016) para la escritura del reporte, aplicándolo como una forma de garantizar que las partes necesarias del rigor científico estuvieran allí plasmadas.

## **3 Resultados y discusiones**

### **3.2 Generalidades**

En este apartado se plasma la interpretación de los datos empíricos provenientes de los colaboradores y de las observaciones realizadas por la investigadora tras el análisis cualitativo, siguiendo los planteamientos de Madeline Leininger (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015). Los resultados fueron confrontados con teóricos, literatura e investigaciones de competencia cultural, al igual que se justificaron con citas de testimonios y observaciones.

Los resultados muestran que las enfermeras ofrecen un cuidado culturalmente competente basado en los conocimientos profesionales adquiridos en la universidad, los conocimientos personales obtenidos por experiencias y observaciones propias relacionadas a sus procesos de salud-enfermedad, y unas adaptaciones basadas en las políticas institucionales, la cultura, el contexto y la situación de vida del indígena Embera Chamí. Estos resultados confirman que los cuidados genéricos, las prácticas de cuidado y las prácticas de prestación de cuidados profesionales se ven influenciadas por la concepción del mundo, la dimensión cultural y la estructura sociopolítica de la persona que recibe el cuidado de enfermería (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015).

Los deducciones demuestran la interacción que tienen las enfermeras de salud pública entre los cuidados populares de los indígenas y los cuidados profesionales característicos de su quehacer científico, lo cual ratifica lo afirmado por Leininger en su modelo de sol naciente (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015). Sin embargo, los

resultados planteados ofrecen un complemento a dicho modelo, ya que se descubre la percepción del emisor y del receptor del cuidado cuando esta actividad se realiza bajo lineamientos de interculturalidad. De este modo, el tema del cuidado culturalmente competente se logra conocer en su totalidad, respondiendo a un vacío referenciado por algunos autores (Garrett et al., 2008; Loftin et al., 2013; Starr & Wallace, 2009; Swanson, 2012). Gracias a estos resultados, igualmente, es posible abrir nuevas líneas investigativas sobre el sentir personal de las enfermeras de salud pública cuando cuidan bajo la perspectiva de la competencia cultural.

Ahora bien, para categorizar la información encontrada, y como se mencionó en el capítulo anterior, se empleó un tema cultural, dos patrones, siete categorías y quince subcategorías emergentes. En este sentido, el tema cultural, denominado *Enfermeras y Emberas contentos con la atención empática y adaptada a las creencias en la IPS intercultural*, reveló los elementos fundamentales de la competencia cultural de las enfermeras de salud pública y la percepción positiva del cuidado recibido por el receptor y brindado por el profesional. Dichos elementos se evidenciaron en un contexto en el que el cuidado se realizó bajo los lineamientos de empatía e interculturalidad, que se relacionaron con el saber tradicional de los indígenas y el profesional de las enfermeras. El tema, los patrones, las categorías y subcategorías pueden evidenciarse a continuación en la Tabla 8.

**Tabla 8:** Tema, patrones, categorías y subcategorías

TEMA	PATRONES	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
Enfermeras y Emberas contentos con la atención empática y adaptada a las creencias en la IPS intercultural	Patrón 1: En la IPS intercultural atiendo con empatía y conocimiento, adaptándome a las características de los Embera	1.1 Mi experiencia personal y profesional está influenciada por el contexto Embera y la IPS intercultural	1.1.1 Creo en la medicina tradicional por experiencias personales
			1.1.2 La IPS intercultural y el contexto de salud municipal han permeado mis pensamientos y acciones profesionales
		1.2 Respeto y adapto mi atención a las creencias, al contexto y a las características individuales del Embera	1.2.1 Respeto y motivo las creencias, posibilidades en salud del Embera y reporto las complicaciones
			1.2.2 Adapto mi atención según el contexto y las características individuales del Embera, pero a veces desaprovecho sus potencialidades comunitarias
		1.3 Atiendo a los Embera con empatía y conocimientos	1.3.1 Atiendo a los Embera siguiendo las normas y conocimientos profesionales
			1.3.2 Atiendo a los Embera siendo empática
		1.4 Atiendo dispuesta a la escucha y adapto mi lenguaje, aunque pienso que llenar tantos formatos interfiere en la comunicación con el Embera	1.4.1 Me dispongo a la escucha y adapto mi lenguaje verbal y corporal cuando atiendo al Embera
			1.4.2 Pienso que llenar tantos formatos interfiere en la comunicación con el Embera

TEMA	PATRONES	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
Enfermeras y Emberas contentos con la atención empática y adaptada a las creencias en la IPS intercultural	Patrón 2: Emberas y Enfermeras están satisfechos tanto el uno con el otro como con la IPS intercultural	2.1 Como enfermera estoy contenta en el trabajo intercultural creando lazos de afecto con el Embera	2.1.1 Como enfermera estoy contenta en el municipio, en la IPS intercultural y con el médico tradicional
			2.1.2 Como enfermera creo lazos de afecto con el Embera en diversos escenarios
			2.1.3 Reconozco la importancia de la lengua Embera y me uno a recuperarla
		2.2 Como Embera estoy contento con las enfermeras y la IPS intercultural, aunque en ocasiones me molesta esperar	2.2.1 Como Embera estoy contento con la enfermera y con la IPS intercultural, la otra no nos gustaba
			2.2.2 Como Embera en ocasiones me molesta esperar la atención
		2.3 Como Embera, intento seguir las recomendaciones de la enfermera, aunque las recomendaciones sobre la comida son difíciles de seguir	2.3.1 Como Embera intento seguir las recomendaciones de la enfermera y regreso al control
			2.3.2 Como Embera es difícil seguir las recomendaciones de la enfermera sobre la comida

### **3.3 Tema cultural: enfermeras y Emberas contentos con la atención empática y adaptada a las creencias en la IPS intercultural**

El sentir positivo sobre el cuidado culturalmente competente emerge como elemento primario de las enfermeras de salud pública y de los indígenas Embera Chamí. En dicha forma de cuidado, se tuvieron en cuenta las creencias culturales de los Embera, relacionadas con sus convicciones fundamentales como seres humanos, es decir, que el cuidado que recibieron estuvo basada en el respeto, la amabilidad, la tolerancia y la escucha atenta, al igual que las posibilidades, gusto y facilidades para realizar actividades en pro de su salud. Además, se resaltó el respeto por las creencias en los procesos de salud-enfermedad propios de este grupo cultural, tales como el poder curativo de las plantas, la medicina tradicional y la partería, conocimientos que son considerados diferentes a los aprendidos en el ámbito académico y enmarcados dentro de una filosofía institucional que busca preservar las costumbres y la cultura de los indígenas.

El tema *Enfermeras y Emberas contentos con la atención empática y adaptada a las creencias en la IPS intercultural* demuestra que la competencia cultural de las enfermeras en salud pública es específica para los Embera cuando en sus acciones de cuidado se conjuga la empatía con las creencias de los procesos de salud-enfermedad de los indígenas. Ello se vio plasmado en una adaptación de los cuidados a algunas generalidades, tales como el contexto en el que viven (específicamente en lo relacionado a las características de la zona urbana y la zona rural), el manejo de plantas para aliviar algunas de las enfermedades propias u occidentales y la medicina tradicional materializada. Esta adaptación permitió fortalecer las consultas, los rituales y los rezos realizados por los médicos tradicionales.

Dentro de las adaptaciones realizadas por las enfermeras, se hizo énfasis en las particularidades de cada indígena de acuerdo a sus características, ya sean de género (hombre o mujer), de edad (especificada en niño, joven, adulto o anciano), de situación actual del indígena, de su estilo de vida (de acuerdo a las posibilidades económicas, religiosas y sus gustos personales) y de los escenarios en donde se realiza el cuidado de enfermería (que puede ser en consultorios fijos existentes en la cabecera municipal o en los consultorios montados de manera improvisada en la zona rural).

Como se observó en la Tabla 8, el tema cultural está integrado por dos patrones: 1) En la IPS intercultural atiendo con empatía y conocimiento, adaptándome a las características de los Embera y 2) Emberas y enfermeras: contentos el uno con el otro y con la IPS intercultural. A continuación, se amplificará cada patrón con sus respectivas categorías y subcategorías.

### **3.3.1 Patrón 1: En la IPS intercultural atiendo con empatía y conocimiento, adaptándome a las características de los Embera**

El primer patrón da cuenta de la competencia cultural de las enfermeras de salud pública cuando atienden a los indígenas Embera Chamí en una IPS con lineamientos interculturales. Esta noción se encuentra integrada por cuatro categorías, en las cuales se evidencia que el cuidado de las enfermeras se ve influenciado por la empatía desarrollada ante la situación cultural, económica y social de los Embera. El patrón también muestra la influencia de los conocimientos académicos de los profesionales, aprendidos en la universidad, y que lideran el acto de cuidado. Además, se evidencia en las enfermeras cómo las experiencias personales y familiares de enfermedades que la medicina occidental no pudo aliviar, terminan influyendo en la apertura mental para motivar a los indígenas a utilizar la medicina tradicional en el proceso de recuperación ante cualquier enfermedad.

En el primer patrón también se evidencia la influencia que tiene el contexto y la forma de vida de los Embera en el modo de cuidado de las enfermeras. En otras palabras, las enfermeras actúan y ofrecen un cuidado culturalmente competente dependiendo de la situación laboral, lugar geográfico de residencia, acceso a la cabecera municipal, forma de actuar, gustos, posibilidades de consecución de elementos como alimentos, suplementos, dispositivos para mejorar la calidad de vida, las creencias, prácticas de cuidado y características personales del indígena Embera Chamí.

Otra categoría formadora del primer patrón está compuesta por los contextos institucionales, municipales y nacionales en donde trabajan y viven las enfermeras. Los contextos institucionales y municipales se caracterizan por la protección de las particularidades culturales de la población indígena, especialmente en lo relacionado con la medicina tradicional y la partería, elementos que influyen en la conciencia conocimiento, deseo y habilidad del cuidado culturalmente competente desarrollado por la enfermera de salud pública. En el contexto nacional, la influencia de las políticas de salud existentes proporciona una guía para las enfermeras que les ayuda a realizar sus cuidados en los controles de crecimiento y desarrollo, hipertensión arterial y planificación familiar con un enfoque científico. No obstante, estas políticas no se adecúan apropiadamente a las necesidades y particularidades del indígena Embera.

En síntesis, el primer patrón pone en evidencia la amplitud del proceso de la competencia cultural para las enfermeras de salud pública que cuidan población indígena. Los elementos emergentes son coincidentes con las posturas de diferentes teóricos como Leininger (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015), Campinha-Bacote (Campinha-Bacote, 2002) y Purnell (Purnell, 2005), quienes coinciden en sus definiciones de competencia cultural al afirmar que esta debe ser adaptada por los sistemas, las instituciones y las políticas que influyen de manera directa en el desarrollo de la competencia cultural. Cuando estas adaptaciones se dan, se pueden llegar a incluir en la enseñanza universitaria, para que así las enfermeras de salud pública tengan mayores herramientas en pro de tener conciencia, conocimientos, actitudes y habilidades culturales para materializar un cuidado de enfermería culturalmente competente.

### *3.3.1.1 Categoría 1.1: Mi experiencia personal y profesional está influenciada por el contexto Embera y la IPS intercultural*

Esta categoría está compuesta por dos subcategorías, de las cuales emergieron las situaciones o elementos que influyen a las enfermeras de salud pública a tener un cambio de pensamiento con relación a la aceptación en las creencias de los indígenas Embera Chamí. Estas situaciones se reflejan especialmente en lo relacionado al manejo de plantas cultivadas alrededor de las casas de los indígenas y a la utilización de la medicina tradicional, esta última evidenciada en consultas, rezos, rituales y otras actividades lideradas por los médicos de la comunidad Embera ante la presencia de alteraciones físicas o mentales que puedan presentar los indígenas.

Los factores de que más influyen a las enfermeras para adquirir conciencia cultural y aceptación de las creencias indígenas son las experiencias individuales o familiares de enfermedades curadas por la medicina tradicional tras varios intentos fallidos de resolverlas con los conocimientos de la medicina occidental. Así mismo, el contexto social, cultural y político de Riosucio, al ser de predominantemente indígena, se rige y se enfoca en el mantenimiento de las costumbres de los Embera, por lo cual las enfermeras entran en una dinámica de protección y respeto a las creencias y actividades culturales propias de las comunidades que en el municipio habitan.

#### *3.3.1.1.1 Subcategoría 1.1.1: Creo en la medicina tradicional por experiencias personales*

Las enfermeras de salud pública, además de creer y aceptar el paradigma de salud occidental desde el cual fueron formadas, también comprenden y aceptan la creencia de los indígenas sobre las enfermedades propias o tradicionales. Dicha aceptación se

ve impulsada por varios factores, como por ejemplo las experiencias personales o de personas cercanas como hijos, padres o hermanos que en algún momento de la vida han padecido alguna enfermedad o sintomatología que no ha mejorado con los tratamientos instaurados por la medicina occidental y que posteriormente termina siendo aliviada con los tratamientos de los médicos tradicionales:

*“Yo personalmente creo que mi papá no es que esté enfermo de la cabeza o tenga algún trastorno psiquiátrico... Es algo que siempre voy a creer, porque siempre queda el remanente del maleficio que lo acabó, lo desgastó... Mi papa tenía 35 y en esos 4 años se encaneció, le tumbaron algunos dienteitos, bajó mucho de peso, y pa' atrás, pa' atrás”.*

*(Enfermera María Gañán, 28-2:157).*

Entre los tratamientos ofrecidos a las enfermeras o a sus familiares por los médicos tradicionales, se encuentran los rezos, los rituales, la prescripción de preparados o sustancias (para ingerir o aplicar sobre la piel), instalación en el cuerpo de artículos como manillas, collares, cintas u otros y, en ocasiones, la instrucción de realizar acciones para mejorar la sintomatología o enfermedad (tales como como congelar piedras y tirarlas al río, hacer marcas en árboles, hacerse baños con aguardiente, realizar un baño en un río determinado, etc.).

Las experiencias vividas a nivel personal por las enfermeras de salud pública y los resultados efectivos obtenidos de dichas experiencias influyen de manera positiva en la apertura mental y en la aprobación de los tratamientos provenientes de la medicina indígena. Esto da como resultado que las enfermeras acepten, validen y recomienden la utilización del médico tradicional indígena para los Embera, en especial aquellos que pertenecen a la IPS y que realizan conjuros, preparados, bebidas, rezos, rituales, mantras o protecciones. Así, en conjunto con las recomendaciones del saber occidental de las enfermeras, se logra una pronta recuperación de la salud o, en algunas ocasiones, se puede prevenir determinada perturbación ya sea física, mental o espiritual.

*“Yo vengo de un pueblo, prácticamente con las mismas creencias, entonces obviamente me queda muy fácil. Yo creo en el mal de ojo, en el cuajo, que pueden hacer brujerías, que alguien lo mira y lo daña, que pueden utilizar cosas, claro, entonces para mí fue muy fácil adaptarme...”*

*(Enfermera María Gañán, 28-153:12)*

Los encuentros previos de las enfermeras de salud pública con los médicos tradicionales, en busca de un beneficio personal y de los resultados positivos obtenidos, tienen una clara repercusión en el cambio de percepción acerca de las creencias y tradiciones del indígena Embera Chamí en el proceso de salud enfermedad. Esto sucede a tal punto que las enfermeras de salud pública no ponen en duda los conocimientos de los médicos tradicionales y, con facilidad, los toman como elementos para recomendarlos en los cuidados ofrecidos.

Campinha-Bacote (Campinha-Bacote, 2002) afirma que la interacción con las personas de los diferentes grupos culturales mejora o modifica las creencias existentes acerca del grupo cultural y evita posibles estereotipos que se puedan tener o presentar, lo cual coincide con Papadopoulos y colaboradores (Papadopoulos, Shea, Taylor, Pezzella, & Foley, 2016), quienes afirman que esta interacción aumenta el conocimiento cultural. Estos planteamientos coinciden con los resultados de la investigación, pues es evidente que las enfermeras de salud pública tienen un cambio de pensamiento hacia la aceptación de las creencias del indígena Embera Chamí, como resultado de las experiencias personales que requieren encuentros con los médicos tradicionales.

En la última versión de la teoría propuesta por Campinha-Bacote<sup>5</sup> (Transcultural C.A.R.E Associates, 2015), los encuentros culturales son considerados el constructo central de donde se derivan los demás elementos: el deseo, el conocimiento, la

---

<sup>5</sup> Divulgada a través de la página web de Transcultural C.A.R.E Associates, organización de la cual la doctora Josefina Campinha-Bacote es la presidenta.

habilidad y la conciencia cultural, necesarios para brindar un cuidado culturalmente competente. Lo que la teórica afirma, y que se corrobora con estos resultados, es que los encuentros culturales no se pueden desarrollar a partir de los demás constructos y estos imprimen una modificación en la forma de pensar de la enfermera, traducida en actos de cuidado culturalmente competentes (Transcultural C.A.R.E Associates, 2015).

Para el caso de esta investigación, algunos encuentros culturales y sus modificaciones sobre las creencias de los indígenas se realizaron de manera previa al cuidado ofrecido. Estas situaciones influyeron de manera positiva para que las profesionales de enfermería se adaptaran a los lineamientos interculturales ofrecidos por la IPS, lo cual les permite tener elementos para materializar un cuidado culturalmente competente a partir de la aceptación y la motivación del uso de las creencias de los indígenas Embera Chamí.

#### *3.3.1.1.2 Subcategoría 1.1.2: la IPS intercultural y el contexto de salud municipal han permeado mis pensamientos y acciones profesionales*

La estructura organizativa de la IPS influye directamente para que las enfermeras de salud pública creen en las bondades de la medicina tradicional. Dicha institución fue creada en asocio con los indígenas del Cauca y se mantiene con recursos provenientes del estado. Ofrece servicios del primer nivel de atención conforme a las directrices de la medicina occidental, por lo que presta servicios a la comunidad en cuanto a controles de crecimiento y desarrollo, hipertensión arterial, planificación familiar, consulta externa, procedimientos básicos, odontología e higiene oral. La vacunación, por su parte, está subcontratada con el hospital municipal.

Los servicios de salud occidental se prestan en conjunto con los servicios de medicina tradicional y servicios de partería. Así, la atención en la IPS gira en torno a nueve líneas de acción, incluida el área de espiritualidad, de administración y gestión, de

movimiento por la salud, de identidad de partería, de buen vivir, de soberanía alimentaria, de casas de paso, de acompañamiento familiar y de baja complejidad, todas unidas al tercer momento de estructuración de la IPS intercultural y pensadas desde las necesidades y el contexto cultural, social y político del indígena Embera Chamí.

La IPS intercultural pretende que los profesionales de la salud, incluidas las enfermeras, traten o cuiden a los indígenas con los conocimientos adquiridos en la academia y que, al mismo tiempo, sean atendidos por los médicos tradicionales y parteras, sabedores de una visión y conocimientos transmitidos de generación en generación. Con un entrenamiento implícito, las enfermeras de salud pública se adaptan al convenio institucional existente entre los sabedores que desarrollan la medicina occidental y la tradicional, por lo que se hace evidente el respeto, la motivación y el uso de saberes tradicionales al momento de cuidar a los indígenas Embera Chamí

*“Tengo pacientes con úlceras varicosas, yo les digo: «báñese con agüita de penicilina (antibiótico betalactámico) échele caléndula y eso le ayuda para la inflamación». Entonces yo mezclo los cuidados básicos aprendidos en la universidad de enfermería con un poquito de medicina tradicional que me han enseñado mis médicos tradicionales”.*

*(Enfermera Susana Vargas, 28-70:48)*

En la IPS intercultural existen acuerdos verbales (logrados a través de la conciliación) acerca de la forma de atención entre los actores de la medicina occidental y los actores de la medicina tradicional. Si los sabedores —ya sean médicos tradicionales, occidentales, parteras o enfermeras—, no ven recuperación en el indígena durante los tiempos esperados o protocolizados, se le brinda la posibilidad de ser remitido al otro sabedor. Para el caso particular de los controles, en los que los profesionales de enfermería son los responsables, si el indígena no accede al cuidado occidental (pero se adhiere a la tradicional), es compromiso de los médicos tradicionales mantener informados a los enfermeros sobre cómo evoluciona la condición de salud del paciente.

De no haber mejoría o si se llegara a presentar una involución, los médicos tradicionales lo remitirán a los profesionales encargados de la medicina occidental.

*“Siempre han dicho: «trabajar de la mano los dos conocimientos». Algunos médicos tradicionales tratan cosas que yo no las trato. Los tres médicos de aquí son indígenas del resguardo de Cañamón y nosotros sabemos que hay cosas que no son de nuestro ámbito”.*

*(Enfermera María Gañán, 13-2:51)*

*“Estamos articulando las medicinas, que haya un buen diálogo. Estamos definiendo competencias: lo que le compete al médico tradicional y lo que le compete al médico alópata... En algunos casos, algunos tratamientos, estamos complementando: una parte la trabaja el médico alópata y otra la trabajamos nosotros”.*

*(Médico tradicional IPS Minga, 28- 7; 121)*

Los acuerdos de atención conjunta entre la medicina occidental y la tradicional radican en la existencia de interculturalidad entre sabedores. De esta forma, se generan protocolos (no necesariamente escritos) adecuados socioculturalmente para que los indígenas puedan vivir también sus costumbres y creencias expresadas en el uso de plantas, medicina tradicional y partería, lo cual facilita el cuidado en los procesos de salud-enfermedad.

Lo más importante para esta institución es que ninguno de los sabedores cierre su mente y permita las posibilidades de tratamientos alternativos. Por esto, contrata enfermeras sensibles a esta temática y que tengan la capacidad de aceptar esa otra alternativa para la recuperación de la salud de los indígenas.

*“... Entonces ahí vimos la necesidad de tener unos profesionales de la salud más cercanos a los del hospital, pues la mayoría estaban muy positivistas. Digámoslo que es el conocimiento alopático el único aceptado, que la diarrea se trata así y punto. Necesitábamos tener personal de la salud, médicos generales, enfermeras y auxiliares de enfermería integrados a la estructura de la institución; que, si bien eran muy expertos en su conocimiento, tenían la capacidad de desaprender para poder entender ciertos procesos y fenómenos culturales, como por ejemplo enterrar una placenta”.*

*(Líder indígena Embera, 24-82:50)*

Los parámetros institucionales explícitos, implícitos, las prioridades y la forma de organizar y crear la prestación de los servicios de salud de manera diferencial, hacen que las enfermeras de salud pública puedan tener cambios y estructurar sus cuidados de una manera más cercana a la realidad y a las posibilidades de los indígenas Embera Chamí. Al trabajar en esta institución, las enfermeras se ven en la necesidad de adaptarse a los nombres de los programas adecuados a los indígenas, al tiempo que realizan los controles de 40 minutos, según los lineamientos corporativos. En este sentido, la filosofía institucional está fundamentada en reconocer, respetar, valorar y utilizar la variedad de conocimientos existentes, en especial los de la medicina indígena de los Embera Chamí y la medicina occidental.

La construcción de esta forma de atención en salud también involucra a los empleados en procesos culturales, tales como clases de lengua Embera, invitaciones a realizar armonizaciones<sup>6</sup> o a asistir a rituales conocidos como jornadas intensas de oración y reflexión<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Las armonizaciones son momentos de reflexión y oración indígena antes de las reuniones cotidianas. La asistencia a las armonizaciones se da por invitación cuando se es *caponia* (denominación dada a los mestizos), o por obligación cuando se es empleado indígena.

<sup>7</sup> Estas jornadas intensas de oración parten de las creencias indígenas que propenden por que el equilibrio y bienestar personal que se refleje en el bienestar institucional.

*“El médico del hospital con un poquito de formación y sensibilidad al respecto, o el profesional de la salud que deja. Pero otros dicen: «no, eso son bobadas, eso son hechicerías, eso son brujerías, eso son cansonerías de los indios», entonces no deja... Ya en IPS no es si quiere, ¡tienen que hacerlo! Para eso se clasifican al profesional que tengan, digamos, esa capacidad [sic]”.*

*(Líder indígena Embera, 24-82:51).*

Por su parte, la IPS también permite a las enfermeras de salud pública concebir dentro de sus cuidados la integración de unas actividades exclusivas para los indígenas, como por ejemplo ofrecer atención en salud extramural cerca de los lugares de vivienda y complementar la recuperación o mantenimiento de la salud con las actividades de medicina tradicional. De esta forma, este servicio permite interactuar frecuentemente con médicos tradicionales y parteras, lo que facilita la construcción de una diada distintiva para el cuidado de los usuarios de la institución.

El trabajo en equipo entre los profesionales de la salud, los médicos tradicionales y las parteras son vistos por los líderes indígenas como una necesidad, pues a pesar de tener un conocimiento propio para el manejo de la salud, son conscientes de no controlar todas las enfermedades y los factores de riesgo presentes en los Embera, por lo que es indispensable una complementariedad para mantener la salud de la comunidad. La diada entre el médico tradicional y las enfermeras de salud pública hacen de manera implícita un aporte a los procesos interculturales de cuidado que se dan con otras instituciones del municipio, al presentarse como un ejemplo a seguir de interculturalidad.

*“Se empezó a generar como ese diálogo de saberes, fue un proceso muy bonito, nos ayudó a fortalecer el tema de ampliar la visión de otros conceptos y otras percepciones de las comunidades indígenas, en el último año nos hemos enfocado mucho al tema de partería”.*

*(Líder indígena Iván Torres, 24-29.15)*

En cuanto a los conocimientos de la medicina tradicional de los Embera, existe una percepción general dentro del municipio y es que los indígenas que cuentan con conocimientos para tratar enfermedades terminan protegiendo, guardando e incluso celando estos saberes, no solo por el valor adquirido que tienen, sino también a consecuencia de experiencias pasadas con investigaciones y proyectos a nivel nacional, en los cuales no se respetaron los derechos de autor o se hicieron afirmaciones falsas al respecto. En vista de lo anterior, las enfermeras de salud pública de la IPS intercultural comentan la facilidad que tienen para obtener los conocimientos de las enfermedades propias y de los cuidados autóctonos de los indígenas. Los pacientes, los médicos tradicionales, las parteras y los compañeros de trabajo indígenas comparten información de manera natural en las consultas o cuando las enfermeras preguntan de manera directa por motivos laborales o personales. Esto permite afirmar que los profesionales de la medicina occidental que trabajan en la IPS cultural tienen mayor posibilidad de entablar una relación de colegaje con los médicos tradicionales y parteras, lo cual permite que los conocimientos tengan mayor fluidez.

*“Los indígenas son celosos con el conocimiento. Hay que tener mucho cuidado con los procesos, los indígenas son muy cerrados y cautelosos con el conocimiento”.*

*(Líder indígena Edward Castillo, 28-4:11)*

No obstante, la socialización del conocimiento ancestral por parte de los médicos tradicionales tiene límites claros. Cuando el tema se relaciona con espíritus y maldad, los médicos tradicionales no hablan de ello y las enfermeras no preguntan por decisión propia, pues solo quieren aprender asuntos básicos para complementar su cuidado. Desde estas actitudes, se percibe que el manejo de los espíritus no es de la incumbencia de las enfermeras (incluso, el tema llega a evitarse por miedo o por respeto a los sabedores).

*“Lo de tratamientos con plantas y todo eso, sí le dicen a uno, uno se los graba, normal. Lo relacionado con despojos, cosas espirituales, energéticas, desmaldecimiento, ahí sí son reservados. Como son médicos tradicionales de diferentes resguardos, cada uno tiene su escuela de enseñanza, su línea de enfermería por así decirlo”.*

*(Enfermera María Gañan, 28-83:50)*

Las creencias personales de las enfermeras en relación con los maleficios y los espíritus se potencializan en el contexto institucional, lo que permite además que la anamnesis y la valoración cotidiana (aprendida en la academia centrada en los aspectos físicos y fisiológicos) se percate de observar o preguntar por la presencia de síntomas no coincidentes con los diagnósticos estipulados desde las enfermedades occidentales. Las enfermeras, al creer en estos fenómenos, hacen énfasis en los síntomas persistentes a pesar de tener tratamientos anteriores. Cuando una de las dos situaciones es confirmada, las enfermeras pueden tomar dos decisiones: sugieren la remisión correspondiente a los médicos tradicionales de la institución, o motivan al indígena a consultar con el médico tradicional de su comunidad o preferencia.

*“Uno va adquiriendo conocimientos de ellos (médicos tradicionales). Eh... Vienen niños con unas patologías, unos síntomas... Uno dice: «¿eh?», «esto no me sale», «no es de lo mío», «ya estoy viendo algo raro». Entonces yo digo: «no, voy a llamar a la médica tradicional para que haga una valoración». Hace poquito me pasó con una niña, habían consultado mucho con un daño de estómago, «el popocito muy babosito» [sic], entonces uno dice: «¡ay!, esto me suena más como lo del ojo o lo que manejan ellas». Entonces yo: «no, ya habían consultado, le habían mandado esto, lo otro y nada», entonces yo mismo llame a la médica tradicional y preciso ella la valoró, dijo que tenía cuajo. Ellos manejan lo del cuajo y eso”.*

*(Enfermera Faller Eusser, 24-81:4)*

Las enfermeras también respetan y motivan los tratamientos realizados con plantas cultivadas alrededor de la casa o de fácil acceso. Generalmente, estas plantas se

preparan en infusiones y están a cargo, en su mayoría, por las mujeres indígenas, quienes en su rol de madre adquieren este conocimiento que pasa de generación en generación. Los tratamientos, además, están dirigidos por los médicos tradicionales y parteras quienes, a través de rituales, actos mágicos, uso de plantas en preparados, infusiones, emplastos, ungüentos, baños, vaporizaciones, entre otros, realizan u ofrecen indicaciones al indígena acerca de cómo realizarlos ya sea para desaparecer los signos y síntomas de las enfermedades propias o para favorecer un parto tranquilo, rápido y sin complicación.

*“Si llegan a tener partos en casa, ellas como parteras traen a los niños al otro día y a la mamá para que les hagan todos los controles. Entonces a mí me parece que son aliadas realmente del cuidado de las mamás. Que muchos en su discurso digan que no, es otra cosa, pero para mí son aliadas, más porque son amorosas y la representación de la mamá, de la abuela, de la sabiduría, del amor, cosa que en una sala de partos no se ve eso”.*

*(Enfermera Marcela Fernández, 28-100:7)*

Las enfermeras, además de adaptar su vida como respuesta a las experiencias y a la organización institucional, también se adecúan a las modificaciones de las prácticas de cuidados culturales, colectiva y general del proceso de salud-enfermedad de la comunidad. El municipio de Riosucio cuenta con una secretaría de salud municipal que direcciona los procesos en salud colectiva cuyo énfasis dependen del enfoque y las prioridades de la alcaldía. Como esta secretaría está hace más de dos periodos en manos de los indígenas, las enfermeras también se adaptan a los lineamientos e iniciativas impartidas desde este ente a partir del trabajo y la socialización de conocimientos y experiencias con un equipo interdisciplinario e intercultural de varias instituciones.

En su cotidianidad laboral, las enfermeras de salud pública aceptan y entienden las modificaciones realizadas por los líderes indígenas en el tema de salud hacia algunos requerimientos nacionales con intenciones de revertirlos hacia las verdaderas necesidades o posibilidades de las comunidades. Por ello, participan activamente en el

Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) y en el Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM) propio de la región, socializando y respetando no solo a otros profesionales de la salud, sino además a los indígenas (ya sean líderes o no), quienes expresan sus posturas tradicionales relacionadas al proceso de salud-enfermedad. Las enfermeras también aceptan los resultados del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) y los perfiles epidemiológicos propios elaborados por los indígenas, que cuentan con un enfoque familiar y comunitario en el que se incluye la salud mental y espiritual.

*“Uno se va metiendo y va averiguando lo de enfermedades propias y todo lo de los indígenas. Desde que llegue acá, me he sentado con las parteras y los médicos tradicionales y mucho documento. Cuando yo llegué, me dijeron que aquí se manejaba la parte indígena”.*

*(Enfermera Faller Eusse, 24-81:46).*

En conjunto, la filosofía institucional y municipal produce en las enfermeras una serie de cambios de pensamiento. En términos de competencia cultural, mejoran el conocimiento y la conciencia cultural de la profesional. Además, al ver las bondades del conocimiento indígena en el proceso de recuperación de la enfermedad, las enfermeras fortalecen su apertura mental y ello lo materializan en sus cuidados algunos con base en conocimientos de los indígenas del común o de los sabedores indígenas.

*“Si no estuviera trabajando acá (en la IPS intercultural), yo creo que seguiría siendo la misma bruja que le echaba cantaleta al que se hacía un bañito con agua de cualquier cosa. Y ahora que sé de plantas ya no soy una bruja, ¡no!, pero sí creo más en el poder de las plantas, de la mano a la medicina occidental y tradicional. Yo ahora soy de las que por ejemplo para la hipertensión doy plantitas”.*

*(Enfermera Susana Vargas, 28-70:46)*

Los lineamientos y acciones institucionales y municipales representan una fuerte influencia para que las enfermeras de salud pública adquieran herramientas y puedan realizar un cuidado culturalmente competente. Teóricos como Campinha-Bacote (2002; Transcultural C.A.R.E Associates, 2015), Schim et al. (2010; 2005), Leininger (Leininger & McFarland, 2002; McFarland & Wehbe-Alamah, 2015) y Purnell (2002, 2005) centran sus posturas en el accionar del profesional, desarrollando elementos que vayan de acuerdo a las generalidades y particularidades de las personas cuidadas y recibiendo influencia de lo sociopolítico. De esta forma, es el profesional en salud quien se hace responsable principal del cuidado culturalmente competente, dándole especial protagonismo. En los presentes resultados, las enfermeras comparten dicha responsabilidad con los sistemas, con el contexto municipal y, con mayor énfasis, con el contexto institucional.

La influencia del contexto y de las políticas en la competencia cultural del profesional se encuentra investigada en diferentes estudios. Por ejemplo, una revisión sistemática sobre las intervenciones para ofrecer un cuidado de la salud culturalmente competente concluye que las interacciones entre las culturas no solo se dan entre el profesional y el cliente, sino también con la institución que, a través de políticas, planes y programas, inserta guías para la atención basada en la cultura de los pacientes, lo cual se mantiene a lo largo del tiempo (Truong, Paradies, & Priest, 2014).

Los resultados de la revisión sistemática enunciada esbozan la relación directa de la competencia cultural de las profesionales de la salud y de la competencia cultural de las organizaciones, aunque recomiendan mayor investigación en el área (Truong et al., 2014). Gracias a la investigación que se realiza con la comunidad Embera, se podrá aportar al vacío referido por Truong y colaboradores, por lo que se da respuesta afirmativa sobre la influencia del contexto político establecido a nivel nacional, municipal e institucional sobre la competencia cultural de las enfermeras, pues dependiendo de los lineamientos proferidos por las instituciones, las profesionales realizan modificaciones en su pensar y accionar de cuidado, lo cual se ve evidenciado en actividades coherentes con los estilos de vida y formas de pensamiento de los indígenas de la comunidad Embera Chamí de Riosucio.

Adicionalmente, los resultados de la presente investigación muestran cómo la puesta en marcha de los lineamientos institucionales influye de manera positiva en la competencia cultural de las enfermeras de salud pública, repercutiendo en acciones de cuidado relacionadas a la forma de vida del indígena Embera Chamí. De esta manera, se confirman inversamente los resultados de la percepción de las enfermeras sobre el soporte organizacional para ofrecer un cuidado culturalmente competente, en los cuales se afirma que el cuidado hacia otras culturas es desafiante y frustrante cuando se carece de entrenamiento y se está sometido a un soporte organizacional (R. A. Taylor & Alfred, 2010) .

También, los resultados demuestran cómo el apoyo institucional y el entrenamiento a los profesionales es un elemento necesario para realizar cuidados culturalmente competentes. Una experiencia institucional en Bolivia demostró la poca adherencia de los indígenas a las adaptaciones físicas realizadas por la institución cuando existen problemas comunicativos con el personal de atención al no tener en cuenta el contexto y las posibilidades de acceso de los indígenas (Torri & Hollenberg, 2013).

Los resultados de Torri y Hollenberg (Torri & Hollenberg, 2013) contrastan con la atención integral de la IPS en donde laboran las enfermeras de esta investigación, pues la influencia de materializar las creencias, los estilos de vida, el respeto y la situación del indígena en el ámbito institucional produce que las profesionales de la disciplina tengan una modificación que favorece el cuidado ofrecido y la percepción positiva del indígena. La competencia cultural y la relación institucional en el contexto colombiano ha sido referenciada en el estudio de González (González, 2014), desde donde emergió que la competencia cultural se encuentra influenciada por los valores y las creencias personales que se fortalecen con los valores institucionales, aspecto plenamente identificado en la presente investigación.

### *3.3.1.2 Categoría 1.2: Respeto y adapto mi atención a las creencias, al contexto y a las características individuales del Embera*

Esta categoría se encuentra constituida por dos subcategorías, que dan cuenta de la comprensión y motivación que tienen las enfermeras de salud pública con respecto a los indígenas Embera Chamí y a su reconocimiento de la importancia que tiene la fusión entre la medicina tradicional y la occidental como estrategia para manejar las enfermedades. Dentro de esta fusión, el principal estímulo de las enfermeras frente a la medicina tradicional se enfoca en las consultas y en las acciones tales como rituales, rezos, masajes y tratamientos liderados o realizados por los médicos tradicionales de la comunidad, ya sean los de confianza del indígena o los que ofrezca la institución.

Adicionalmente, las enfermeras también motivan a los indígenas para que se acompañen con las parteras de la comunidad o de la institución en todo el proceso del embarazo. Dichas parteras realizan o sugieren baños, vaporizaciones, hacen masajes y otras actividades para favorecer el proceso del embarazo y del parto. Además, las enfermeras fortalecen la utilización de plantas cuyo conocimiento está liderado por las mujeres indígenas del común, esto con el fin de recuperarse de algunas enfermedades.

En relación con la medicina occidental, las enfermeras de salud pública motivan la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos sustentados científicamente, lo que permite fortalecer los procesos de recuperación ante la enfermedad y promover la continuidad en los controles requeridos por cada indígena de acuerdo al grupo étnico, a la necesidad sentida o a la patología padecida. La motivación que realizan las enfermeras está basada en las posibilidades de cada indígena en términos económicos, en distancias geográficas, en las creencias y en los gustos particulares.

La categoría también muestra la forma en que las enfermeras de salud pública plasman su cuidado culturalmente competente en un acto dirigido a las particularidades, posibilidades y situaciones personales de los indígenas. Las especificaciones se relacionan con varios aspectos, entre los que se encuentran las creencias religiosas. Si bien los indígenas en su mayoría son católicos, algunos pueden ser cristianos, testigos de Jehová o pertenecer a otras religiones. La edad del indígena también incita a las enfermeras a tomar un lenguaje corporal, verbal y a dirigir sus cuidados de manera diferente si es un menor, un adulto o una persona de la tercera edad. El género del indígena también influye en el actuar de la enfermera, pues las mujeres son más receptivas y solicitan mayor detalle en la educación. De manera especial, el lugar de vivienda del indígena, ya sea rural o urbano, marca la pauta para un cuidado diferencial, pues esta situación en su mayoría hace que el indígena tenga diferentes posibilidades y formas de vida consideradas la base para el cuidado ofrecido por las enfermeras.

Las adaptaciones que hacen las enfermeras de salud pública a los parámetros mencionados tienen límites establecidos desde su saber occidental. Esto las lleva a reportar a otras instancias las complicaciones de algunas prácticas o la falta de adherencia a los tratamientos de salud que se pueden observar en los indígenas.

#### *3.3.1.2.1 Subcategoría 1.2.1: Respeto y motivo las creencias, posibilidades en salud del Embera y reporto complicaciones*

Las enfermeras de salud pública saben, entienden y aceptan que los indígenas Embera Chamí han desarrollado un concepto de salud consistente en estar bien en todo, sobresaliendo la ausencia de dolor, el aspecto familiar, el social, económico y comunitario en las relaciones con sus vecinos y amigos. Los líderes lo manejan de manera elaborada aludiendo a un estado de armonía con el entorno, la comunidad, la familia y consigo mismos en tres esferas interrelacionadas: lo físico, lo mental y lo espiritual.

*“Para nosotros, la salud es un estado de equilibrio, de armonía. Responde a las relaciones primero conmigo mismo, si yo me levanto bien o me levanto mal, si me acuesto bien o me acuesto mal, si me siento bonito, si me siento feo, si me siento contento, si me siento seguro o no. La relación conmigo mismo, de cómo me valoro, la relación con los demás empezando con mi familia, continuando por mi comunidad y la relación con el planeta”.*

*(Líder indígena Embera, 24-82:10)*

Las enfermeras de salud pública son conscientes de que conceptualmente los indígenas verbalizan una definición de salud diferente a la concebida por ellas, como sucede en varios grupos étnicos, en los que el concepto está conformado principalmente por las creencias y tradiciones culturales (Plaza Del Pino et al., 2013). Esto resulta positivo para el desarrollo de la competencia cultural, en términos de Quickfall (Quickfall, 2009), ya que permite la evaluación de las verdaderas necesidades en salud del indígena Embera Chamí.

Pese a la conciencia de tener conceptos de salud diferentes, las enfermeras identifican que en los controles de crecimiento y desarrollo, planificación familiar e hipertensión arterial sobresalen los cuidados dirigidos desde una postura occidental y con una visión holística. En otras palabras, las enfermeras, al enfrentarse a este tipo de situación, inicialmente direccionan los cuidados según lo determinado por las normas técnicas de obligatorio cumplimiento como las relacionadas con actividades, procedimientos e intervenciones encaminadas hacia la protección específica y detección temprana, o como las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública, dispuestas en la resolución 412 del 2000 Ministerio de Salud (Ministerio de Salud, 2000). De esta forma, se identifican los factores de riesgo para minimizar las alteraciones físicas, las necesidades y los peligros existentes o potenciales de los indígenas en cuanto a su aspecto físico, social, familiar y económico, sin desconocer las creencias y costumbres del indígena frente al proceso de salud enfermedad.

*“Entonces ellos buscan lo de doble enfermedad, y aquí en la IPS indígena hacemos eso, yo he aprendido un poquito. Entonces yo ya medio reconozco cuando un mal del ojo, cuando está el niño asustado, principalmente los niños, cuando tienen pujo, y generalmente cuando yo noto algo. ¿Que cómo uno los ve? Porque siempre, siempre en los niños, cuando les hago la valoración nutricional, cuando estaban bien, están mal en ese control [sic]”.*

*(Enfermera María Gañán, 28-2:120)*

Las enfermeras de salud pública comprenden y aceptan que los indígenas Embera Chamí viven en sincretismo su trayectoria de cuidado frente al proceso de salud-enfermedad. Al conjugarlo con las creencias occidentales, son ellos (los indígenas) quienes comprenden que las alteraciones fisiopatológicas producen enfermedades del cuerpo y de la mente conforme a las condiciones de trabajo, la herencia, los estilos y el contexto de vida, situaciones que son tratadas por profesionales de la salud. Además, desde este paradigma, los indígenas también han aceptado un cuidado de enfermería con el objetivo de hacer una detección temprana de enfermedades o la prevención de las mismas; incluso, en ocasiones participan como parte de sus creencias en acciones relacionadas con la actividad física, sesiones educativas de estilos de vida saludables, autocuidado, prevención de accidentes, foros de interculturalidad y momentos de esparcimiento propios de los lineamientos nacionales en salud.

*“Ofrecen servicios de medicina general, odontología, enfermería, servicio farmacéutico y programas: planeación de la familia, o planificación familiar, control del niño o crecimiento desarrollo, control del adulto mayor, incluyendo hipertensión y diabetes... y maternas. Bueno, se despachan medicamentos y estamos aumentando esa capacidad de oferta de la IPS”.*

*(Líder indígena Embera, 24-8:82)*

Ahora bien, el paradigma de unión con las enfermedades occidentales conocidas como crónicas, metabólicas, cardiovasculares, digestivas, neurológicas, psiquiátricas entre otras, se puede equiparar a lo que ellos denominan enfermedades tradicionales,

clasificadas como propias, naturales, espirituales, energéticas, postizas o como males de la mujer, provenientes de espíritus o brujas. Estas enfermedades son tratadas y curadas por los médicos tradicionales a través de rituales, rezos, actividades con la naturaleza, ingesta o aplicación de ungüentos o plantas curativas. Los médicos tradicionales adquieren ese conocimiento por herencia y últimamente en las escuelas del municipio, creadas como asociaciones para tal fin, se imparten conocimientos de medicina, partería, sitios sagrados, huerta medicinal y centro médico.

*“Así como uno se enferma, de lo que ellos nos dicen de enfermedades occidentales, también tienen sus propias enfermedades indígenas.”*

*(Enfermera María Gañán, 13-2:36)*

*“Hay una escuela organizada como asociación de médicos tradicionales del resguardo indígena de San Lorenzo, manejan 5 áreas: la escuela de medicina, área de partería, sitios sagrados, puerta medicinal, Centro médico”.*

*(Observación participante, 24-7:87)”*

La atención recibida por los indígenas por parte de los médicos tradicionales es una valoración espiritual holística, que consiste en el tratamiento y curación de alguna sintomatología para mejorar las condiciones de salud de la persona o la comunidad. Esta capacidad tiene especialidades como el *hai*<sup>8</sup> para el dolor de cabeza, el *hai* para el dolor de estómago, el *hai* del rezo, entre otros. El paradigma de las enfermedades propias tiene como base una conexión directa con la naturaleza y por eso los médicos tradicionales, en los rituales y las armonizaciones, se basan en pedirle el restablecimiento de la salud a través del fuego, el agua, el aire y la tierra. Los Embera creen además en los espíritus y en su poder para hacer el bien y el mal. La imagen corresponde a una ofrenda preparada por los médicos tradicionales con el fin de realizar un ritual indígena durante luna llena para buscar la armonización interior de todos los empleados de la IPS.

---

<sup>8</sup> Nombre asignado a una clasificación específica del médico tradicional.

**Imagen 15:** Ofrenda en ritual indígena. San Lorenzo, Riosucio, Caldas, 2015.



Fuente: Liliana Orozco (autora, foto 24:9)

Los indígenas, como receptores de la atención, se movilizan con destreza entre los conocimientos occidentales y los tradicionales para el restablecimiento de su salud. Por ende, no hay choques ni competencias ni mucho menos un reemplazo de saberes, ya que entienden que la atención se da por personas con conocimientos diferentes y que la detección y alivio oportuno de la situación de enfermedad (ya sea de origen occidental o tradicional) disminuye los riesgos para su salud.

*"Yo tengo cáncer, y me están haciendo la quimioterapia, la radio, un manejo alopático, pero, además me ofrecen, la posibilidad de un ritual a mí y a mi familia, y la mayoría de ellos acceden a ambos tratamientos".*

*(Líder indígena Embera 24-8:48)*

Las enfermeras de salud pública, por su parte, reconocen y aceptan la variedad de formas de los indígenas para buscar atención en salud. Además de aceptar las creencias, saben y respetan la decisión del indígena de asistir inicialmente a un determinado conocimiento para diagnosticar o tratar una enfermedad, pues dicha decisión se ve afectada por el arraigo a las creencias, el lugar de residencia (frente a

las distancias para acudir a otros sabedores), la capacidad económica y la seriedad de los síntomas. Estos factores son determinantes para establecer las posibilidades de acceso a las diferentes formas de atención.

Por ejemplo, si el indígena Embera Chamí siente que los síntomas no ponen en riesgo su vida, inicialmente utiliza las plantas medicinales cultivadas alrededor de su casa o cerca de ella, especialmente para los dolores, trastornos digestivos y enfermedades respiratorias (incluso, llegan a automedicarse con acetaminofén para controlar los dolores y la fiebre). Si no encuentra alivio y decide acudir a alguien, la elección inicialmente dependerá del lugar en donde se encuentre, porque si está en la zona rural, por lo general acudirá al médico tradicional más cercano, el cual se encargará de establecer si el tratamiento es de su incumbencia o si, en definitiva, lo remite al sabedor correspondiente o a un médico occidental.

Si, por el contrario, es un caso delicado y el indígena se siente muy mal o cree que su vida está en peligro, por lo general la primera elección será ir al médico occidental (también llamado médico alópata) a través del servicio de urgencias en la cabecera municipal. Ahora bien, si el indígena se encuentra o tiene fácil acceso a la zona urbana, por lo general acudirá inicialmente al médico occidental y en algunas circunstancias al farmacéuta. Sin embargo, si el tratamiento prescrito no funciona, buscará al médico tradicional o se planteará un tratamiento que mezcle ambos saberes.

*“Vea, a ese niño no le valía nada de lo que le hacía, ni los riegos. Yo le ponía los tendidos de matarratón, ese niño no, no le valía. Yo le hacía los baños de vino blanco. ¡Nada! Ni el acetaminofén, el acetaminofén no le duraba siquiera dos minutos, y volvía y se me subía la fiebre, ya no tenía para vomitar, yo no sabía ni qué darle. Ya era el sábado, yo dije: «yo me voy para San Lorenzo para el hospital y de lógica me dicen que eso es normal», allá siempre dicen lo mismo. A Minga, hoy sábado no me atienden. Entonces yo llamé a José Elí [médico tradicional] como a las 10 de la mañana...”.*

*(Indígena Cecilia Rojas, 24-78:4)*

La decisión de solicitar ayuda externa para mejorar los procesos de salud enfermedad también se ve influenciada por factores económicos. Algunos médicos tradicionales cobran los preparados necesarios para el tratamiento, impulsando al indígena a buscar ayuda de un médico tradicional que utilice plantas y remedios caseros o elementos no costosos. En ciertos casos, incluso, el indígena termina llegando al médico occidental por la falta de dinero, pues al estar afiliados al sistema de salud, como población indígena, acceden a los medicamentos de manera gratuita.

*“Voy más donde el occidental. El tradicional, es bueno, sí y todo, pero hay veces que a uno le toca comprar los remedios, y a veces se está en la buena, como a veces se está en la mala”.*

*(Indígena Amelia, 24-76:29)*

Por su parte, las enfermeras de salud pública han entendido y aceptado las creencias, posibilidades y gustos del indígena Embera Chamí para recuperar su salud. En esencia, aceptan que el indígena utilice la medicina tradicional y la occidental a conveniencia, así, se motiva la gestión y la utilización de ambas alternativas con el objetivo de complementar y agilizar el proceso de recuperación y disminuir las posibles complicaciones presentes en los procesos patológicos.

*“Pues ella [la enfermera] me dice que si la enfermedad es de médico general que lo haga y si es de médico tradicional que también lo haga”.*

*(Indígena Cecilia Rojas 24-12:9)*

*“El enfermero le recomienda volver a buscar a doña Aurora o a Danilo [médicos tradicionales]. Puede ser una reincidencia de algo natural, un cuajo maltratado, un mal de ojo o algo así. Que pida ayudita al médico tradicional. Él los buscó, pero no estaban. Mientras no se salve esa enfermedad indígena propia, por más pediatra o nutrientes o comida que le meta la niña, no se va a mejorar. No gaste plata. Eso se ataca por todos los lados”.*

*(Observación participante 14-69:20)*

La aceptación de las enfermeras frente a cómo los indígenas Embera Chamí viven y manejan su proceso de salud enfermedad establece una de las formas más explícitas de materializar la competencia cultural. El encuentro con los indígenas proporciona una serie de información relevante para las enfermeras de salud pública, lo cual desarrolla conocimiento cultural a través de la identificación de los conceptos, formas e influencias del indígena para recuperar la salud. Dicho conocimiento, de manera intencional o inconsciente, les permite a las enfermeras tener una postura positiva frente a la filosofía de vida del indígena, logrando mayor habilidad en el cuidado culturalmente competente, al motivar la utilización de la alternativa tradicional y la occidental. De esta forma, se materializan cuatro de los cinco constructos de la teoría planteada por Campinha-Bacote (Transcultural C.A.R.E Associates, 2015): el encuentro cultural, el conocimiento cultural, la conciencia cultural y la habilidad cultural.

Pese a todo el proceso de aceptación y respeto de las enfermeras frente a las creencias, gustos y posibilidades de los Embera Chamí en el proceso de salud-enfermedad, existen situaciones del acto de cuidado en donde predominan los valores, las creencias y los conocimientos occidentales de las enfermeras, especialmente frente a peligros o factores de riesgo que vulneran la salud de los indígenas. Existen momentos en donde las enfermeras reaccionan haciendo lo que Leininger (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015) denomina una “reorientación de los cuidados culturales”, lo cual se considera conveniente desde su postura occidental y lleva a reportar la situación ante una persona o un ente superior. Por ejemplo, ante situaciones de descuido de los niños por parte de los padres se hace un reporte al ICBF, mientras que

las inasistencias a los controles son reportadas a la enfermera encargada de cada programa, quien busca las causas que, al identificar la no adherencia, incita a los indígenas a asistir al control recalcándoles que son los únicos responsables de las complicaciones que esto puedan generar.

*“Tuve el caso de un indígena, no quiso volver al tratamiento de hipertensos y lo veo consultando con el médico tradicional, y dice: «yo no los cambio, como ellos no hay». La que maneja aquí el programa de hipertensos, prácticamente toda la base de datos, es la enfermera María Gañán, entonces ya uno se lo pasa a ella y le dice: «vea, él no asistió». Por este motivo, quiso continuar con médico tradicional, con medicamentos tradicionales”.*

*(Enfermera. Faller Eusser 24-81:57)*

*“Ellos [los indígenas] se pegan más, como dije yo ahorita, que de la madre tierra y que todo, ¿cierto? Entonces como eso. Respetando que ellos, digamos ellos, no se quieren hacer un procedimiento, no se puede, que, si no se quieren hacer la citología, no podemos obligar a que se la haga, ¿cierto? Que como dije lo de la alimentación, ¿cierto? Que, si no quieren llevar el niño a control de crecimiento y desarrollo, tenemos varias indígenas que no quieren, que ellos dicen que no, que eso es una bobada, ¿cierto? Entonces hay que respetar. Pero eso sí... están reportados, o sea, es un seguimiento que ya no es parte de nosotros, sino que pasa a ser directamente de salud pública”.*

*(Enfermera. Faller Eusser, 28-81:22)*

Otro ejemplo de la reorientación hacia las posturas occidentales de las enfermeras se da con el tema de planificación familiar. Sin ser impuesto, las profesionales ejercen presión para que la indígena acceda al método indicado. Al encontrar que las parejas de las mujeres, mayoritariamente hombres indígenas, les prohíben la utilización (pues consideran que las mujeres son más propensas a la infidelidad por la tranquilidad de no quedar embarazadas), las enfermeras de salud pública proponen planificar a escondidas de la pareja, lo cual refleja un hecho de no profundizar en los

conocimientos culturales, a partir de la negociación en las acciones de salud, tal y como lo plantea Leininger (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015).

Esta subcategoría permite comprender el respeto y la estimulación de las enfermeras en relación con la trayectoria de cuidado del indígena Embera Chamí, que va desde el concepto de salud propio del grupo poblacional, hasta la materialización de buscar cuidados para dar solución a diferentes enfermedades de origen tradicional u occidental. La subcategoría también deja al descubierto los límites de las enfermeras frente a las modificaciones realizadas, pues ante la existencia de una situación particular que pueda poner en riesgo la salud de los Embera, las enfermeras adoptan una reorganización de los cuidados según sus conocimientos y valores occidentales sin negociar con el indígena, usualmente reportándolo a otros profesionales, instancias o instituciones con responsabilidad directa de la situación.

#### *3.3.1.2.2 Subcategoría 1.2.2: Adapto mi atención según el contexto y las características individuales del Embera, pero a veces desaprovecho sus potencialidades comunitarias*

Las enfermeras de salud pública son conscientes de que en la realización de sus cuidados se encuentran con dos tipos de indígenas: los de la zona urbana y los de la zona rural. Los primeros viven dentro o cerca de la cabecera municipal de Riosucio, en 37 barrios en donde prevalecen las características propias de los pueblos caldenses cafeteros en proceso de desarrollo. Cuentan con calles pavimentadas, limpias, dos parques principales en donde se centra la mayor parte del comercio y las ventas ambulantes, viven en construcciones coloniales y modernas, disfrutan de energía eléctrica, acceso a Internet, telefonía celular, acueducto, alcantarillado y algunas de las propiedades tienen gas domiciliario. En este sector se observan bancos, supermercados, venta de motos, almacenes (de ropa, de electrodomésticos, de aparatos tecnológicos, etc.), gimnasios, consultorios de medicina particular, farmacias, teatro, bares, discotecas, múltiples sitios de comida y variedades.

**Imagen 16:** Parque principal de Riosucio, Caldas, 2015



Fuente: Liliana Orozco (autora, foto 24-85:1)

En la zona urbana, los indígenas adquieren características relacionadas con el mundo occidental, la sociedad de consumo y la modernidad. Con base en esto, disponen de estilos de vida en los que la forma de vestir prioriza la estética, el consumo de alimentos se basa en lo encontrado en el comercio, las actividades diarias están asociadas al empleo y se observa una disminución en su identidad como indígenas.

**Imagen 17:** Indígena habitante de la cabecera municipal de Riosucio, Caldas, 2015



Fuente: Liliana Orozco (autora, foto 28:33)

Cuando las enfermeras de salud pública atienden a los indígenas de la zona urbana o de sus cercanías, asumen una postura de cuidado coherente con esta forma de vida. Así, plantean múltiples alternativas alimenticias gracias a las posibilidades económicas, de consecución y de conservación de los alimentos. Por lo tanto, generalmente las enfermeras recomiendan el uso de compotas, yogures, frutas y verduras obtenidas en el supermercado.

Otros cuidados para los indígenas de la zona urbana incluyen la buena utilización de los aparatos eléctricos y electrónicos como celulares, enchufes, cables, entre otros, con especial énfasis en los cuidados de los niños (como, por ejemplo, para que no se quemem con las estufas). Las enfermeras sugieren además la obtención de elementos que ayuden al bienestar de los indígenas, tales como bastones, cremas y ungüentos medicinales de venta libre, al igual que juguetes educativos que enseñen a los niños e incluso a los adultos. En este proceso de cuidado, se observa en las enfermeras una actitud serena frente a la demanda de otros programas y a la remisión con otros profesionales, pues se identifica que el indígena con facilidad continuará con el proceso..

*“La enfermera hace las recomendaciones como si la niña viviera en una casa en la ciudad: cuidado con enchufes, estufas, escalas, cuchillos etc.”*

*(Observación participante, 24-66:6)*

*“La enfermera dice que la orina salió bien, el pediatra determinará el proceso a continuar. Sugiere que si con el pediatra no da o no se mejora, vuelva a pedir una cita con ella, y después de salir con el pediatra, la busque para saber cómo le fue”.*

*(Observación participante 24-66:5)*

Los indígenas de la zona rural se encuentran situados en cuatro resguardos. El primero de ellos es el de Nuestra Señora Candelaria de la Montaña, el más extenso en territorio

con 66 mil hectáreas, limita con los departamentos de Antioquía y Risaralda, y cuenta con 5 puestos de salud y 5 instituciones educativas. El segundo es el de Cañamomo-Lomapieta, caracterizado por ser un territorio en donde prevalecen las montañas empinadas de clima templado, posee 4 puestos de salud y 4 instituciones educativas. El tercero es el de Escopetera-Pirza, que tiene comunidades indígenas compartidas con el municipio de Quinchía en Risaralda, posee un centro poblado (denominado corregimiento de Bonafón), tiene una estación de policía, un puesto de salud, y todo el resguardo cuenta con 3 instituciones educativas. Finalmente, el cuarto es el resguardo (también denominado corregimiento) de San Lorenzo, aquel que cuenta con el mayor número de habitantes y tiene un centro poblado a 12 km de la cabecera municipal de Riosucio. Este último resguardo cuenta con diferentes pisos térmicos y 21 comunidades indígenas allí asentadas, en las cuales prevalece el trabajo artesanal de las mujeres en cestería y artículos contruidos con caña, guasca de plátano e iraca.

**Imagen 18:** División geográfica de Resguardos del municipio de Riosucio, 2015



Fuente: Resguardo de Indígenas Nuestra Señora de la Candelaria (Resguardo de indígenas Nuestra Señora de la Candelaria, n.d.)

**Imagen 19:** Artesanías para la venta. Resguardo San Lorenzo. Riosucio, Caldas, 2015



Fuente: Liliana Orozco (autora, foto 24:26)

Todos los resguardos comparten una base filosófica con cuatro principios generales: la unidad, el territorio, la cultura y la autonomía, aunque en algunos resguardos hay creencias católicas más arraigadas que en otros. Pese a estas bases filosóficas, los procesos administrativos, legales y políticos se hacen de manera independiente. Por ejemplo, los tiempos y requisitos para ser gobernador, el himno, el credo y las sustancias utilizadas en los rituales son manejadas de manera independiente.

Así, la unidad administrativa de cada resguardo desarrolla sus frentes de acuerdo a las potencialidades actuales, generando un discurso político diferente. Por ejemplo, el resguardo de Cañamomo tiene una asociación de mineros, mientras que el resguardo de San Lorenzo cuenta con una asociación de médicos tradicionales. De cualquier forma, todas estas particularidades de cada resguardo no tienen influencia significativa en el cuidado que hacen las enfermeras en los controles.

*“Cada resguardo es como un mini país, cada uno tiene sus propios procesos, todos van enmarcados bajo el modelo del SISPI, pero cada resguardo trabaja de manera diferente. Ejemplo clásico, ASOMETROC, con sus médicos tradicionales del occidente de Caldas, pero San Lorenzo tiene sus propios médicos tradicionales. Yo he notado eso, Cañamomo o La Montaña no trabajan el rapeo, el rapeo es la soplada por la nariz, San Lorenzo sí. Eso es como la diferencia pues, que yo he notado”.*

*(Enfermera María Gañán, 13-71:75)*

Los centros poblados de los resguardos cuentan con calles pavimentadas, la mayoría de las casas son construidas en bloque con piso de cemento y los indígenas tienen mayor posibilidad económica y de acceso en comparación con los de zona rural. En particular, las casas de la zona rural se caracterizan por ser distantes entre sí, construidas en ladrillo o bareque, techo de zinc o barro, tienen energía eléctrica, cocinan con leña y en algunas zonas hay señal de celular. El comercio y la economía de la zona rural es precaria y los pocos que se benefician económicamente de estas actividades lo hacen a partir de la venta de algunos productos como la caña, el café, la venta de licores, abarrotos, helados y artículos para el aseo.

**Imagen 20:** Zona rural, resguardo de San Lorenzo, Riosucio, Caldas, 2015



Fuente: Liliana Orozco (autora, foto 24:56)

La cotidianidad de los indígenas de la zona rural está compuesta por las labores del sustento diario con un mínimo de ingresos económicos. Los hombres generalmente trabajan la agricultura y algunos la minería artesanal. Las mujeres, por su parte, se encargan del cuidado y de la crianza de los hijos además del cultivo y del mantenimiento de la huerta. En la zona rural, los indígenas se alimentan de la cosecha y de la crianza de animales como gallinas, cerdos y, en menor volumen, de patos para el consumo o venta esporádica. Los atuendos son sencillos, adaptados al espacio geográfico, a la temperatura y a la utilidad, por lo que su aspecto se asemeja al campesino cotidiano.

**Imagen 21:** Huerta indígena, Resguardo San Lorenzo, Riosucio, Caldas, 2015



Fuente: Liliana Orozco (autora, foto 24:84)

**Imagen 22:** Indígena de zona rural. Resguardo San Lorenzo, comunidad El Roble, 2015



Fuente: Liliana Orozco (autora, foto 28:36)

Cuando las enfermeras realizan los controles a los indígenas de la zona rural, priorizan la indagación sobre las particularidades de la vida diaria. En este sentido, examinan varios aspectos para la realización de los cuidados, tales como la topografía (lugar y clima) en donde se ubica la vivienda del indígena y su repercusión en la adquisición de alimentos, ya que en las zonas cálidas los cultivos son enfocados al café, la caña, la naranja y el mango, mientras que en las tierras frías existe mayor cultivo de mora, papa y cebolla.

Además de los cultivos de frutas y verduras, los indígenas, independientemente del clima donde vivan, crían animales como cerdos, gallinas, patos y, en menor frecuencia, cabras, con el fin de conseguir huevos, leche y proteína animal para el consumo familiar o para la venta, lo cual les proporciona una subsistencia alimentaria básica. Teniendo en cuenta lo anterior, las enfermeras de salud pública indagan sobre los alimentos a los que los indígenas tienen acceso al momento de realizar el control y, con base en esto, sugieren los cuidados específicos para la alimentación, lo cual se constituye en un elemento indispensable para puntualizar los cuidados factibles para el indígena.

*“Exprímale una mandarina a su vasito de agua, haga con las cascaritas de la piña una agüita, no las bote, cocínelas. «¡Ah!, te gusta la cidra, tienes que consumir» y es de monte y nos la regala... Yo les enseño dieta y les enseño receta”.*

*(Enfermera Susana Vargas, 24-70:64)*

La topografía también se relaciona con determinadas enfermedades y riesgos usualmente mencionados por los indígenas. Cuando las enfermeras descubren que el indígena vive en clima frío, los cuidados se enfocan a la protección con sacos, alimentos calientes, cuidados con la ropa, entre otros. Por otra parte, cuando los indígenas viven en clima cálido, los cuidados están dirigidos a la hidratación, los cuidados del sol y las acciones de protección frente a la transmisión de enfermedades por vectores.

*“Cuando esté haciendo mucho sol, sombrilla. Cuando esté haciendo mucho calor, te toca refrescarte y parar en alguna casa, y esperar que baje el sol. No te pongas al sol. Porque cuando está haciendo mucho calor, tus vasitos sanguíneos se empiezan a aumentar de tamaño, entonces duele la cabeza. Mucho ojo, no te me insoles, no te me asolees y carga la botellita de agua”.*

*(Enfermera. Susana Vargas 24-76:30)*

La valoración física, las remisiones y la demanda inducida también se ven modificadas por las enfermeras de salud pública cuando cuidan a los indígenas de la zona rural. En otras palabras, a mayor distancia de la vivienda con la cabecera municipal, mayor será la profundidad del examen físico y habrá una mayor intención de que el indígena o su acompañante asistan lo más pronto posible a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se ofrecen en la institución, pues las enfermeras identifican las limitaciones geográficas y económicas de los indígenas para acceder o continuar con las atenciones en salud.

*“Con la gente del campo yo no solamente voy a mirarle la hipertensión, a todas las mujeres cuando llegan a hipertensión, yo les hago examen de mama. He encontrado más de una cosa. Y lo otro muy importante, y en eso sí son muy descuidados, yo les*

*miro los dientes y miro si es caja o cuándo fue la última vez con higiene oral, y siempre lo bueno es que tengo espacio en higiene oral u odontología”.*

*(Enfermera María Gañán, 24-83:23)*

El espacio físico de los consultorios también influye en el cuidado de enfermería. Los consultorios de la zona urbana, al ser permanentes, se encuentran equipados con pesa, tallímetro, escritorio, sillas, camilla, computador, baño, espacio para jugar y espacio para valoración, además de contar con una decoración moderna y llamativa, especialmente para los niños de los controles de crecimiento y desarrollo. No obstante, en la zona rural, los consultorios son improvisados de acuerdo al lugar que facilite la comunidad. Las enfermeras adecúan un espacio para juego y valoración y en algunas partes acomodan una mesa, pesas y tallímetro (o usan los implementos de los médicos). Esta situación hace que las enfermeras durante la consulta tengan mayor acercamiento físico con el indígena y, de manera inconsciente, tenga posiciones menos jerárquicas comparadas con el acto de cuidado en la zona urbana.

**Imagen 23:** Control de crecimiento y desarrollo en consultorio de zona urbana. Riosucio, Caldas, 2015



Fuente: Liliana Orozco (autora, foto 24:32)

**Imagen 24:** Control de crecimiento y desarrollo en zona rural de Riosucio, Caldas, Resguardo San Lorenzo, comunidad El Roble, 2015



Fuente: Liliana Orozco (autora, foto 24:38)

El cuidado de enfermería en la cabecera municipal está permeada por una tensa calma en relación con el tiempo establecido por el indígena para la consulta. Al estar sumergidos en el mundo occidental, los indígenas disponen de un tiempo limitado ya que deben regresar al trabajo, a hacer otras actividades o se ven limitados por el poco transporte existente para regresar a sus hogares.

*“La mamá entra preocupada al control diciendo: «mire la hora, me va a dejar el transporte hasta la comunidad». La enfermera le dice: «tranquilícese, le voy hacer bien rápido el control»”.*

*(Observación participante, 24-80:15)*

Por el contrario, el cuidado ofrecido en la zona rural se encuentra enmarcada por un aire de tranquilidad. Los indígenas organizan su día para asistir a la consulta y, al parecer, es un evento de importancia para ellos por el atuendo con que asisten. La cercanía con sus lugares de vivienda les permite estar más relajados y tener paciencia para la espera.

**Imagen 25:** Sala de espera, zona rural del resguardo de San Lorenzo, comunidad El Roble, Riosucio, Caldas, 2015



Fuente: Liliana Orozco (autora, foto 28:92)

Para las enfermeras de salud pública, el factor religioso de los indígenas es una herramienta de utilización en el cuidado. Al respecto, los indígenas demuestran y manifiestan una creencia en Dios sobre todas las cosas, al punto de que la comunicación cotidiana con ellos está colmada con palabras alusivas a Él: “Dios por encima de todas las cosas”, “primeramente Dios”, “gracias a Dios”, “primero poner mucha fe en Dios”, “con la ayuda de Dios”, etc. En la cabecera municipal, y en los centros poblados de los resguardos, se observan varios sitios de diferentes religiones en donde se congregan para hacer el culto respectivo, siendo la religión católica la predominante.

En la cabecera municipal, por su parte, se observan tres iglesias católicas, dos de ellas ubicadas en los parques principales. Todos los centros poblados de los resguardos cuentan con iglesia y sacerdote de tiempo completo y algunas comunidades tienen iglesias en donde los sacerdotes manejan un cronograma para realizar las misas, generalmente una vez a la semana. Cada templo tiene sus fiestas patronales y programas religiosos, en los cuales algunos indígenas participan de manera activa. Las enfermeras de salud pública tienen conocimiento de esta dinámica y con frecuencia lo

utilizan dentro del cuidado ofrecido, ya que observan o preguntan al indígena sobre su afinidad religiosa para posteriormente sugerirles oraciones, plegarias, encomiendas a una virgen o santo en particular, o visitas específicas a líderes religiosos en caso de necesitar ayuda en su proceso de salud-enfermedad.

*“Si tú te vienes aquí a hablar con el padre Mauricio, él de pronto te jala las orejas, pero con el padre San Lorenzo no, él sabe dónde está parado, entonces le dices: «padre, necesito aconseje al niño, se está soñando con esto y esto» y le contamos... «Tú vas a misa con él, lo llevas, terminada la misa, le dices al sacristán que te deje hablar un momentico con el padre»”.*

*(Enfermera Susana Vargas 24-11:28)*

En otro sentido, el factor educativo también emerge como un elemento indispensable para los indígenas Embera Chamí y se relaciona con las enfermeras cuando ellas los motivan o felicitan para que se mantengan y disfruten de las bondades del sistema etnoeducativo. Así, las enfermeras les recuerdan que el servicio es gratuito y que a través de él pueden recibir alimentación, subsidios o ayudas en útiles escolares, al igual que conocimiento para el mantenimiento de las tradiciones ancestrales, tales como la enseñanza de la cestería, algunas palabras en Embera, tradiciones frente a la medicina tradicional, el cultivo de la huerta y la potencialización de la calidad de vida desde la otra visión, la occidental.

De este modo, el contexto y las políticas nacionales permiten que, en la actualidad, la mayoría de indígenas puedan cumplir con el ciclo educativo hasta el nivel medio. Sin embargo, algunos se retiran de este proceso por razones personales o económicas. Las enfermeras, conociendo y entendiendo esta situación, aprovechan el momento de cuidado para ofrecer mensajes motivacionales, cuyos objetivos tienen que ver con que el indígena se mantenga, culmine y se beneficie del sistema etnoeducativo.

*“La enfermera se interesa por saber el niño en qué grado está y cómo le va en el colegio, hace comentarios graciosos (agradables) de si iza bandera o si gana todas las materias. La madre responde que las gana todas. El enfermero lo felicita. Luego se dirige al niño y le pregunta si tiene amigos en el colegio”.*

*(Observación participante, 24-65:6)*

Además de las generalidades religiosas y educativas de los indígenas, base para el cuidado de las enfermeras de salud pública, las profesionales también tienen en cuenta la edad, las costumbres individuales, las alteraciones fisiopatológicas y los gustos del indígena. Las enfermeras de salud pública, conocedoras de esta información, moldean su actuar y hacen énfasis en los cuidados que el indígena o su familiar pueden asumir, pero no verbalizan ninguna acción que consideren que el indígena no pueda cumplir.

*“Entonces uno les dice: «comer las frutas, la verdura», pero más con niños y no con los hipertensos, ¿cierto? El adulto, ellos están acostumbrados a la alimentación siempre con el plátano, la papa, la yuca ¿cierto? Entonces tenemos un hipertenso con sobrepeso u obesidad, uno le va a decir: «si se va a comer la yuca no se coma la papa», ¿cierto? Entonces uno les ve la cara y dicen: «¡no!» ja, ja, ja. Ellos vienen con su costumbre de hace muchos años y uno de la noche a la mañana no va, ¿cierto?, no va a conseguir que ellos, entonces no. Uno al otro control, al mes ve, antes ha subido de peso y no ha bajado, entonces dice: «¡nooo!... no está...»”.*

*(Enfermera Faller Eusse 24 81:54)*

**Imagen 26:** Control de crecimiento y desarrollo, hipertensión arterial y planificación familiar. Zona rural de comunidad El Roble, resguardo San Lorenzo, Riosucio, Caldas, 2015



Fuente: Liliana Orozco (autora, fotos 28:37, 162, 163)

Por momentos, los controles de crecimiento y desarrollo se mimetizan en juegos y actividades lúdicas que las enfermeras hacen con el niño para valorar el crecimiento y desarrollo, logrando risas y disfrute de todos los presentes. Adicional a ello, las entrevistas son la clave para encontrar otros aspectos de discomfort del indígena, ya que con frecuencia ellos se disponen y son las enfermeras quienes detectan y buscan

ayudar frente a estas situaciones personales dolorosas a partir de estimularlos a hablar del tema, a escucharlos y en ocasiones brindando abrazos y palabras de aliento.

*“Generalmente, si yo veo el chance, y veo que vienen con un problema o un antecedente de salud mental, más de una han llorado en mi consulta, yo les digo: «señora, ¿usted quiere que le dé un abrazo?». Siempre me agachan la cabeza, nunca me dicen sí, pero venga para acá. Lloran un ratico y salen [saca pecho]... Pero sí, he notado vienen un poquito más... tristes las mujeres”.*

*(Enfermera María Gañán, 24-83:46)*

Para las enfermeras de salud pública de este estudio, aspectos como la religión, el factor educativo, la edad, la situación de salud, las preferencias, gustos y, de manera significativa, el contexto rural o urbano del indígena, son considerados elementos fundamentales y base para realizar un cuidado culturalmente competente. Dicha situación es coherente y da respuesta efectiva a los supuestos de competencia cultural planteados por diferentes teóricos quienes los denominan como variaciones intraculturales (Purnell, 2002, 2005), variaciones intraétnicas (Campinha-Bacote, 2002; Transcultural C.A.R.E Associates, 2015), subculturas (Leininger & McFarland, 2002; McFarland & Wehbe-Alamah, 2015) o diversidad cultural (Schim & Doorenbos, 2010; Schim et al., 2005).

Tanto Campinha-Bacote como Leininger, McFarland, Wehbe Alamah, Schim, Doorenbos y Borse (expertos en el tema de competencia cultural citados en el párrafo anterior), coinciden en afirmar que las diferencias de raza, etnia u origen no son las únicas características para tener en cuenta para realizar un cuidado culturalmente competente. Por el contrario, las características particulares, únicas y específicas de los indígenas, y que son atendidas por las enfermeras, comprenden el elemento fundamental de la competencia cultural. Así, se demuestra cómo un cuidado culturalmente competente requiere identificar no solamente las generalidades culturales, contextuales y de creencias de las personas atendidas, sino que también debe hacer énfasis en realizar un cuidado de enfermería basado en las

individualidades, la situación actual y el sentir de la persona al momento del encuentro de cuidado

En la presente investigación emergió con claridad cómo las características comunitarias predominantes de los indígenas como la lucha, el trabajo comunitario y la actitud de servicio son elementos percibidos, conocidos y entendidos por las enfermeras, pero no son empleados a cabalidad como un recurso para la realización de los cuidados. Sobre el primer elemento, la lucha<sup>9</sup>, las enfermeras la identifican como una característica histórica de los Embera permanente en la conciencia y el sentir, especialmente de los líderes. Por ello, las enfermeras de salud pública admiran esta situación a nivel personal y la utilizan como herramienta para el cumplimiento de los objetivos planteados en los controles. Sin embargo, esta es una situación que se da sin que ellas se percaten necesariamente de hacerlo.

*“[Pregunta la investigadora: «Enfermera Liliana: cómo son esas posesiones, esas ceremonias»] ...No, pues la posesión de un alcalde, «bienvenidos, saludamos a toda la población indígena, aquí por la lucha, la defensa de nuestro pueblo», y ya hasta me aprendí, uno se va aprendiendo hasta los himnos...”*

*(Enfermera, María Gañán, 24-69:49)*

Para los indígenas, la importancia de mantenerse como grupo acoplado y sólido ha cobrado importancia a través de los años. La unidad y el trabajo en equipo les han permitido mantener algunas de sus tradiciones —como los médicos tradicionales y parteras— y han logrado beneficios bajo la figura de asociaciones, impulsada por el Gobierno Nacional. En este sentido, reconocen tener avances cuando conjugan las potencialidades de todos e identifican la unidad como un instrumento para obtener beneficios o conseguir lo deseado.

---

<sup>9</sup> Término empleado para determinar las formas de consecución y protección de sus derechos.

*"La gente empezó a entender la importancia de comunicarnos, no podíamos seguir chocando los conocimientos y tratamientos del hospital, y los conocimientos y tratamientos de nuestros sabedores".*

*(Líder indígena Embera, 13-8:7)*

Siguiendo con el espíritu de unión de los indígenas, las disposiciones que afectan a la comunidad son tomadas en consulta previa y, con frecuencia, hacen reuniones informativas y decisorias. Con facilidad, los Embera Chamí reconocen sus debilidades comunitarias y prontamente buscan asociarse para potencializarse con otras personas o elementos. El ejemplo más significativo es la unión de la medicina tradicional con la medicina occidental, tras identificar la necesidad de utilizar ambos conocimientos.

*"Cualquier cosa en salud que se vaya a hacer, debe pasar por ahí, en cumplimiento de la consulta previa. Eso ha estado históricamente, pero lo retomamos hace siete u ocho años, y ya hoy todo es consulta previa... ¿cierto?"*

*(Líder Indígena Embera, 13-8:59)*

Generalmente, las acciones comunitarias son lideradas por un gobernador de cabildo quien influye de manera directa en asuntos familiares y principalmente en el bienestar de la comunidad. En conjunto con su equipo de trabajo, él tiene la potestad para sancionar y el recurso económico para ayudar a cualquier indígena con alimentos, transporte, necesidades básicas u otros asuntos como funerales o imprevistos. Aunque las enfermeras son conscientes de la importancia del gobernador y se esfuerzan por tener una relación cordial con estos líderes, no se apoyan directamente en ellos para aumentar sus objetivos de cuidado.

*“En mi condición de gobernador, me reportan un caso, un ejemplo, no están bañando los niños, o sea no tiene prácticas de higiene con los niños, somos Embera, pero no por ser Embera somos desaseados. Ni riesgos. Entonces, yo como autoridad, como mi estructura, pero no la estructura personal, sino de la comunidad de gobierno propio, con su área de justicia, puedo ir a intervenir esa situación y sancionar a esa mamá y ese papá, o sea, nosotros tenemos que ver e intervenir en la salud”.*

*(Líder indígena Embera 24-82:47)*

La actitud de servicio también es una característica prevalente en los indígenas Embera Chamí. Al respecto, algunos de ellos realizan labores comunitarias, muchas de ellas remuneradas. Cuando un indígena recibe un beneficio particular por pertenecer a la organización, como lo es el ingreso a la universidad, se espera que devuelva esos beneficios desempeñando su profesión en algún cargo, por lo general solventado y no obligatorio.

*“El trabajo comunitario lo deben hacer todos los indígenas; sin embargo, no es obligatorio, pero sí da beneficios para entrar a la universidad”.*

*(Embera 24-8:81)*

Otra situación que resalta la característica de servicio de los Embera es el mantenimiento de la medicina tradicional y la partería, dos de los elementos más representativos de su cultura. Adicionalmente, en actos no explícitos ni considerados acciones oficiales, los comuneros, como bien se conocen a los indígenas habituales, se ayudan entre ellos en acciones sencillas, reconociendo las posibilidades y capacidades, mejorando su calidad de vida y enfrentando situaciones que afectan a la comunidad.

En resumidas cuentas, frente a la noción comunitaria característica de los indígenas, se observó que las enfermeras desempeñan cuidados circunscritos al individuo y

buscan conocerlo en detalle, pero no alcanzan a interactuar con todos los elementos propios de los indígenas desde el punto de vista de lo colectivo. El aprovechamiento de estas características, en consecuencia, podría potenciar las acciones de autocuidado si las estrategias están encaminadas también hacia los procesos comunitarios.

*“La enfermera pudo aprovechar la mentalidad de colaboración del indígena para buscar soluciones a la dificultad de distancia y acceso, por ejemplo, identificar a alguien de la comunidad para ayudar al traslado y la paciente se pueda tomar la tensión arterial”.*

*(Observación participante, 28-11:34)*

*“Casi todas las recomendaciones de la enfermera en el control de crecimiento y desarrollo están enfocadas a la crianza para unas buenas relaciones interpersonales y familiares, sin tener en cuenta las recomendaciones para mejorar o reforzar los aspectos de unión comunitarios observado en los indígenas”.*

*(Observación participante 28- 14:10)*

El análisis e interpretación de esta subcategoría permite identificar una interrupción entre el conocer y el actuar en los cuidados culturalmente competentes realizados por las enfermeras de salud pública. Si bien los estudios cualitativos no expresan este tipo de disyuntiva, la situación puede verse en algunos resultados de estudios cuantitativos como el de Starr y Wallace (Starr & Wallace, 2009), quienes evaluaron la competencia cultural de un grupo de enfermeras de salud pública del sudeste de Estados Unidos e identificaron que en la mayoría de participantes las puntuaciones más altas se encontraron en conciencia y sensibilidad cultural, por encima de los comportamientos culturalmente competentes (Starr & Wallace, 2009).

Las diferencias existentes entre el conocer y el actuar en los cuidados culturalmente competentes representan un vacío de conocimiento en los resultados investigativos de la temática presentada, pues existen afirmaciones sobre la falta de investigación para determinar si el conocimiento de los profesionales, en relación con la cultura del

paciente (particularmente de minorías étnicas), se traduce en la materialización de una mejor práctica (Renzaho, Romios, Crock, & Sonderlund, 2013).

Por su parte, los resultados también permiten observar las diferencias de pensamiento cultural existentes entre las enfermeras y los indígenas Embera Chamí. Esto, de manera inconsciente, impide a las profesionales descubrir, comprender y utilizar otro tipo de dinámica para guiar los cuidados ofrecidos. Las enfermeras de salud pública desarrollan su cuidado desde un pensamiento individual propio de la cultura occidental, en muchos casos sin tener en cuenta el pensamiento colectivo característico de las comunidades indígenas. Dicha situación no ha sido referenciada en los resultados investigativos realizados con antelación, por lo que la formación en competencia cultural para el cuidado de minorías étnicas, principalmente para comunidades indígenas, debe considerar y plantear un cambio de paradigma desde una consideración contextual y colectiva propia de estas comunidades.

En síntesis, la competencia cultural de las enfermeras de salud pública se relaciona, en primer lugar, con las adaptaciones a las generalidades que caracterizan a la cultura Embera Chamí y, en segundo lugar, con sus particularidades. Sobre las primeras, las enfermeras contemplan las diferencias entre la zona rural o urbana, la religión y la educación como elemento de importancia para los indígenas receptores de un cuidados culturalmente competente. En relación con las singularidades de los indígenas, las enfermeras de salud pública tienen en cuenta la edad, el sexo, los gustos, las situaciones de salud, entre otros. Pese a las múltiples adaptaciones realizadas por las enfermeras, se observa una ruptura entre algunos conocimientos y acciones culturalmente competentes como resultado de las diferencias entre los paradigmas de pensamiento (individual vs. colectivo, por ejemplo), razón que impide que las enfermeras, de manera inconsciente, aprovechen algunas potencialidades en salud propias de la ideología colectiva de las comunidades indígenas.

### *3.3.1.3 Categoría 1.3: Atiendo a los Embera siendo empática y con conocimientos*

Esta categoría, compuesta por dos subcategorías, muestra los componentes relacionados con asuntos de empatía y conocimientos académicos de las enfermeras de salud pública observados en el cuidado culturalmente competente. El primero de ellos, la empatía, se representa cuando las enfermeras entienden la posición, situación y sentimientos presentes en los indígenas y, con base en esto, se expresan de diferentes formas sus acciones de cuidado.

El segundo componente, los conocimientos, se relacionan con las formas sistemáticas referidas en la literatura como protocolos y actividades de cuidado, que, para este caso, se amalgaman con las políticas existentes, de modo que se puedan ofrecer unas pautas generales que se convierten en la carta de navegación para desarrollar el cuidado de enfermería. Tanto la forma de cuidado relacionada con la personalidad, como los conocimientos de las enfermeras adquiridos a través de los procesos educativos se han establecido en las profesionales de salud pública a través de un proceso derivado de su vida personal y profesional.

#### *3.3.1.3.1 Subcategoría 1.3.1: Atiendo a los Embera siguiendo las normas y conocimientos profesionales*

Las enfermeras de salud pública cumplen a cabalidad con el mandato establecido en las políticas de atención en salud decretadas por el Ministerio de la Protección Social, el cual reconoce a este profesional como un ejecutor de los programas de protección específica, dentro de los cuales se incluyen la vacunación, la prevención bucal, la atención del parto, el recién nacido y la atención en planificación familiar para hombres y mujeres (Ministerio de Salud, 2000). Adicionalmente, las enfermeras se encargan

también de las acciones en niños, jóvenes y adultos en relación con la detección temprana de alteraciones de crecimiento, desarrollo y agudeza visual, establecidas de obligatorio cumplimiento en el acuerdo 117 de 1998 (Ministerio de Salud, 1998) y en la resolución 412 del año 2000 (Ministerio de Salud, 2000). Dichos programas cuentan con unas guías para la atención integral con calidad, las cuales son reconocidas por las enfermeras como el documento base y norte académico para la ejecución de los cuidados.

Como influencia y mandato de las políticas nacionales, las enfermeras de salud pública también remiten al indígena Embera Chamí a otros profesionales de la salud, con el objetivo de realizar una demanda inducida de acuerdo a la edad del indígena. Así, en el caso de los controles de crecimiento y desarrollo, se indican las vacunas, la asistencia a odontología y se estimula el acceso a programas de apoyo nutricional. Igualmente, en los controles de hipertensión arterial y planificación familiar en mujeres, se favorece la visita al odontólogo, la realización de citologías, el autoexamen de mama y la realización de mamografía de acuerdo a la edad.

*“En el control de crecimiento y desarrollo, la enfermera le pregunta a la mamá de la niña si está planificando, la madre dice que no, le pregunta si quiere embarazarse y ella dice no, entonces la enfermera la remite al programa de planificación familiar”.*

*(Observación participante 24-67:3)*

Las enfermeras de salud pública tienen como punto de referencia para realizar sus cuidados las guías mencionadas y unas bases académicas de orden sistemático aprendidas en la universidad. Dicha información está basada en la literatura existente, usualmente impartida y profundizada por grupos étnicos junto con sus respectivas enfermedades y los niveles de atención en salud en donde pueden ofrecerse estos cuidados.

Los conocimientos sistemáticos de enfermería hacen que el acto de cuidado se inicie con la anamnesis relacionada al motivo de consulta, a una patología desarrollada, o a

los factores de riesgo de alguna situación o enfermedad específica. La entrevista puede realizarse solo en el aspecto físico o de manera holística en donde se contemplen aspectos familiares, de convivencia, económicos, de creencias, de religión, de necesidades, de estilos de vida o de preferencias del indígena Embera Chamí.

En el caso específico de los controles de crecimiento y desarrollo, que en la IPS se denominan “despertar de la semilla”, las enfermeras de salud pública utilizan la escala abreviada del desarrollo, lo cual les permite identificar en cada niño el nivel de desarrollo adecuado dependiendo de la edad. Así mismo, se utilizan las curvas de crecimiento para determinar la evolución en talla y peso, para de esta manera establecer la situación nutricional y ofrecer los cuidados de enfermería con base en ello.

**Imagen 27:** Formato para realizar controles de crecimiento y desarrollo IPS indígena

Fuente: Liliana Orozco (autora)

Posterior a la anamnesis, las enfermeras de salud pública hacen una valoración física al indígena y dependiendo de lo hallado en la entrevista y en la exploración, expresan lo encontrado y enfocan sus cuidados usando la educación como herramienta base para mejorar los estilos de vida y el autocuidado relacionado con la alimentación, cuidados en el hogar, manejo no farmacológico de la enfermedad o la prevención de algún tipo de riesgo. Del mismo modo, las profesionales enrutan los cuidados ya sea para la prescripción o duplicación de algunos medicamentos, o si es necesaria la remisión a otro profesional de la salud o médico tradicional.

*“La enfermera hace la fórmula. Pregunta cuántas pastas de acetaminofén se toma en el día, la nieta dice que una. Formular 90, solicita la fórmula anterior...”*

*(Observación participante, 13-76:5)*

Esta subcategoría muestra la influencia que tiene para las enfermeras de salud pública la legislación nacional y los procesos académicos aprendidos en la universidad para la realización de acciones de cuidado al ser los parámetros básicos en la atención de enfermería, específicamente en los controles de crecimiento y desarrollo, hipertensión arterial y planificación familiar.

Por su parte, los aspectos políticos han sido referenciados ampliamente en la literatura. Teóricamente, Leininger y McFarland (Leininger & McFarland, 2002) explicitan en su modelo del sol naciente cómo estos se consideran un factor de influencia en la forma en la que las personas entienden y expresan sus cuidados de salud sin tener en cuenta la influencia sobre el profesional que brinda el cuidado. En este sentido, Papadopoulos ha comprendido la influencia de las políticas en la realización de cuidados culturalmente competentes, la cual, desde esta perspectiva, justifica la creación de una teoría que ayude al mejoramiento de las políticas cuidado en salud desde un enfoque culturalmente competente que busque la disminución de las diferencias en la atención (Papadopoulos & Lees, 2002).

Países como Estados Unidos y España, en donde se han creado varios elementos teóricos, metodológicos e investigativos de competencia cultural, también han desarrollado a través de organizaciones o expertos unos lineamientos políticos que favorecen la realización de un cuidado basado en la competencia cultural de las personas (Giger et al., 2007; Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración de España, 2011). Esta situación ayuda a favorecer la disminución de las diferencias en la atención en salud, mayor adherencia a los tratamientos y gran satisfacción por la atención recibida.

En el ámbito nacional, Colombia se encuentra emprendiendo un nuevo modelo de atención en salud con sus respectivas políticas y rutas, en las cuales la interculturalidad es elegida como la estrategia básica para el desarrollo y se muestra como un principio elemental de la atención primaria en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Dicho modelo basado en la interculturalidad permite vislumbrar un primer paso que, desde las políticas nacionales, influya de manera directa el cuidado culturalmente competente en las enfermeras de salud pública.

Los aspectos relacionados con los conocimientos profesionales de las enfermeras de salud pública, que para esta investigación constituyen un elemento base para el cuidado culturalmente competente, no se encuentran relacionados en la literatura existente. Ni los teóricos ni los resultados investigativos de competencia cultural vislumbran los conocimientos académicos como un elemento de importancia para la materialización de dicho enfoque de cuidado.

Los resultados de la presente subcategoría permiten comprender que las enfermeras de salud pública requieren unas bases académicas, teóricas y políticas adquiridas con antelación. En otras palabras, el proceso culturalmente competente no se genera al momento de iniciar los cuidados o encuentros con determinado grupo poblacional, sino que inicia con la comprensión y el manejo de los conocimientos de su profesión y de

las políticas que respaldan su quehacer, en conjunción con los elementos propios de la cultura a la cual atiende. Así, se determina la importancia de que las políticas nacionales sean explícitas y reiterativas en un cuidado en salud desde el cual se respeten y se promuevan las creencias, valores y costumbres de la persona atendida, aspectos que deben ser analizados y comprendidos en los procesos de vida universitaria.

### *3.3.1.3.2 Subcategoría 1.3.2: Atiendo a los Embera siendo empática*

La empatía, entendida como el proceso de entender, respetar y verificar el significado de las observaciones del paciente (Kunyk & Olson, 2001; Olson & Hanchett, 1997), emerge como un elemento de las enfermeras de salud pública relacionado con el respeto por las creencias, estilos de vida, gustos y necesidades de los indígenas Embera Chamí, aspectos que inciden de manera directa en la forma de realizar el cuidado culturalmente competente. De manera implícita, las enfermeras de salud pública identifican varios aspectos de importancia para el indígena y posteriormente se ocupan de entenderlos, identificarlos y utilizarlos al momento de cuidado. Así, acciones como conocer la organización política, respetar las creencias sobre enfermedades propias, identificar la situación económica o reconocer las dificultades de acceso geográfico, permiten a las profesionales ofrecer los cuidados de enfermería y que, así mismo, se genere una relación empática, humanizada y de acercamiento coherente con los indígenas y su contexto.

*“Uno va aprendiendo a lo largo del tiempo y, si a uno le gusta, se va metiendo y va averiguando, lo de enfermedades propias y todo. Me he sentado con las parteras y los médicos tradicionales y mucho documento. Cuando yo llegué me dijeron, aquí se manejaba la parte indígena, entonces le toca a uno leer mucho, leer y más o menos pues he leído y he aprendido de la enfermedad propia, voy entendiendo a los indígenas y su situación”.*

*(Enfermera Faller Eusser 28-81:24)*

De manera explícita, las enfermeras ven la necesidad de tener un acercamiento de tipo emocional con el indígena. Este vínculo le permite tener una relación íntima, haciendo que el indígena proporcione mayor información cuando se le solicita, aumente la receptividad hacia los cuidados ofrecidos, sea más paciente y mejore la actitud frente a las indicaciones que debe cumplir de manera independiente.

*"Y yo sé y eso siempre lo he sabido y eso lo aprendí desde enfermería también. Hay que crear una empatía, si no hay empatía llore. Llórelo [indica el incumplimiento de los objetivos], y si no hay empatía, usted no va a descubrir todo".*

*(Enfermera María Gañán 24-69:10)*

Las enfermeras de salud pública también se percatan de que el indígena Embera Chamí reconoce la importancia de sentirse bien atendido. Es decir, el cuidado debe hacerse de manera respetuosa, con normas de urbanidad, saludando amablemente, usando un tono de voz intermedio, haciendo contacto visual y contacto físico de forma respetuosa y utilizando palabras moderadas. Adicionalmente, el cuidado debe realizarse de manera pausada y aprovechando los cuarenta minutos que se tiene para cada control, y así escuchar las necesidades de los indígenas en pro de prestar un cuidado de calidad.

*"Acá a la gente [los indígenas] le encanta que la traten bien, por eso usted me ve, soy así. Toda «ña, ña, ña», es decir, los toco y soy amable..."*

*(Observación participante, 28-31:4)*

A medida que las enfermeras se relacionan profesionalmente con el indígena, se va exteriorizando la virtud de conocer, entender y respetar la situación de la comunidad cuidada. En consecuencia, se va dejando una impronta cuando al momento del

encuentro se moldean los cuidados para mantener o mejorar la salud de los indígenas.

Por lo anterior, el nivel de empatía de cada profesional influye en la forma en la que las enfermeras de salud pública realizan los controles de crecimiento y desarrollo, hipertensión arterial y planificación familiar. Así, estas acciones son ejecutadas por cada enfermera de manera diferente, ya que cada una tiene su propio estilo y hace énfasis según su criterio en lo más importante al momento de la consulta, de acuerdo a la relación generada con cada indígena que atiende.

Desde inicios del presente siglo, Papadopoulos (Papadopoulos & Lees, 2002) mencionó la empatía como un elemento que justifica la sensibilidad cultural dentro de los postulados de su teoría. En la actualidad, la misma autora centra sus estudios en la compasión y en la competencia cultural (Papadopoulos et al., 2015; Papadopoulos, Zorba, et al., 2016; Papadopoulos, Shea, et al., 2016), concluyendo que esta última se encuentra íntimamente relacionada con la empatía dentro del acto de cuidado (Papadopoulos & Ali, 2015).

**Imagen 28:** Control de hipertensión arterial en comunidad El Roble, San Lorenzo, Riosucio, Caldas, 2015



Fuente: Liliana Orozco (autora, foto 28:163)

**Imagen 29:** Control hipertensión arterial. Riosucio, Caldas, 2015



Fuente: Liliana Orozco (autora, foto 28:43)

En un estudio realizado por Costa dos Reis (Costa dos Reis & Mendes Costa, 2014), cuyo objetivo fue estudiar el significado de la competencia cultural de las enfermeras

en el cuidado a inmigrantes, se determinó que en el proceso de conciencia cultural se valoraba la capacidad para generar empatía y a menudo las enfermeras trataban de ponerse en los zapatos de la persona atendida. Ello permitió sostener la relación de la empatía a partir de algunos constructos teóricos existentes en la competencia cultural.

Las situaciones empáticas expresadas en esta subcategoría se derivaron de los datos empíricos provenientes de las enfermeras, las observaciones participantes y análisis de la investigadora a las profesionales. En algunas investigaciones de competencia cultural, se determinaron elementos relacionados con la empatía, cuyos resultados emergen generalmente desde el receptor de cuidado (Ngo-Metzger et al., 2006; Paez, Allen, Beach, Carson, & Cooper, 2009; Vogler et al., 2010). Estos resultados fueron encontrados y serán discutidos en la subcategoría *Como enfermera creo lazos de afecto con el Embera en diversos escenarios* (véase sección 3.2.2.1.2).

Desde la visión del profesional, el estudio de Paez y colaboradores (Paez et al., 2009) demuestra que aspectos actitudinales, tales como demostrar motivación para aprender de otras culturas, mostrarse como una persona abierta que presta ayuda y comparte información con el paciente, y relacionarse de manera directa con la satisfacción de los usuarios, dejan en evidencia cómo el profesional participa en los aspectos de importancia para el paciente y con ello genera empatía al momento de la atención.

Para este estudio en particular, la empatía emerge como un elemento utilizado por las enfermeras en el cuidado culturalmente competente. Dicho concepto se materializa, dentro de la práctica, en dos aspectos: por un lado, en el entendimiento de situaciones, creencias, posibilidades y gustos del indígena, bases para la realización del acto de cuidado; y, por otro lado, en el acercamiento de tipo emocional por parte de las enfermeras en busca de mayor receptividad del indígena. Ambas situaciones generan una impronta específica en cada profesional, lo que produce que actúen de manera diferente con cada indígena y en cada situación de cuidado.

#### *3.3.1.4 Categoría 1.4: Atiendo dispuesta a la escucha y adapto mi lenguaje, aunque pienso que llenar tantos formatos interfiere en la comunicación con el Embera*

Esa categoría está compuesta por dos subcategorías, en las cuales se presentan los aspectos comunicativos verbales y no verbales expresados por las enfermeras de salud pública en sus roles de emisoras y receptoras del mensaje en los controles de crecimiento y desarrollo, hipertensión arterial y planificación familiar. Dichos aspectos emergen como un elemento fundamental y de relevancia en el cuidado culturalmente competente.

La materialización de esta categoría presenta elementos comunes con la categoría 1.3: *Atiendo a los Embera siendo empática y con conocimiento*, al ser condiciones que caracterizan la forma de cuidado y que están relacionadas exclusivamente con las profesionales. Sin embargo, en la presente sección se busca explicitarlas de manera independiente al considerar su importancia, impacto e influencia específica en el cuidado culturalmente competente.

La presente categoría es de fácil observación, tanto para las profesionales colaboradoras como para la investigadora, por lo cual, se identifica como una modificación consciente de las enfermeras para brindar y recibir información de manera clara, comprensible y cómoda para el indígena Embera Chamí. En este sentido, en el ámbito verbal las modificaciones consisten en utilizar palabras sencillas y cotidianas para el indígena durante todo el proceso comunicativo, para adaptarse así a un lenguaje básico, corto y característico de dicha población. En el ámbito no verbal, por su parte, se busca realizar acciones corporales conscientes y sin esfuerzo al momento del cuidado, específicamente en el saludo, el tono de voz, el contacto visual, el contacto corporal, entre otros.

### *3.3.1.4.1 Subcategoría 1.4.1: Me dispongo a la escucha y adapto mi lenguaje verbal y corporal cuando atiendo al Embera*

Los cambios en la comunicación realizados por las enfermeras de salud pública, específicamente en la utilización de palabras sencillas (lenguaje cotidiano y propio de los indígenas), las transformaciones en la forma de comunicación verbal (como la utilización de un tono de voz intermedio, liderar una conversación pausada, aumentar la escucha y estimular al indígena a expresar sus sentimientos y situaciones) y las modificaciones de la comunicación no verbal (incluida la disposición corporal para escuchar, el contacto visual durante el proceso comunicativo, el asentir ante afirmaciones que coinciden y el contacto físico respetuoso con el objetivo que el indígena entienda y se sienta bien atendido), son los más visibles de las enfermeras en el acto de cuidado a los indígenas Embera Chamí.

El proceso comunicativo se caracteriza porque las enfermeras y los indígenas comparten el español como lengua oficial. Sin embargo, los Embera Chamí tienen unos usos propios de la lengua que las enfermeras han de comprender en la cotidianidad para la realización de sus cuidados. Asuntos como cambiar el nombre de vereda a comunidad, utilizar la palabra comunero para referirse al indígena o cambiar nombres técnicos de enfermedades o síntomas<sup>10</sup>, son modificaciones que hacen las enfermeras de manera consciente para facilitar el proceso de cuidado. Así mismo, las profesionales se esmeran por brindar una comunicación y educación nutrida de un lenguaje coloquial, conocido, entendido y aceptado por el indígena.

*“¿Sabes qué pasa? Ten en cuenta una cosa. Mirar cuando te pasa eso en los ojitos, si estabas caminando, si sientes los cachetes [mejillas] calientes, si además de eso como cocuyitos [fosfenos]. Acompañado al ardor de los ojos va acompañado de una jaqueca [sic], un dolor de cabeza como en la trastienda [parte posterior de la cabeza]”.*

---

<sup>10</sup> Esto sucede en especial con los signos y síntomas encontrados en la valoración física (con palabras como hinchado, morado, chichí, barriga, daño de estómago, entre otras) y en la valoración mental (con palabras como loco, turulato, desconchinflado, etc.).

*(Enfermera Susana Vargas, 13-12:12)*

Otra modificación de las enfermeras de salud pública con respecto a la comunicación verbal tiene que ver con la aceptación y el entendimiento frente a las respuestas cortas, concisas y básicas que ofrece el indígena a las preguntas o interacciones necesarias en los controles. Las enfermeras no tienen inconveniente con dicha situación y son capaces de interpretar las diferencias sutiles de los indígenas cuando responden a las preguntas o hacen algún comentario frente alguna situación específica.

*“Siempre trato de preguntar al final: «bueno, ¿usted qué va a hacer?». Y me dicen «sí». Siempre me van a decir «sí», porque de muy pocas palabras sí son. Algunos sí se me expresan en... pero generalmente son callados [de pocas palabras]”.*

*(Enfermera María Gañán, 24-83:45)*

Un aspecto relacionado con la comunicación verbal de los indígenas, no aprovechado ni explicitado en los cuidados de las enfermeras, es el uso y mantenimiento de un lenguaje plural en coherencia con las características sociales y comunitarias de los indígenas. Tal y como se mencionó anteriormente, los indígenas viven y entienden el poder de la comunicación y la socialización dentro de sus procesos organizativos, políticos y de convivencia con la comunidad en un sentido colectivo.

Si se tuviera esto en cuenta, las enfermeras de salud pública podrían incluir en su comunicación un lenguaje plural al conocer e incluir la comunidad en sus acciones de cuidado. Sin embargo, las profesionales realizan los controles utilizando un lenguaje singular, delimitando al individuo y no relacionándolo con los asuntos comunitarios de cotidianidad y comunidad, dentro de los cuales podría verse reflejado el indígena Embera Chamí, al ser la comunicación y el trabajo colectivo un tema de relevancia para la comunidad indígena.

*“[Sobre el tema de la medicina tradicional y occidental] Yo pienso, aquí lo más importante es el diálogo, ¿cierto? Porque mientras no haya como ese diálogo... se rompe... muchas partes dentro de estos procesos”.*

*(Médico tradicional, 28-7:100)*

No obstante, los asuntos comunicativos traspasan las barreras del lenguaje verbal. De este modo, las enfermeras de salud pública comprenden que realizar cualquier tipo de control de forma amable y respetuosa es un elemento esencial para una buena comunicación con los indígenas, por lo que, sin mayor esfuerzo, lo materializan en favor del cuidado realizado. Por esta razón, las enfermeras saludan amablemente al indígena cuando ingresa al control, le preguntan cómo se ha sentido, buscan ponerse a nivel en todos los aspectos, con los niños se acercan a ellos desde el suelo, con los adultos mayores se acercan para que puedan escuchar mejor, hacen contacto visual y contacto físico respetuoso, tratan de llamar al indígena por el nombre, hacen un acto de presentación básico, preguntan a profundidad sobre varios aspectos en busca de mayor acercamiento y, a veces, evitan mostrarse impositivas. En general, las profesionales tienen una actitud de escucha benévola, intentan generar una conexión emocional o de empatía con el indígena Embera Chamí, explicada ya en la sección anterior.

*“Agacha la cabeza, amor te pasa algo, yo he dado más de un abrazo y más de una ha llorado conmigo «¿Usted cómo está planificando? Dígame qué día se la está aplicando y empiezo yo a buscar pues donde está el cabo por decirlo así»”.*

*(Enfermera María Gañán, 71:58)*

*“Acá a la gente le encanta que la traten bien, por eso usted me ve y yo soy así... Toda «ña, ña, ña», los toco y soy amable”.*

*(Observación participante, 24-31:4)*

*“En todas las consultas la percibo como una enfermera amable, dedicada a la explicación a la gente, con mucha interacción con las personas, trata de hacer empatía con los familiares de los pacientes”*

*(Observación participante 24-76:35)*

El lenguaje y la comunicación son quizás los elementos que con mayor frecuencia se relacionan con el cuidado culturalmente competente, especialmente en los países anglosajones, en donde el cuidado de enfermería, con periodicidad, se realiza en pacientes que hablan diferente idioma al de las enfermeras. Este es un tema de tal importancia que ha evolucionado a una corriente dentro de la temática y que se denomina competencia cultural y lingüística (International Council of Nurses, 2013).

En palabras de Purnell (Purnell, 2005), el lenguaje y la comunicación son considerados un dominio fundamental en el desarrollo de la competencia cultural de las enfermeras de salud pública. Los elementos comunicativos emergentes en esta investigación son coincidentes con lo planteado en la teoría descrita por el autor mencionado, ya que los conceptos relacionados de dialecto y variaciones de la lengua —en los que se incluye el volumen de la voz, entonaciones, reflexiones y deseos de compartir pensamientos y sentimientos (Purnell, 2005; Purnell & Paulanka, 2005)— son observados como características claras, sencillas y adaptadas a la cotidianidad de los indígenas en una manifestación culturalmente competente por parte de las enfermeras de salud pública.

Un estudio sobre competencia cultural realizado con enfermeras escocesas trabajadoras de un asilo (Quickfall, 2009) y otro realizado en Estados Unidos con enfermeras atendiendo a mujeres latinas (A. Castro & Ruiz, 2009), coinciden en determinar que las prácticas culturalmente competentes para ambos grupos poblacionales tienen como elemento fundamental la negociación, el intercambio de información y la comunicación. Esto corrobora los resultados de la presente investigación, ya que se ha podido observar que para la población indígena Embera Chamí y para las enfermeras de salud pública los elementos comunicativos en el cuidado culturalmente competente tienen una importancia exponencial.

La presente investigación muestra además cómo el fenómeno de la comunicación entre las enfermeras de salud pública y el indígena Embera Chamí es un elemento unificador y de cohesión, lo que facilita el cuidado con calidad y la preservación de la cultura del indígena. No obstante, llama la atención que esta situación es contraria a resultados emergidos de otras investigaciones, en las cuales el tema del lenguaje, especialmente entre enfermeras y pacientes que hablan diferente idioma, se manifiesta de manera incierta, con inseguridad y como portador de una barrera para la atención y el cuidado culturalmente competente (Cortis, 2004; Garrett et al., 2008; Hagman, 2007; McGinnis et al., 2010; McKenzie, Kwok, Tsang, & Moreau, 2015; Pelcastre-Villafuerte et al., 2014; Plaza Del Pino et al., 2013; Rojas, 2012; R. A. Taylor & Alfred, 2010).

Las cuestiones relacionadas a las diferencias del lenguaje fueron cuantificadas en un estudio en donde se investigó la diada médico-paciente en relación con la autopercepción de la competencia cultural con enfermos hablantes del español, observando que la fluidez del lenguaje se asocia con mayores puntuaciones de la competencia cultural (Fernandez et al., 2004). Sin embargo, otros estudios demuestran que el idioma no solamente afecta los elementos comunicativos de la competencia cultural. Un estudio de cohorte longitudinal, realizado con 846 médicos en Connecticut (Aseltine et al., 2011), reportó que muchos de estos profesionales no emplean las mejores prácticas ni adaptan sus discusiones sobre el comportamiento de salud de una manera culturalmente sensible. Caso contrario sucede con la investigación realizada en esta tesis, ya que las enfermeras de salud pública adaptan su vocabulario, lenguaje y educación a las particularidades y estilo coloquial de los indígenas en procura de la comprensión del mensaje por parte del indígena Embera Chamí.

Otro aspecto reportado en la literatura con relación a la competencia cultural y especialmente a la competencia lingüística es la influencia de los prejuicios y los estereotipos sociales en la comunicación. En un estudio con pacientes marroquíes y enfermeras españolas, por ejemplo, (Plaza Del Pino et al., 2013), esto se evidenció como un aspecto negativo. Por su parte, en el estudio realizado por Papadopoulos y

Lees (Papadopoulos & Lees, 2004), se demuestra que la comunicación con los profesionales de la salud es similar a todas las culturas, por lo que se destaca la importancia de la comunicación efectiva que va más allá del diagnóstico y de los tratamientos, para enfocarse en atender las necesidades de apoyo emocional y social. Los resultados de la investigación contenida en esta tesis demuestran cómo las enfermeras de salud pública generan lazos de afecto y buscan otros escenarios para interrelacionarse con el indígena Embera Chamí, lo que facilita la disminución de las diferencias sociales y culturales, influyendo de manera positiva en la comunicación.

En Colombia, existe un estudio sobre la atención de enfermería a pacientes indígenas, en el que la comunicación entre ambos se inicia con dificultad y se convierte en una limitación para el desempeño de las enfermeras, especialmente con indígenas que tienen un mínimo proceso de aculturación y no hablan el idioma español (Rojas, 2012). Llama la atención que estos resultados comunicativos fueron contrarios a los del presente estudio, teniendo en cuenta que el cuidado se realizó al mismo grupo étnico. No obstante, esta situación se explica por dos factores: el primero es la influencia institucional recibida por las enfermeras para mantener la costumbre y cultura del indígena Embera Chamí —respaldado de manera inversa en el estudio de Taylor (R. A. Taylor & Alfred, 2010), en el que se afirma que el cuidado culturalmente competente es desafiante y frustrante en relación conl bajo entrenamiento y bajo soporte organizacional—, y el segundo es el proceso de aculturación de los indígenas del municipio de Riosucio, quienes ya van perdiendo su lengua y se comunican más a través del español.

Esta subcategoría muestra cómo las adaptaciones comunicativas de las enfermeras en su rol de emisoras y receptoras del mensaje, con acciones verbales y no verbales, son elementos fundamentales para el cuidado culturalmente competente de indígenas Embera Chamí. El acto comunicativo verbal consiste en adaptar el lenguaje a palabras sencillas, cotidianas y propias del indígena, al igual que usar un tono de voz intermedio, hablar pausadamente y estimular al indígena a que exprese su sentir.

Por su parte, las acciones comunicativas no verbales culturalmente competentes residen en el contacto visual, la disposición y la cantidad de tiempo disponible para la escucha y contacto físico respetuoso durante el control. Estos resultados coinciden con las generalidades de algunas deducciones investigativas; sin embargo, en este texto se precisan de manera puntual, con el propósito de aportar a la materialización de un cuidado culturalmente competente.

#### *3.3.1.4.2 Subcategoría 1.4.2: Pienso que llenar tantos formatos interfiere en la comunicación con el Embera*

Un aspecto que para las enfermeras de salud pública interfiere en la comunicación con el indígena, y que se torna desagradable para su accionar, es que el tiempo destinado para la realización de los controles y del cuidado debe ser compartido con la obligación de diligenciar abundante papelería sobre el cuidadoofrecido. Estas actividades son exigidas por el sistema de salud, especialmente con el objetivo de cumplir los requerimientos de las auditorías realizadas por la IPS o EPS<sup>11</sup>, a las cuales se les debe demostrar, evidenciar y certificar de manera detallada la forma de realizar cada control, pues estos buscan garantizar la calidad del cuidado enmarcada dentro de los lineamientos de seguridad para los pacientes, que en este caso son los indígenas Embera Chamí.

*“En general, en todas las instituciones del país los jefes se dedican a la parte administrativa y por eso el grado de percepción, y porque, en realidad, el jefe es sentado. Si con su trabajo administrativo, pero es sentado: «vaya, vaya, hágale, venga, que pasó con esto, esta orden, esta remisión» y es sentado ahí con su Kardex”.*

*(Embera Líder indígena, 28-82:35)*

---

<sup>11</sup> Entidad Promotora de Salud.

*"Esto es más maluco, ¡porque el mundo papelería que uno tiene que llenar! Pierde tiempo con el paciente: «este es el rips, ayúdame con estas...». A todo el mundo le tenemos que hacer encuestas de satisfacción"*

*(Enfermera Susana Vargas 28-160:32)*

Las enfermeras de salud pública de la presente investigación tienen la obligación de diligenciar en la historia clínica de cada indígena los datos subjetivos mencionados sobre la situación específica atendida, los antecedentes familiares y personales de enfermedades, los datos objetivos evidenciados en la valoración física, el diagnóstico o presunción de enfermería, las actividades realizadas, la educación impartida y los medicamentos prescritos por el médico que ella infiere le están siendo benéficos a los indígenas. Además, deben transcribir varios documentos, como las fórmulas médicas para que el indígena pueda reclamar los medicamentos, los formatos de solicitud de laboratorios y las hojas de reporte, las remisiones necesarias, la encuesta de satisfacción de la atención realizada y, en los controles de crecimiento y desarrollo, la escala abreviada del desarrollo, la escala de valoración nutricional, las curvas de relacionando la talla y peso, talla y edad y la historia odontológica.

*"Muestra a la mamá en la papelería dónde valoró a la niña, dice que en las gráficas y el formato se puede ver el crecimiento, el movimiento del cuerpo, el entendimiento y cómo se desarrolla. Le muestra las gráficas de medida, y le explica a la madre, dice: «en términos generales está normal»".*

*(Observación participante, 28-150:5)*

La actividad de llenar los formatos y escribir en la papelería es realizada por las enfermeras usualmente mientras los indígenas hablan o profundizan en algún aspecto no específico del control, como una pregunta técnica de horarios, sitios o trámites. En ciertos casos, los indígenas esperan que las enfermeras registren la información y posteriormente sí se continúa con la comunicación.

*“La consulta se extendió un poco más de una hora. Mientras la señora Cecilia hablaba, la enfermera escribía en la historia clínica, la enfermera se observa paciente y receptiva en la consulta”.*

*(Observación participante, 24-11:8)*

Los procesos administrativos de diligenciar la papelería son tomados por las enfermeras como una acción a la que se le invierte gran cantidad de tiempo de manera innecesaria, lo que genera dilaciones en el contacto con los indígenas y va en contra de la calidad en el cuidado. Diligenciar papeles y formatos es casi una queja constante, ya que se manifiesta una interferencia en asuntos laborales e incluso personales: algunas enfermeras afirman que esta tarea es engorrosa y dispendiosa, a tal punto que la escritura cambia de forma negativa.

*“La enfermera le dice que le va hacer preguntas bobas, y además afirma: «toca escribir mucho y así uno no quiera la letra se va volviendo fea»”.*

*(Observación participante 28- 47:4)*

*“Yo muy bien hasta que me toca ponerme a llenar papeles. A mí me encantaría que los controles y la atención se pudieran hacer con la grabadorcita... ¡Ahí sí!, que ella sola se escribiera, o hubiera una video cámara y lo tomara a uno haciéndole el control, es la mejor evidencia, evitaría mucho tiempo”.*

*(Enfermera Susana Vargas 28- 70:65)*

Aunque una posible solución a esta dificultad sea la sistematización de la historia clínica —que aún no se inicia en la IPS—, las enfermeras de salud pública no muestran mayor interés en ingresar en esta dinámica, pues consideran que induce a la falsedad de la información pues se limita a responder lo que se encuentra diseñado en el *software* y no en la naturaleza del cuidado..

*“Eso me parece terrible de la atención, y si uno tiene sistematizada la historia, se presta para decir una mano de mentiras... Usted no encuentra la verdad escrita y tiene que poner lo que el software diga, eso sí me parece a mí terrible”.*

*(Enfermera Susana Vargas. 28- 70:30)*

La situación de priorizar la escritura y compartir el diligenciamiento de datos, hojas y formatos durante el acto de cuidado no se encuentra referenciado en la literatura científica, ni los teóricos de competencia cultural manifiestan dicha situación. Incluso, en dos investigaciones realizadas en Colombia en servicios de hospitalización —una de ellas en competencia cultural con pacientes con enfermedad crónica (González, 2014) y otra sobre el significado de la experiencia de cuidar a pacientes indígenas (Rojas, 2012)—, no se expresa el tema de los actos administrativos ni como barrera ni como elemento potencializado el cuidado, pese a que tanto las enfermeras de salud pública como las del servicio de hospitalización se encuentran inmersas en el mismo sistema de salud.

En conclusión, la forma de organización del sistema de salud, que exige a las enfermeras de salud pública diligenciar numerosa papelería, constituye una barrera para la realización de un cuidado culturalmente competente. Dicha situación vivida por las enfermeras y por el indígena es sentida de manera negativa por las profesionales, quienes interesadas en tener mayor contacto y dedicarle tiempo de cuidado al indígena Embera Chamí, siente cómo la actividad de llenar documentos le impide cumplir a cabalidad su verdadero deseo de cuidar.

### **3.3.2 Patrón 2: Emberas y enfermeras están satisfechos el tanto el uno con el otro, como con la IPS intercultural**

El segundo patrón informa sobre la percepción del encuentro de cuidado vivido tanto por las enfermeras de salud pública como por los Embera cuando se atiende en una IPS cuyas bases y lineamientos institucionales se gestan y materializan en torno a los elementos de la interculturalidad. Específicamente, esta percepción se lleva a cabo a partir de la unión entre los conocimientos de la medicina occidental con los conocimientos de la medicina tradicional propia de las creencias indígenas, lo que posible que los pacientes sean atendidos desde los dos saberes.

La primera categoría de este patrón hace alusión al sentir positivo de las enfermeras en relación con toda la experiencia que trae consigo el trabajo en la IPS intercultural, pues, en conexión con este empleo, las enfermeras viven y disfrutan su cotidianidad en un municipio en donde predomina la relación con los indígenas y la vida es segura, económica y tranquila. También, las profesionales se sienten satisfechas con las condiciones y el ambiente laboral al tener relación directa con los médicos tradicionales y parteras, lo que brinda la oportunidad de aprender y, en ocasiones, de hacer equipo de trabajo. Esto repercute en una experiencia de vida satisfactoria, al igual que la relación que se presenta con los Embera del común cuando interactúan empáticamente en el espacio de cuidado de enfermería o compartiendo espacios de la vida cotidiana en otros escenarios en donde se pueden construir lazos de afecto.

La segunda categoría muestra el sentir positivo del indígena como receptor de cuidado frente a la atención de las enfermeras en la IPS intercultural. En esta, se observa la satisfacción del indígena con los tiempos destinados para cada control y con la forma de obtener las citas, al igual que manifiesta facilidad para ser valorado por los especialistas, recibir las intervenciones necesarias y, sobre todo, sentirse satisfecho con las actitudes y la forma de cuidado de las enfermeras al momento de realizar el encuentro de cuidado, experiencia contraria a otras que ya les han sucedido, las cuales recuerdan insistentemente como desagradables. En general, el indígena se siente contento con la atención que recibe de la IPS en conjunto; sin embargo, en ocasiones se observa disgusto cuando le toca esperar.

Finalmente, la tercera categoría da cuenta de lo que la literatura reconoce como resultados en salud de la competencia cultural, en este caso específico, centrados para el caso en el indígena Embera Chamí. Los resultados se pueden evidenciar, dentro de esta experiencia, en las actividades realizadas por el indígena, tales como seguir las recomendaciones de las enfermeras en la toma de medicamentos, mantener los cuidados y protección en la cotidianidad, y el aumento de la asistencia a los controles, lo cual influye de manera positiva en el estado de salud o en el retardo de las complicaciones de algunas enfermedades o situaciones patológicas. Lo hallado en esta tercera categoría también demuestra que hay algunas dificultades de los Embera en relación con los resultados en salud, específicamente con la alimentación cotidiana, al tener costumbres y gustos conducentes a aumentar o propiciar la incapacidad de bajar de peso. Algunos de los resultados en salud relacionados a la competencia cultural se han reportado en investigaciones científicas, en especial en revisiones sistemáticas de los últimos años discutidas en la respectiva sección (Lie et al., 2011; Renzaho et al., 2013; Truong et al., 2014).

Como corolario, cabe destacar que un resultado novedoso de la presente investigación es el sentimiento positivo y de estar a gusto que se ha generado en las enfermeras frente al desarrollo de la competencia cultural basada en las creencias y costumbres de una cultura diferente a la propia, puesto que otros estudios reportan con frecuencia que en estos casos se generan choques o barreras que repercuten en la atención a la población sujeta de cuidado.

### ***3.3.2.1 Categoría 2.1: Como enfermera estoy contenta en el trabajo intercultural, creando lazos de afecto con el Embera***

Esta categoría está compuesta por tres subcategorías que evidencian el sentir de las enfermeras de salud pública frente a varios aspectos de su cotidianidad, tanto en el trabajo dentro de una IPS intercultural en la que solo atienden a individuos Embera,

como en las vivencias dentro de un municipio en el que priman estos indígenas, lo que genera lazos de afecto entre ellos.

La satisfacción de las enfermeras se vincula a tres elementos de importancia: i) *el municipio en donde viven* —pues al ser un pueblo caldense en proceso de desarrollo se ofrece una vida segura, tranquila, económica y con acceso a los elementos básicos que permiten un desarrollo personal, familiar, económico y social estable—, ii) *el ambiente laboral* —pues manifiestan que las condiciones laborales son buenas, con contrato a término indefinido y remuneración satisfactoria, diálogo comprensivo entre compañeros y superiores que facilita la adquisición y socialización de nuevo conocimiento, como la medicina tradicional—, y iii) *la relación con los médicos tradicionales* —lo cual les permite permitiendo tener un tipo de relación de colegaje que les facilita la adquisición de otros conocimientos—. A lo anterior, se le suman las características de personalidad del indígena Embera Chamí, quienes se caracterizan por ser espontáneos, transparentes, sencillos y amables, lo que les permite a las enfermeras de salud pública crear lazos afectuosos ya sea con el indígena de rango superior, con los compañeros de trabajo, con los indígenas atendidos o con los que comparten la cotidianidad.

#### *3.3.2.1.1 Subcategoría 2.1.1: Como enfermera estoy contenta en el municipio, en la IPS intercultural y con el médico tradicional*

Las enfermeras de salud pública, por asuntos laborales y familiares, deciden vivir en el municipio de los indígenas Embera Chamí. Dicho municipio tiene unas características, explicadas y profundizadas en categorías anteriores, que dan a las enfermeras seguridad, tranquilidad y disminución de gastos en comparación con otras ciudades capitales. Además, Riosucio les brinda a las profesionales la posibilidad de cumplir una de sus metas a corto plazo y realizar estudios a nivel de postgrado, pues geográficamente tienen acceso a cuatro ciudades capitales, estando la más distante a 150 km.

*“Estando acá pude hacer la especialización, entonces yo venía a trabajar y ya me empapé de las cosas y me encantó”*

*(Enfermera María Gañán, 28-153:9)*

Otra de las situaciones de agrado para las enfermeras, generada por vivir en el municipio, es el hecho de compartir la cotidianidad con el indígena Embera Chamí. La experiencia de los encuentros diarios, especialmente como consecuencia de su desempeño laboral, les permite a las profesionales identificar que en general los Embera se caracterizan por ser personas sencillas, amables y atentas. En relación con esto, las enfermeras se sienten aceptadas, valoradas, apoyadas y queridas por la mayoría de personas de la comunidad.

*“[Refiriéndose a los Embera] La gente te ha dado el apoyo, es gente que confía en ti, te quieren, tú llegas y todo el mundo dice: «vea llego la jefe, ay jefecita esto, jefecita lo otro», ¡lo hacen sentir a uno tan bien! A mí me da vaina quedarles mal. Si a mí me hacen sentir muy bien, entonces yo no soy capaz de quedarle mal a la comunidad”*

*(Enfermera Susana Vargas, 28-152:52)*

Para las enfermeras de salud pública, la forma de organización institucional de la IPS en donde laboran les trae beneficios económicos, espirituales y personales. En relación con los beneficios económicos, cuentan con un contrato a término indefinido con todas las prestaciones otorgadas por la Ley del país, por lo que reciben el sueldo de manera puntual. Según las enfermeras, la remuneración salarial es buena, incluso, es la IPS del municipio que ofrece los sueldos más altos a los empleados.

Ahora bien, la IPS, al tener lineamientos de interculturalidad, permite a las enfermeras de salud pública experimentar dinámicas propias de la cultura del indígena Embera Chamí. Una de las actividades de mayor gozo para las enfermeras son los rituales y las armonizaciones que realiza la institución para sus empleados. Dichos rituales, además de impulsar en las enfermeras un cambio de pensamiento en los procesos de

salud-enfermedad, las involucran en un sincretismo aceptado y respetado a tal punto que se encuentran beneficios propios encaminados hacia la tranquilidad y serenidad.

*“¡Uy!, los rituales que hacen en la IPS me encantan, me fascinan, me ponen feliz, me siento como un discorín [sic]. Es un descanso, es un momento como de reflexión propia: «bueno entonces hagamos las cosas bien porque este trabajo me está dando plata y me lleno de energía»”.*

*(Enfermera María Gañán, 28-153:31)*

La relación de las enfermeras con el indígena dentro de la institución —ya sea paciente, compañero de trabajo, jefe, médico tradicional o partera— les produce bienestar personal y profesional, ya que sienten felicidad con el trabajo realizado porque se ajustan a los estudios y las competencias aprendidas en la universidad. De igual forma, las coordinaciones dentro de la IPS son distribuidas de manera homogénea y las metas trazadas son posibles de alcanzar.

En relación con lo anterior, las enfermeras de salud pública también se sienten cómodas con la cotidianidad laboral, pues los controles se realizan de manera tranquila y el indígena, especialmente el de la zona rural, es amable, atento y receptivo con las enfermeras. No obstante, en varias ocasiones las jornadas laborales resultan extensas y los viajes a la zona rural producen cansancio físico.

*“Yo darle los medicamentos a un paciente, hacerle la curación y luego ponerle un emplasto de una plantica porque el médico tradicional me lo recomendó y ver que el paciente a los dos días más tarde siguiente está perfecto. ¡Ah!, eso le da a uno un poquito de satisfacción”.*

*(Susana Vargas 24-70:53)*

En esta subcategoría emerge un sentir positivo, satisfactorio y de desarrollo profesional y personal de las enfermeras de salud pública cuando realizan su cuidado dirigido e

integrado con los sistemas y políticas municipales e institucionales de corte intercultural, las cuales le permiten relacionarse, laborar, atender y vivir en mayor armonía con personas de otra cultura diferente a la propia, como lo es la del indígena Embera Chamí.

Los sentimientos positivos de las enfermeras emergen entonces como un nuevo resultado investigativo no reportado en la literatura científica, por lo que se hacen aportes novedosos en dos vertientes: la primera de ellas con respecto a los choques o dificultades de los profesionales de la salud, incluidas las enfermeras, cuando se enfrentan a pacientes de culturas diferentes a las propias y no hay un apoyo directo de la institución de salud en cuanto a elementos, herramientas y capacitación; y la segunda de ellas, comparable con estudios como los de Berlin (Berlin et al., 2006) y Whitman & Davis (Whitman & Davis, 2009), quienes demuestran cómo la falta de apoyo institucional se asocia a dificultades de interacción con los pacientes y a la insatisfacción con el trabajo realizado por los profesionales. En contraste, la experiencia de trabajar en una institución con lineamientos interculturales, en donde se permite y se propicia la interacción no solo con personas sino también con sus vivencias, producen en las enfermeras satisfacción y buenas relaciones con el paciente al que cuida.

Los sentimientos positivos de las enfermeras hacen un llamado a profundizar e investigar en otro elemento de importancia ignorado por los interesados en el tema de la competencia cultural. En los últimos años, algunos investigadores han advertido y otros han demostrado la importancia de conocer la percepción del receptor de cuidado para entender por completo el fenómeno de la competencia cultural (Loftin et al., 2013; Renzaho et al., 2013; Starr & Wallace, 2011; Swanson, 2012), lo cual motivó a que el enfoque de la presente investigación fuera también conocer la percepción de los indígenas frente al cuidado recibido, con el objetivo de discernir el fenómeno completo de la competencia cultural cuando se atiende a la población indígena Embera Chamí y cuando el cuidado es recibido. En particular, los resultados muestran la importancia que tiene la percepción de las enfermeras sobre su trabajo y el cuidado ofrecido, al

constituir una parte y un factor fundamental del acto de cuidado, haciendo del sentir personal y profesional un elemento del fenómeno de la competencia cultural.

### *3.3.2.1.2 Subcategoría 2.1.2: Como enfermera, creo lazos de afecto con el Embera en diversos escenarios*

Desde una perspectiva personal, las enfermeras de salud pública conocen y se integran con el indígena Embera Chamí del común en otros escenarios diferentes a los controles de crecimiento y desarrollo, hipertensión arterial y planificación familiar. El vivir cerca de los indígenas hace que lentamente las enfermeras empiecen a experimentar con agrado una serie de actividades propias de la cotidianidad del indígena. Así, las profesionales participan en actividades sociales de los Embera ya sea por gusto propio —tales como como asistir a los torneos de futbol, rituales o armonizaciones—, con la intención de entender la organización de los indígenas —asistiendo en ocasiones a reuniones propias de la comunidad, la mayoría de ellas convocadas por el gobernador del cabildo u otro líder comunitario— o por plena responsabilidad —al tener algún vínculo contractual de palabra con los indígenas—.

*“Él [su novio] es indígena, pero la gente está más conmigo, me siento yo en la cancha a ver un partido de fútbol, todos me saludan: «¿hola jefecita!, ¿que más?, ¿quien va a ganar?, ¿quien va ganando?, ¿usted qué ha visto?», no sé qué... Me tienen muy en cuenta, entonces yo llego como si estuviera en mi casa y él es el pobre aparecido, entonces eso es lo rico...*

*(Enfermera Susana Vargas, 13-72:79)*

*“Entonces ellos lo ven a uno como con ese respeto, como con esa cosa, ¿cierto? No tanto por eso sino porque la gente del campo es... ellos se quitan la comida de la boca por dársela a uno, entonces a mí me encantan las personas así, me encanta, y uno les dice y ellos a veces: «ah sí, lo que ella diga». Je, je, je”.*

(Enfermera Faller Eusse, 24-81:59)

La coexistencia con los Embera Chamí también les permite a las enfermeras de salud pública aprender sobre la historia, características, organización política, los desarrollos, gustos, situación de vida, costumbres y el momento general en el que se encuentran los indígenas. Así, cada enfermera construye su propio concepto de la población indígena. De manera proporcional al acercamiento de las enfermeras con la comunidad, estas van entablando lazos de afecto y de compromiso, entendiendo las dinámicas propias de los indígenas Embera Chamí.

*“Descubrí muchas cosas: uno, el proyecto de vida de la gente del campo, es muy diferente al de uno. A grandes rasgos es sobrevivir, y qué es sobrevivir para mí, conseguirse el alimento, la ropita, las cosas necesarias. Otro problema con los indígenas es que son una población vulnerable y ellos están muy convencidos de ser vulnerables, a toda hora tienen que recibir, es una cultura paternalista”.*

(Enfermera María Gañán, 13-71:83)

Como consecuencia del rol profesional, las enfermeras, además de la interacción con el indígena en los controles de crecimiento y desarrollo, hipertensión arterial y planificación familiar, tienen contacto con los indígenas profesionales, en especial los que trabajan en el área de la salud, tales como médicos tradicionales, enfermeras, abogados, salubristas o indígenas que desempeñan algún cargo de incidencia directa en la comunidad. Algunos de estos indígenas han superado las barreras locales y en la actualidad participan en eventos municipales, departamentales y nacionales, en donde se discuten temas de tradición indígena y sirviendo como líderes para la creación o mantenimiento de políticas y asuntos de bienestar y desarrollo para su población. Estos indígenas son reconocidos por las enfermeras como líderes y trabajan con ellos de manera mancomunada, por lo que en esa dinámica existe un aumento de la interacción, pues entre el líder indígena y las enfermeras se dan encuentros y conversaciones constantes para discutir asuntos en pro del bienestar de la comunidad indígena.

Otro escenario de interacción de las enfermeras de salud pública con los indígenas lo constituyen los espacios laborales. Varios indígenas del municipio tienen un vínculo contractual en alguna institución pública o privada en donde los afilian al régimen contributivo en salud, por lo que reciben la atención en una IPS diferente a la del enfoque intercultural y sin ser cuidados por las profesionales del presente estudio. Sin embargo, el empleo del indígena y de la enfermera permite relaciones de trabajo que convergen en espacios comunes; así, se generan lazos en los que las enfermeras de salud pública se adaptan a otro tipo de proceso laboral, administrativo, de cuidado y de interacción, priorizando la aceptación de la cultura y costumbres de sus colegas, compañeros de trabajo o líderes indígenas.

*“Cuando yo llegué me dijeron: «usted va para San Lorenzo a trabajar con el gobernador Miky», él iba un semestre adelante en la U, entonces rico Susana, «que seas tú, contigo ya sé cómo se habla»”.*

*(Enfermera Susana Vargas, 24-70:54)*

Para las enfermeras de salud pública, la situación de conocer e integrarse con los indígenas Embera Chamí en las esferas laboral, social, cultural y personal ha traído satisfacción. En específico, estar y tratar a los indígenas de manera cercana genera lazos de afecto y ellos devuelven esa familiaridad buscando mayor cercanía con las enfermeras.

*“Son muy queridos [refiriéndose a los indígenas]. Si usted mantiene su estrato 6 por encima de ellos no la voltean a ver, pero si usted se muestra como una persona común y corriente, que puede llegar, te pueden hablar, se vuelven un amigo, se vuelven de la familia. No te digo, se pelean por invitarme a almorzar, por estar conmigo, se sientan conmigo”.*

*(Enfermera Susana Vargas, 13-72:78)*

Los resultados de esta subcategoría sustentan la importancia de que las enfermeras de salud pública generen otros encuentros con el indígena Embera Chamí, diferentes al acto de cuidado. Desde circunstancias y momentos personales, los encuentros con los indígenas vuelven a emerger como elemento de importancia en la competencia cultural. Estas experiencias de la cotidianidad confirman nuevamente el constructo de encuentros culturales planteado por Campinha-Bacote (Campinha-Bacote, 2002; Transcultural C.A.R.E Associates, 2015), definido como el proceso de participar directamente de las interacciones culturales con el cliente. En la última versión de su teoría, Campinha-Bacote<sup>12</sup> (Transcultural C.A.R.E Associates, 2015) ubica los encuentros culturales como el elemento central, al afirmar que sin dichos acercamientos la enfermera no podría desarrollar la competencia cultural. Sobre estas características, las enfermeras han prolongado los encuentros culturales incorporando otros momentos diferentes al del acto de cuidado, los cuales han emergido de la cotidianidad personal y laboral, lo que permite así fortalecer la competencia cultural.

Por su parte, la alta capacidad de interacción de las enfermeras con las personas receptoras de cuidado y con los colegas ha emergido como elemento de la competencia cultural en otros estudios (Matteliano & Street, 2012). Esto coincide con los resultados de la presente investigación, en la que la competencia cultural de las enfermeras no se limita a los espacios directos de cuidado, sino que también se extiende a otros contextos compartidos con el indígena al que atiende, al indígena del común con el que comparte la cotidianidad, al indígena compañero de trabajo y al indígena líder comunitario.

La fase cualitativa del estudio de Hagman (Hagman, 2007), realizado para identificar el conocimiento de enfermeras sobre los conceptos, habilidades y patrones de atención cultural a cinco grupos étnicos, determinó que la educación era uno de los métodos más frecuentes para alcanzar el nivel de autoeficacia cultural. En dicho estudio, se afirma que la educación en competencia cultural se puede adquirir de diferentes formas, tales como la capacitación en el trabajo, la experiencia laboral y la experiencia

---

<sup>12</sup> Divulgada a través de la página web de Transcultural C.A.R.E Associates, organización de la cual la doctora Josefina Campinha-Bacote es la presidenta.

de vida, mediante recursos como preguntar, escuchar a las personas y colaborar con colegas u otros grupos étnicos (Hagman, 2007). Lo hallado por Hagman respalda los resultados del presente estudio, en el cual se logran entablar relaciones sociales con personas de la etnia atendida, lo cual repercute en el desarrollo de la competencia cultural.

Esta subcategoría permite concluir que la competencia cultural de las enfermeras de salud pública cuando cuidan a la población Embera Chamí se nutre de los momentos de cuidado exclusivos de las atenciones de enfermería y se extiende a encuentros de la cotidianidad derivados de convivir y participar en actividades sociales, culturales y espirituales propias de dicho grupo poblacional. El compartir momentos diferentes a los del acto de cuidado potencializa el conocimiento cultural de las enfermeras de salud pública, lo cual les permite desarrollar un concepto propio de las características de los Embera y, con base en ello, realizar un cuidado más cercano y coherente con las costumbres y creencias de estos indígenas.

#### *3.3.2.1.3 Subcategoría 2.1.3: Reconozco la importancia de la lengua Embera y me uno a recuperarla*

Las enfermeras de salud pública se involucran en el proceso de recuperación de la lengua Embera en conjunto con algunos indígenas del municipio. En la actualidad, dicha característica cultural se considera perdida, pues solo algunos líderes indígenas la utilizan en contextos muy específicos, como los rituales.

Los *caponias* y los indígenas, especialmente los líderes, sitúan la lengua Embera como un elemento fundamental para el fortalecimiento de la identidad indígena, por lo cual tienen el firme deseo de preservarla. Para el logro de este objetivo, en ocasiones utilizan algunos carteles cuya información es en lengua Embera, pero con la traducción respectiva al español, que es el idioma predominante. Adicionalmente, los estudiantes de escuelas y colegios públicos reciben clase de lengua Embera con profesores

provenientes de otras regiones como Antioquia, quienes les enseñan palabras básicas relacionadas con el saludo, colores, parentescos, abecedario, entre otros.

**Imagen 30:** Cartel situado en la Casa de la Cultura. Resguardo San Lorenzo, Riosucio, Caldas, 2015



Fuente: Liliana Orozco (autora, 24:28)

*“Ah no, la lengua sí no la han podido rescatar. Hay algunas instituciones que tienen el sistema de educación propio tradicional, entonces está el tema de la lengua embera, los indígenas me decían que estaban apropiando, pero no conozco a nadie que hable embera”.*

*(Caponia José María Escriba, 28-103:19)*

Otro escenario de enseñanza de la lengua Embera y en donde las enfermeras de salud pública participan es en la IPS intercultural. Esta institución imparte clase de Embera a los empleados indígenas y *caponias*. Las enfermeras, caracterizadas por ser mestizas procedentes del mismo departamento —cuya lengua nativa es el español, con acento y matices propios de la región conocida popularmente como paisa—, asisten a las clases de Embera aprendiendo con dificultad algunas palabras y frases a pesar de ello no ser necesario ni en la cotidianidad ni para realizar su cuidado ni para los controles, pues todos los indígenas Embera Chamí del municipio hablan español.

*“Por lo general, en ninguno de los resguardos tenemos gente hablante, pero estamos aprendiendo. Por ejemplo, a todos los empleados de la IPS nos están enseñando el día sábado”.*

*(Médica tradicional Aura Mota, 24-51:22)*

Los eruditos en competencia cultural coinciden en determinar la importancia de hacer una evaluación de las necesidades lingüísticas de los individuos. Dentro de este concepto, la lengua aparece como una característica que determina al receptor de cuidado y por ello se concibe como base para el cuidadoculturalmente competente (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015; Purnell, 2005; Transcultural C.A.R.E Associates, 2015).

Por otra parte, investigaciones comprueban cómo la adaptación a un lenguaje común es una de las dimensiones de mayor relevancia para el desarrollo de la competencia

cultural, que en este caso particular sucede entre profesionales y pacientes que no hablan el mismo idioma (Fernandez et al., 2004; McKenzie et al., 2015; Plaza Del Pino et al., 2013). Así, las diferencias en la comunicación verbal entre profesionales y receptores de cuidado constituyen una barrera significativa para la materialización de la competencia cultural.

Con todo esto en mente, y a partir de las consecuencias históricas de la colonización de la cultura occidental en territorios indígenas, los Embera, al haber ido perdiendo su lengua nativa, adoptaron el mismo idioma de las enfermeras (el español), lo cual los ha despojado de una barrera para el cuidado culturalmente competente. Este fenómeno, propiciado por hechos históricos, se muestra contrario a lo demostrado en otros estudios, en los cuales las enfermeras son hablantes de una lengua diferente a la población a la que atienden.

Sin embargo, las enfermeras se vinculan al aprendizaje de la lengua ancestral de la comunidad Embera sin ser una necesidad, como sí podría serlo para los indígenas. Por esta razón, se demuestra que la competencia cultural de las enfermeras de salud pública para esta población traspasa los límites del acto de cuidado, ya que buscan relacionarse con los elementos esenciales que dan identidad a la cultura indígena. La asistencia a las clases de lengua Embera permite a las profesionales otro tipo de relaciones, lo cual facilita los encuentros culturales, como ya se explicó en categorías anteriores.

*3.3.2.2 Categoría 2.2: Como Embera estoy contento con las enfermeras y la IPS intercultural, aunque en ocasiones me molesta esperar*

Esta categoría expresa la percepción positiva y de satisfacción de los indígenas frente al cuidado recibido por las enfermeras de salud pública en los controles de crecimiento y desarrollo, hipertensión arterial y planificación familiar. Con frecuencia y facilidad, los indígenas explican su sentir positivo y de agrado al comparar la atención recibida en la IPS intercultural frente a las experiencias pasadas negativas producto del servicio en otra institución de salud sin lineamientos interculturales ni atención basada en el respeto, la cortesía, el tono de voz sereno y la atención oportuna (según versión de los pacientes). De todos modos, cuando el tiempo de espera para ser atendidos es mayor al estipulado, los indígenas siguen mostrándose en descontento y molestos, lo que les recuerda su experiencia de ser atendidos en otras IPS.

#### *3.3.2.2.1 Subcategoría 2.2.1: Como Embera estoy contento con la enfermera y con la IPS intercultural, la otra no nos gustaba*

Los indígenas se sienten satisfechos con el cuidado recibido por las enfermeras de salud pública. Dicho sentir se vincula principalmente con la organización de la IPS, la cual brinda, entre otras, la consecución de citas de manera rápida (ya sea personalmente o por teléfono), el acercamiento de los servicios de atención a algunas comunidades indígenas (apoyo de transporte, estadía y alimentación cuando se requiere tratamientos en la cabecera municipal), el tratamiento respetuoso (con un lenguaje cortés) y la integración de conocimientos tradicionales con occidentales (que ofrece una atención en salud a partir de los dos saberes).

Con relación a la complementariedad en los procesos de atención tradicional y occidental, por lo general los beneficiarios acceden a ambos tratamientos, pues dentro de sus creencias los dos saberes tienen cabida y aceptación de manera natural. En ocasiones, los indígenas no solicitan ni buscan de manera insistente al médico tradicional de la institución o no tienen presente que la entidad de salud ofrece el servicio de medicina tradicional, lo cual puede estar relacionado con que esta modalidad de atención es relativamente reciente o a que históricamente los médicos

tradicionales viven en las comunidades y los indígenas acuden a ellos sin horarios establecidos.

*“Ellos [los Embera] se sienten en la IPS cuando los atiendo como si estuvieran como en un grupo interdisciplinar de súper especialistas, o sea todo el mundo los está viendo, ellos se sienten felices y de por sí la gente tiene mucha aceptación del médico tradicional”.*

*(Enfermera María Gañán, 24- 83:42)*

*“En esta comunidad la gente casi no está acostumbrada al médico tradicional”.*

*(Enfermera Susana Vargas, 28-160:23)*

Los indígenas Embera Chamí se sienten bien atendidos por las enfermeras de salud pública en los controles. La justificación verbal de los indígenas no es específica ni detallada en relación con el significado de sentirse bien atendidos, sin embargo, manifiestan que las enfermeras de salud pública les explican con claridad la situación de salud consultada dependiendo de cada control y de las acciones o cuidados que deben realizar. Les hablan de su formalidad, su cordialidad, su atención respetuosa y sienten recibir un cuidado completo y dedicado; especialmente en los controles de crecimiento y desarrollo al incluir la valoración física, mental, social y cognitiva de los niños con juegos y actividades lúdicas.

*“Las enfermeras siempre están pendientes de los niños, cómo van, si están bajo de peso, todo bien”.*

*(Indígena Teresa Sora, 13-14:4)*

En relación con las explicaciones de las enfermeras, los indígenas reciben la socialización de lo encontrado en la valoración física con palabras sencillas. En ello, se incluyen los actos de cuidado realizados con especial énfasis en la impresión de salud

que las enfermeras tienen sobre el indígena después de la anamnesis y valoración física. Si es necesario, las enfermeras ofrecen detalles de nombres, cantidades, función, horarios y formas para tomarse los medicamentos, además de los repetidos cuidados que el indígena debe realizar en la casa para mejorar o proteger su salud.

*“[La enfermera] es muy formal, le dice y le explica a uno bien las cosas, cómo debe tomarse uno los medicamentos, para mi está bien así”.*

*(Indígena Pedro Gaitán, 13-3:23)*

La explicación y las respuestas de las enfermeras ante las dudas suscitadas por el indígena también son expresadas como actos de cuidado adecuado. Dicha situación va en coherencia con las adaptaciones en el lenguaje y en el empeño que hacen las enfermeras en explicar la situación física encontrada al momento de realizar la anamnesis y valoración física dentro del control.

Otro factor en que los indígenas se sienten bien atendidos se relaciona con la formalidad y el respeto en el cuidado de las enfermeras de salud pública. Esta situación se explicita en el saludo atento y amigable en el control, el acercamiento físico educado y la indagación holística y profunda sobre el estado de salud percibida por los indígenas, lo que puede afectar la tranquilidad del paciente.

*“Atienden súper bien, la atención y como la forma de ser de todos, lo reciben a uno con un gesto amable, vea este momento: yo salí como liviana con todo lo que dije. Salí muy bien, aquí la atención es sobrada. Me siento súper bien”.*

*(Indígena Cecilia Rojas, 13-13:18)*

Para los indígenas, los gestos amigables, las sonrisas, el contacto físico educado, la atención a sus comentarios, las palabras amables y la empatía de las enfermeras facilitan la labor, al punto en que son valoradas como buenas o malas profesionales en

términos de si adoptan o no estas conductas al momento del cuidado. Inclusive, si la enfermera durante la cita no actúa con amabilidad, ello puede generar sentimiento de miedo en los indígenas, interfiriendo en la decisión del indígena de asistir o no al control.

*“A uno siempre le daba miedo ir al control pensando pues en eso, ahora años siempre era como esa rabia, a uno le daba susto asistir porque siempre era como tratándolo a uno como de mala gana o yo no sé... A yo me daba mucho miedo ir, yo antes no iba [sic]”.*

*(Indígena Lina Pinzón, 28-75:24)*

El tiempo, la disposición y la escucha que se dedica al control por parte de las enfermeras son factores que producen sensación de un cuidado adecuado en los indígenas Embera Chamí. De manera especial, las mujeres indígenas manifiestan gratificación cuando las enfermeras brindan espacio para escuchar otros aspectos no ajustados a los objetivos del control y que tienen que ver con su cotidianidad.

*“Bien, no, bien. A lo bien, porque yo a ustedes les conté, a mí me ayudó a salir adelante con ella, fue, la enfermera María Gañán. ¡Ay!, ella es muy linda, bella gente, ¡ay, no sé! Uno a veces llega muy desmotivado en muchas cosas y ella ese día me vio llegar y me dijo: «no» ... Lo linda la forma de ser”.*

*(Indígena Cecilia Rojas, 28-78:23)*

Los indígenas Embera Chamí, al expresar su gusto del cuidado recibido por las enfermeras, con frecuencia relacionan su sentir a otros momentos diferentes al encuentro de cuidado y a varios asuntos externos de índole institucional. Aspectos como el acceso a las citas, la atención oportuna, los tiempos de espera, la amabilidad y la resolución de sus situaciones son de gran importancia. Por esta razón, los indígenas identifican el cuidado de enfermería y la atención en salud como un derecho adquirido y esperan ser bien atendidos en todas las etapas.

*“En varias oportunidades ha pasado que cuando pregunto por la atención de la enfermera, los indígenas terminan hablando de aspectos institucionales como pedir las citas por teléfono, o que no los ponen a esperar o que la atención es buena en general en la institución”.*

*(Observación participante, 24-68:18)*

*“Uno quiere saber cómo está su hijo, ya si uno no lo trae al control es por irresponsabilidad, porque es un derecho que tiene”.*

*(Indígena Susana Tovar, 24-63:8)*

Como se mencionó inicialmente, para los indígenas atendidos en la institución intercultural del presente estudio, el tema del cuidado por parte de las enfermeras es comparado con experiencias pasadas en otra institución y con otro tipo de profesionales de la salud en donde la percepción era negativa o de mala atención. Por ello, los Embera suelen tener una prevención con respecto a actitudes de irrespeto, comentarios despectivos, tonos de voz altos, exaltados, dificultades para la obtención de las citas, tiempos de espera prolongados o diagnósticos tardíos.

*“A mí me gusta mucho porque allá [en la IPS intercultural] no es tan duro como allí [otra institución de salud], allí pa’ uno pedir una cita es un problema”.*

*(Indígena Diana, 13-70:5)*

*“Uno estaba allá [en otra institución] y se llegaban dos, tres horas para que lo atendieran. Vea, no, me pasó una vez, yo llegué a las 10 de la mañana a una cita para el niño y me atendieron a las 4 de la tarde”.*

*(Indígena Cecilia Rojas, 28-96:3)*

Esta subcategoría da respuesta a la necesidad sentida de algunos investigadores sobre conocer la percepción del receptor de cuidado en relación con la competencia cultural (Loftin et al., 2013; Renzaho et al., 2013; Starr & Wallace, 2011; Swanson, 2012). Los resultados surgidos exponen la importancia que tiene para los indígenas la alianza y sincronía institucional con el acto de cuidado culturalmente competente realizado por las enfermeras de salud pública. En este sentido, para los indígenas Embera Chamí el cuidado culturalmente competente es percibido en el conjunto de acciones institucionales y profesionales asociadas con el acceso rápido a los servicios, en el apoyo económico para el mantenimiento de los tratamientos, en la disminución de los tiempos de espera en la atención, en la integración de los saberes tradicionales y occidentales y, sobre todo, en el cuidado basado en el respeto, la cordialidad y cercanía.

Por su parte, los resultados de la presente subcategoría, en relación con las enfermeras, son coincidentes con algunas investigaciones que abordan la satisfacción de los pacientes en el cuidado culturalmente competente. En los estudios de Starr & Wallace (Starr & Wallace, 2011), Castro & Ruiz (A. Castro & Ruiz, 2009) —sobre la percepción del cliente en relación con la competencia cultural de la enfermera— y Paez (Paez et al., 2009) —realizado con médicos—, el proceso comunicativo emerge como elemento prioritario de la competencia cultural, tal y como sucede en el presente estudio. Los receptores de cuidado identifican que, por un lado, la enfermera generalmente tiene un lenguaje tranquilo, responde de manera clara a las preguntas, explica los resultados del examen físico y, por otro lado, que los médicos solicitan y ofrecen intercambio de información durante la visita médica, el cual es considerado como una actitud culturalmente competente por los pacientes.

La comunicación relacionada con la satisfacción de los pacientes en la atención culturalmente competente también ha emergido en estudios cualitativos como el de Garret et al. (Garrett et al., 2008) y Vogler et al. (Vogler et al., 2010), en los cuales se identificó que los pacientes valoran como experiencias positivas la información, la participación, el tratamiento compasivo, amable y respetuoso, y la comunicación

honestamente expresada con preocupación, características que en su mayoría son coincidentes con los resultados del presente estudio.

Otras investigaciones también demuestran la importancia de la comunicación en la competencia cultural. Prueba de ello es el resultado de una revisión sistemática encontrada en la literatura gris, en la cual se confirma que la comunicación paciente-profesional determina una de las cinco áreas que permite evaluar la atención culturalmente competente (Ngo-Metzger et al., 2006).

Por otra parte, la negociación general o decidir opciones de tratamiento entre el profesional y la persona que recibe el cuidado emerge como elemento de la competencia cultural en estudios tanto cuantitativos como cualitativos y revisiones sistemáticas (A. Castro & Ruiz, 2009; Cioffi, 2006; Ngo-Metzger et al., 2006; Starr & Wallace, 2011), acciones que no son plenamente ofrecidas por las enfermeras de salud pública a los indígenas Embera Chamí. Dicha situación no se encuentra relacionada a actos de imposición por parte de las enfermeras, sino que puede estar más bien sujeta a las pocas posibilidades del indígena, a las restricciones del sistema de salud o a la visión filosófica inconsciente de la profesional, que brinda la opción más apta y alcanzable para el indígena Embera Chamí.

El discernimiento en el cuidado recibido proporcionado por los indígenas Embera Chamí aporta al vacío investigativo encontrado en la literatura sobre la percepción del receptor de cuidado para entender el fenómeno de la competencia cultural que, para este caso se enfocó en las enfermeras de salud pública. El resultado emergido muestra la íntima relación de la competencia cultural con las directrices institucionales del lugar en donde se labora; sin embargo, se resalta la forma adecuada de comunicación verbal y no verbal que deben tener las enfermeras de salud pública, detalle ya descrito en otros estudios de tipo cuantitativo, cualitativo y revisiones sistemáticas.

### *3.3.2.2.2 Subcategoría 2.2.2: Como Embera, en ocasiones me molesta esperar la atención*

Una característica específica de los indígenas Embera Chamí, con relación a la percepción del cuidado recibido por las enfermeras de salud pública, es la exaltación frente a algunos tiempos de espera momentos previos. Los indígenas de manera previa, ya sea personalmente o por teléfono, solicitan y programan el encuentro para ser atendidos en los controles de crecimiento y desarrollo, hipertensión arterial o planificación familiar. La IPS en donde se realizó la investigación tiene estipulados 40 minutos para cada control, situación que conlleva, en términos generales, que se cumplan los horarios acordados. Sin embargo, ante alguna eventualidad que produzca que a los indígenas les corresponda esperar, con frecuencia lo expresan en forma de disgusto e insatisfacción.

*“Ingresa al control el papá y la mamá con la niña de un año. Los padres entran con una actitud brava, alterados, manifiestan que se demoraron mucho en llamarlos y la niña ya está cansada”.*

*(Observación participante, 13-68:1)*

El tiempo de espera constituye un elemento de relevancia para la percepción del cuidado en los indígenas Embera Chamí, ya que hace parte de la concepción de sentirse bien atendido. En la actualidad, el tiempo de espera para recibir atención en los servicios de salud forma parte de los recuerdos constantes y desagradables vividos con anterioridad en otra institución de salud, ya que se comparan con frecuencia los tiempos de espera entre establecimientos de atención y valoran que en la IPS intercultural por lo regular cumplan con los horarios estipulados.

*“Yo me siento bien atendida, vea, siempre lo tratan a uno bien, le explican a uno las cosas y todo eso. Porque muchas veces una va a otra parte y lo hacen esperar a uno mucho, no lo atienden a la hora que es y todo eso”.*

*(Indígena Teras Sora, 28-97:12)*

*“Sentirme bien atendida es... Pues que uno llegue y... Pues más o menos que no se demore mucho. Es que a veces, siempre le iba a uno muy mal en el hospital, pues... llegaba y eso era eteeeeerno”.*

*(Indígena Lida Pinzón, 28-159:20)*

La insatisfacción ante la espera se observa con mayor intensidad en los controles realizados en el área urbana, pues la mayoría de indígenas que viven en ella cohabitan en medio de empleos u obligaciones laborales, sociales y familiares que les limitan el tiempo disponible para cumplir con el control. Por su parte, los indígenas de la zona rural que deciden asistir a los controles en la zona urbana —por proximidad o por no haber atención cerca de su comunidad— tienen la dificultad de regresar a sus hogares, además de tener el tiempo limitado por requerir realizar otras actividades como la consecución de alimentos no perecederos, elementos de aseo, compra de indumentaria, visita a familiares, entre otros.

*“Mínimo cuando van a ser las 5:00 pm no falta el que llega tarde, yo siempre los atiende, por lo del traslado, yo sé lo del transporte. Eso se van para el parque, se embolatan y llegan tarde a la consulta”.*

*(Enfermera Susana Vargas, 28-115:8)*

Tanto la institución intercultural como las enfermeras de salud pública saben y comprenden la importancia que tiene para el indígena Embera Chamí la realización de determinadas actividades consideradas como prioridades, especialmente cuando se realizan los controles en la zona urbana. Por ello, la institución tiene un tiempo establecido para cada control superior al recomendado por el Gobierno Nacional, que

en la actualidad es de 20 minutos, mientras en la IPS intercultural es de 40 minutos. Así mismo, las enfermeras de salud pública se adaptan y modifican con facilidad la planeación y los horarios establecidos para cada control ante los cambios inesperados que en ocasiones establecen los indígenas Embera Chamí.

*“Siendo las 10:30 am, al llegar la investigadora, se encuentra con que el próximo control es de hipertensión arterial para un indígena que tenía programado el control a las 8:00 am y la enfermera decide atenderlo”.*

*(Observación participante, 28-131:1)*

En la literatura científica actual relacionada a la competencia cultural, el tiempo de espera para recibir el cuidado se vislumbra como un elemento trascendental para su desarrollo. De hecho, este aspecto solo surge en un estudio cuantitativo correlacional, cuyo objetivo era conocer el grado de competencia cultural en las enfermeras y las medidas de satisfacción en mujeres de origen latino (A. Castro & Ruiz, 2009). En dicho estudio, se concluyó que la reducción de los tiempos de espera produce satisfacción en estas receptoras de cuidado.

Los escasos resultados científicos que relacionan los tiempos de espera para recibir el cuidado en salud y la percepción de la atención, en general, dejan al descubierto cómo este es un patrón cultural que afecta de manera negativa a la población latina, lo que se puede equiparar con los indígenas Embera Chamí. Sin embargo, el análisis con la literatura existente también permite inferir que no solo para otras culturas la espera puede ser un patrón sin relevancia, sino que, en países anglosajones como Estados Unidos —en donde existe la mayor producción intelectual—, el cumplimiento de los tiempos estipulados para la atención se da a cabalidad y, por lo tanto, no emerge como una barrera para el cuidado culturalmente competente.

Esta subcategoría permite concluir que existen elementos culturales, como el cumplimiento en los tiempos acordados, que se convierten en un reto predecible en el cuidado culturalmente competente, y que su reconocimiento permite adaptar sus

soluciones tanto a nivel institucional como profesional, para que la atención que ofrece la enfermera sea recibida de manera positiva y acorde a las necesidades de quienes reciben el cuidado.

### *3.3.2.3 Categoría 2.3: Como Embera, intento seguir las recomendaciones de la enfermera, aunque las recomendaciones sobre la comida son difíciles de seguir*

Esta categoría, compuesta por dos subcategorías, demuestra el interés de los indígenas por incorporar en sus vidas los cuidados ofrecidos por las enfermeras de salud pública. Además, da cuenta de los resultados en salud o asuntos no verbales ocasionados en los Embera Chamí producto del acto de cuidado culturalmente competente ofrecido por las enfermeras en los controles de crecimiento y desarrollo, hipertensión arterial y planificación familiar. En detalle, la categoría muestra la disposición, intención o deseo del indígena en adaptarse a las recomendaciones, a la educación o a los cuidados realizados por las enfermeras; además, se demuestra el aumento o mantenimiento de la asistencia a los controles, situación que repercute de manera directa en la disminución de la cantidad de pacientes que no asisten, lo que mejora las metas institucionales.

Los resultados en salud positivos observados en los indígenas Embera Chamí se ven acompañados de la buena voluntad, aunque ello contrasta con la gran dificultad de realizar modificaciones sobre los hábitos alimenticios. Dicha situación es influenciada por aspectos económicos (que no permiten la consecución de algunos productos), por aspectos socioculturales (las harinas y las grasas forman parte de los alimentos del diario vivir), o aspectos más personales, como la costumbre y el gusto de los indígenas, lo cual impide un cambio efectivo en los hábitos alimenticios de los Embera.

### *3.3.2.3.1 Subcategoría 2.3.1: Como Embera, intento seguir las recomendaciones de la enfermera y regreso al control*

En los asuntos no verbales relacionados con la percepción de los indígenas, vislumbrados como resultados en salud, se puede inferir que los Embera durante y posterior a la realización del control entienden, acatan, recuerdan y aspiran a cumplir las indicaciones o cuidados ofrecidos por las enfermeras. No obstante, en ocasiones pueden perder algunos detalles.

Cuando los indígenas tienen claro que una recomendación o tarea ofrecida por las enfermeras no pueden cumplirla por razones económicas, sociales, geográficas, religiosas, culturales o personales, ello se expresa en la consulta, en busca de que la acción sea tenida en cuenta y se puedan socializar otras opciones. Si la recomendación en definitiva no puede ser realizada por el indígena, él o ella simplemente escuchará.

*“Jum, mamita, pero yo para ir a buscar una promotora tengo que ir de aquí a la Conchinchina [sic]”.*

*(Indígena Cecilia Rojas, 28-11:33)*

Las indicaciones percibidas con más interés y de mayor cumplimiento en los indígenas son las realizadas en los controles de crecimiento y desarrollo, ya sean relacionadas a la alimentación, el desarrollo físico y las capacidades motoras o cognitivas del niño/niña. Las madres, al ser las principales cuidadoras y acompañantes en dichos controles, tienen una actitud receptiva y demuestran especial interés por aprender los cuidados que aumentan la salud, el bienestar, el crecimiento y el desarrollo de sus hijos.

*“Al niño me le hicieron una endoscopia y le descubrieron en Manizales que tenía gastritis infantil, le mandaron 90 pastas de omeprazol por tres meses, entonces resulta y pasa que eso allá no me lo dieron. Entonces yo bajaba cada tres días al pueblo a comprar las benditas pastas”.*

*(Indígena Cecilia Rojas, 28-95:91)*

Para el manejo de la hipertensión arterial, se observa en los indígenas una mezcla entre la utilización de medicamentos naturales (en especial de bebidas con plantas medicinales recomendadas por médicos tradicionales, familiares o amigos) y medicamentos occidentales ofrecidos de manera gratuita por la institución prestadora de servicios de salud, aunque tienen mayor afinidad y aceptación hacia los primeros (los medicamentos tradicionales).

*“Yo de miedo de la presión alta, empezaron a decirme que tome de esto y de tal cosa. Yo con el miedo de tomar las pastas, yo tomaba muchas bebidas. A mí me decían que savia china, pa’ la presión, que cidra... esa cidra bichecita [sic]”*

*(Indígena Lida Pinzón, 28-157:18)*

Aunque los indígenas aceptan las indicaciones ofrecidas por las enfermeras sobre la importancia de adquirir estilos de vida saludables, se observan pocos resultados en salud en ellos. Así, el incremento en el consumo de alimentos balanceados, de frutas y verduras, de agua y su aumento del ejercicio o actividad física, no son actos realizados con regularidad en el indígena Embera Chamí, ya sea por posibilidad, acceso, costumbre o voluntad, a pesar de ser conscientes de sus beneficios. Esta situación interfiere de manera directa en el estado de salud y de manera especial en los indicadores asociados a la patología de hipertensión arterial, padecida por algunos indígenas Embera Chamí.

*“La investigadora le pregunta a una de las mamás si está haciendo las recomendaciones que le dio la enfermera en la consulta pasada sobre la alimentación. La indígena dice que ninguna, la enfermera interviene diciéndole que, si consume manteca por no tener dinero para el aceite o por costumbre, la indígena dice que por costumbre. La enfermera dice: «es difícil cambiar los métodos de comida». La indígena asienta con la cabeza”*

*(Observación participante, 28-61:7).*

En relación con los resultados en salud observados o percibidos con respecto a los métodos de planificación familiar (un acto propio de las mujeres indígenas), se evidencia que las mujeres se muestran interesadas y con voluntad para cumplir las recomendaciones ofrecidas por las enfermeras. Sin embargo, este interés puede verse interferido por las dificultades de acceso al método o a la influencia de sus parejas para no planificar, pues los hombres indígenas ven la planificación familiar como una amenaza contra la monogamia, situación explicada anteriormente.

Otro factor emergido de manera inconsciente entre ambos actores —enfermeras e indígenas— es la posibilidad de verse reflejado con las bondades de la acción que se pretende realizar. Esta situación pareciera que despierta un sentimiento de confort y confianza, por lo cual ratifica el deseo de seguir la indicación de manera más tranquila y definitiva.

*“La enfermera, la doctora María Gañàn, es una belleza, la vez que yo traje al niño aquí, me subió los ánimos y me dijo que no le dejara colocar los audífonos porque la gente lo iba a mirar feo. Mire que ni es sordo, bueno ella me dijo yo tengo el mismo problema y aquí estoy y eche pa’ lante con ese niño. Vea mi amor, los raros son ellos. Ay no, él es muy lindo. Entonces a uno le sube los ánimos”.*

*(Indígena Cecilia Rojas, 13-13:16)*

La forma de cuidado culturalmente competente de las enfermeras estimula en los Embera cambios a nivel personal, reflejados en las metas institucionales. Al respecto, se puede observar con esta forma de cuidado que los indígenas tienen mayor adherencia a los controles, lo que al mismo tiempo produce un cambio en la intención de asistir al control (evidenciado en las listas de asistencia). Así, el indígena Embera Chamí ya no asiste pensando en que es un derecho, sino por la plena conciencia de mantener controlada su enfermedad o protegerse frente a algún factor de riesgo, lo cual repercute en el mantenimiento de su estado de salud y en el retardo de las complicaciones, lo cual se demuestra en las valoraciones fisiológicas.

*“Y cuando usted trata bien a la gente, se le adhieren al tratamiento, le siguen las recomendaciones, son juiciosos con las remisiones. Tuvimos la experiencia acá, un médico técnicamente malo, malo, esa man no daba pie con bola, pero era un amor con la gente, calificación: ese médico era el mejor. Imagínese, salía, cogía a la, con respeto, no con morbosidad, a la persona, le corría la sillita, si no los veía sentados, fulanita tráigame un tinto, un vasito con agua. ¡Esa amabilidad! Y mandaba tratamientos... ya mandados a recoger. «Y cómo le fue con... no, lo más de bien, ese señor»”.*

*(Embera Líder indígena 28-82:52)*

*"Cuando yo reviso los estadios renales, las creatininas, la micro albuminuria y, en algunos diabéticos que están yendo juiciosos, no se han complicado”,*

*(Enfermera María Gañán, 28-31; 06)*

*"Antes, cuando iniciamos el proceso, yo tenía una inasistencia del 40 al 60%. Ahora ya lo tengo en 15 a 12%, la gente ahora es más consciente de que hay que hacerse los controles, hacerse los exámenes, por lo menos se están tomando la droga"*

*(28-31:7)*

Los resultados en salud son apreciados en las intervenciones o acciones de cuidado específico, como sucede con la competencia cultural. Engebretson (2008) afirma que,

con esta forma de atención, se espera la satisfacción del paciente, la disminución en la estancia hospitalaria, la disminución de los síntomas, el equilibrio costo-efectividad y el aumento en la adherencia a los tratamiento.

Algunas investigaciones han demostrado efectos positivos del cuidado culturalmente competente con respecto a la satisfacción de los pacientes, lo cual refuerza la presente investigación. Un ejemplo de ello son las deducciones de Castro y Ruiz (A. Castro & Ruiz, 2009), quienes relacionaron la competencia cultural de un grupo de enfermeras con la satisfacción de las pacientes latinas. Al respecto, los autores advierten que la prestación de un cuidado culturalmente competente conduce al intercambio mutuo de información, a la negociación, al mejoramiento de la comunicación y a un mayor cumplimiento en las acciones de salud (A. Castro & Ruiz, 2009). Esta última característica equipara el cumplimiento de las recomendaciones en salud ofrecidas por las enfermeras de salud pública en la IPS cultural motivo de investigación en este texto, ya que es un elemento central de la subcategoría en cuestión.

Por otro lado, en una revisión sistemática (Renzaho et al., 2013), en la que se evaluó la eficacia de los programas culturalmente competentes en los pacientes de minorías étnicas en estudios realizados entre los años 2000 a 2011, se analizaron 13 investigaciones dentro de las cuales se concluyó que se ha demostrado eficacia de los modelos culturalmente competentes en términos médicos pero que, a pesar de que los programas pueden aumentar el conocimiento y la conciencia del profesional, no hay evidencia de que esto se traduzca en mejorar la salud del paciente. Estas derivaciones también están relacionadas con los productos planteados en la presente investigación, pues los resultados en salud son expresados por las enfermeras y los indígenas en términos de mejora o retardo de la sintomatología de una enfermedad, la disminución de los factores de riesgo y la asistencia al control.

En conclusión, la percepción de los indígenas se observa, además de la respuesta verbal, en acciones de adaptación que tienen un resultado de bienestar en cualquiera de las esferas de su vida. La cultura indígena muestra mayor preferencia, receptibilidad

y adaptabilidad por las acciones occidentales generadoras de bienestar orientadas a los niños, con mayor arraigo en los procesos autóctonos cuando son adultos y manejan su propia vida. Del mismo modo, los resultados en salud de la competencia cultural en el indígena también se relacionan con las metas institucionales, por lo tanto, la adherencia a los controles se considera un resultado en salud, al verse asociada con la disminución o el retardo de las complicaciones fisiopatológicas.

### *3.3.2.3.2 Subcategoría 2.3.2.: Como Embera, es difícil seguir las recomendaciones de la enfermera sobre la comida*

De manera sutil, e incluso oculta, los indígenas Embera Chamí aceptan, pero no se adaptan, o no muestran una respuesta en salud positiva hacia las recomendaciones o educación culturalmente competente realizada por las enfermeras de salud pública en el tema de alimentación balanceada. De acuerdo a los resultados hallados, los Embera escuchan atentamente a las enfermeras y coinciden sobre la importancia y beneficios que traen consigo la disminución de las grasas —manteca para ellos— y del consumo de harinas —entendida como la reducción en la ingesta de papa, yuca, plátano y arroz—. Los indígenas también son conscientes de las bondades de la información, sin embargo, no expresan en ningún momento una imposibilidad o incapacidad para poder adaptarse a dichas recomendaciones.

*“Si uno tiene una sana alimentación, entonces eso le va ayudar a que uno tenga una calidad de vida mejor, la salud va a mejorar, le va a mejorar la presión, el peso, ¿cierto?”*

*(Enfermera Faller Euser, 28-73:10)*

*“La carnita también, la carne no hay necesidad de echarle aceite, la misma carne bota la grasita para uno hacerla asadita. Se le echa un poquitico de agua, la deja un ratico y eso ahí mismo se va asando la carnita. Si de pronto comen tajadas de maduro tampoco hay necesidad de echarlas en aceite, las pone uno a asar, no hay necesidad de echarles tanto aceite”.*

*(Enfermera Faller Eusser, 28-73:13)*

Para los indígenas Embera Chamí, es difícil desistir de comer determinados alimentos o modificar la forma de alimentarse que han tenido históricamente. La dificultad de cambiar hábitos alimenticios se encuentra relacionada ya sea por las limitaciones económicas y de consecución, por costumbre y, sobre todo, por gusto en determinados alimentos como la papa, el plátano, el arroz y la yuca. Esta situación, que directamente perjudica su estado de salud —empeorando la patología padecida o aumentando los factores de riesgo—, se materializa en la imposibilidad para la disminución de peso, disminuir los valores de la tensión arterial y los valores de perfil lipídico.

*“Yo les digo: «cuiden la comida». No les estoy diciendo aguanten hambre, solo le baje un poquito, y el próximo control llega pesando más, subió de peso, y los laboratorios de grasas-triglicéridos son mucho peor”.*

*(Enfermera María Gañán, 28-31:05)*

La alimentación balanceada es el cuidado de enfermería que, según se observa, los indígenas no han logrado modificar, aun siendo ellos conscientes de las bondades y las posibilidades que tienen para acatar estas sugerencias. Los indígenas consideran importantes las recomendaciones ofrecidas por las enfermeras, pero tienen dificultad con seguirlas, con especial énfasis en aquellas relacionadas con la alimentación balanceada.

*“Yo le voy a enfatizar la dieta en las comidas sin dulces en la mañana y en la tarde frutas, jugos, coladitas sin tanto dulce. Vamos a hacer la aguadepanela del tetero más simplecita, no me le van a ofrecer nada de mecato, porque si no hay y no se lo ofrecemos ella todavía no sabe pedirlo. Que si pide un bombón porque vio a alguien, démosle un pedazo de mango, un pedazo de mandarina, de naranja, de guayaba”.*

*(Enfermera Susana Vargas, 28-14:7)*

*“La enfermera interviene diciendo que si consume manteca por no tener dinero para el aceite o por costumbre. La indígena dice que por costumbre”.*

*(Observación participante, 13-63:14)*

Esta subcategoría ofrece una señal de alerta a los procesos educativos realizados por las enfermeras de salud pública, especialmente quienes utilizan elementos culturalmente competentes para la realización de su cuidado. Tales profesionales esperan que estos elementos se constituyan en puntos determinantes para que los indígenas Embera Chamí tengan mayor autocuidado y con ello mejoren los resultados en salud.

La subcategoría expone de manera explícita los largos procesos, cambios lentos e incluso incongruencias que las enfermeras de salud pública deben aceptar como resultado de su cuidado, pues se observa cómo las personas aun sabiendo los beneficios y teniendo las posibilidades, no son capaces de cambiar determinado patrón o modificar algún estilo de vida, como la alimentación balanceada.

En relación específica a la competencia cultural, la subcategoría hace un aporte significativo al identificar los patrones o respuestas inconscientes o incongruentes de las personas que reciben el cuidado como un elemento a considerar para mejorar los resultados en salud. La experiencia de la investigadora con personas de otras comunidades indígenas y con estudiantes de pregrado permiten poner de manifiesto que en varias oportunidades estos tienen respuestas incongruentes al afirmar entender

alguna afirmación sin ser cierto, o al entender y ser conscientes de su imposibilidad para realizar la acción sin manifestarlo, o al pensar que pueden hacer el cambio de estilo de vida y el resultado ser infructuoso. Dichos comportamientos deben ser tenidos en cuenta por las enfermeras al ser parte de la cultura de las personas a las que cuida y con ello mejorar la materialización de la competencia cultural.

Los procesos conscientes o inconscientes que producen acciones incongruentes en las personas receptoras de cuidado no han sido tenidos en cuenta en la literatura relacionada a la competencia cultural. Por lo tanto, los resultados que surgen de esta investigación dejan en evidencia algunas acciones que se realizan pero que no generan ninguna repercusión en los resultados de salud de una persona, por lo cual se hace un llamado a replantear, modificar, desaprender u olvidar algunas formas de cuidado que pueden llegar a ser infructuosas. Del mismo modo, la invitación desde estos resultados suscita el entender que las personas tienen procesos mentales conscientes o inconscientes que no son del todo coherentes y, que, bajo la mirada de un cuidado culturalmente competente en salud pública, resulta necesario repensar las estrategias de educación para la alimentación balanceada.



## **4 Conclusiones y recomendaciones**

Este capítulo condensa los puntos de mayor relevancia de la competencia cultural en profesionales de enfermería en salud pública cuando cuidan a la población indígena y la percepción de ambos frente al cuidado realizado y recibido. Estos puntos, en conjunto con la reflexión profunda y abstracta de la investigadora, se relacionan con la literatura existente para generar aportes frente a las nuevas situaciones, rutas que dejen abierta la posibilidad para futuras investigaciones que complementen la temática investigada, dificultades superadas durante el estudio, el aporte a la disciplina de enfermería y a la evolución de la competencia cultural, y al mejoramiento del desarrollo de las enfermeras de salud pública que cuidan a la población indígena.

### **4.2 Aproximación a la competencia cultural en profesionales de enfermería en salud pública cuando cuida a población indígena y la percepción de ambos frente al cuidado recibido y realizado**

El análisis, descripción e interpretación de los datos provenientes del presente estudio permitieron un acercamiento a identificar los elementos de competencia cultural manifestada por los profesionales de enfermería en salud pública cuando cuidan a la población indígena y, a su vez, describir la percepción de ambos frente al cuidado recibido y realizado como elementos indispensables para la materialización de un cuidado culturalmente competente.

Los elementos culturalmente competentes de las enfermeras de salud pública se encuentran íntimamente relacionados con la definición proveniente de varios teóricos, quienes relacionan este concepto como un proceso amplio que debe ser adoptado por los sistemas, las instituciones, las políticas y, sobre todo, por los profesionales, a fin de desarrollar determinada conciencia, conocimientos, actitudes y habilidades para ofrecer sus servicios. Dichas acciones deben tener en cuenta de manera prioritaria la cultura y la percepción del cuidado ofrecido y recibido (Campinha-Bacote, 2002; Leininger & McFarland, 2002; McFarland & Wehbe-Alamah, 2015; Purnell, 2005).

De manera particular, los resultados determinan la influencia ejercida por las políticas en el accionar, consciente o inconsciente, de las enfermeras culturalmente competentes. Los lineamientos institucionales permiten que las enfermeras de salud pública, con formación culturalmente competente, coincidan con referentes explícitos existentes, lo cual deja en evidencia cómo las políticas que tienen en cuenta la cultura de las personas guían un trabajo desde esta perspectiva tanto en Colombia como en el mundo (Giger et al., 2007; Ministerio de Salud y Protección Social, 2016; Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración de España, 2011).

Como elementos culturalmente competentes, también emergen los encuentros culturales proporcionados por las enfermeras de salud pública y el indígena Embera Chamí en diferentes momentos de la cotidianidad y en el acto de cuidado. Lo anterior, sumado al conocimiento, la conciencia y la habilidad cultural de la enfermera, corrobora algunos constructos teóricos de competencia cultural desarrollados por Bacote (Transcultural C.A.R.E Associates, 2015), y la propuesta de mantenimiento, negociación y reorientación de los cuidados propuesta por Leininger para ofrecer cuidados culturales congruentes (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015).

Unido a los elementos emergidos de la competencia cultural, los resultados hacen un llamado a la transformación de los paradigmas teóricos de competencia cultural propuestos por Bacote y Leininger, a pesar de que se hayan podido corroborar constructos y afirmaciones de dichas posturas en las que el único responsable es el

profesional. El análisis e interpretación de todos los datos dejan muy en claro la importancia e influencia que tienen los sistemas, políticas y profesionales para materializar un cuidado culturalmente competente cuando se realiza entre las enfermeras y los indígenas Embera Chamí. Esta visión es tenida en cuenta de manera implícita en la metasíntesis sobre la experiencia de enfermeras frente al cuidado a familias culturalmente diversas (Arias Murcia & López, 2016).

Los elementos de competencia cultural emergidos fortalecen de manera contundente el supuesto denominado por Purnell como variaciones intraculturales (Purnell, 2002, 2005), por Campinha-Bacote como variaciones intraétnicas (Campinha-Bacote, 2002; Transcultural C.A.R.E Associates, 2015), por Leininger como subcultura (Leininger & McFarland, 2002; McFarland & Wehbe-Alamah, 2015) y por Schim y colaboradores como diversidad cultural (Schim & Doorenbos, 2010; Schim et al., 2005). Todos estos conceptos consisten en identificar las diferencias religiosas, educativas, geográficas, cronológicas y demás entre personas de la misma raza, etnia o nacionalidad como condición importante para ofrecer un cuidado culturalmente competente, lo cual pudo determinarse claramente por las enfermeras de salud pública que cuidan a indígenas Embera Chamí.

Los resultados también demuestran que cuando las enfermeras de salud pública cuentan en su trabajo con respaldos legales, políticos e institucionales, el cuidado culturalmente competente se facilita, pues las profesionales responden de manera coherente a estos lineamientos ayudando al fortalecimiento de la cultura de los indígenas, principalmente en el proceso salud enfermedad. Esto conlleva un aumento en los resultados en salud de las personas a quienes cuidan y acrecienta el cumplimiento de la cobertura institucional, situaciones reportadas en la literatura como un aporte conocido y esperado del cuidado culturalmente competente, y que en este caso se manifiesta con algunas dificultades de los indígenas para cambiar estilos de vida asociados a la costumbre y a los gustos en la alimentación, los cuales no están plenamente reportados en la literatura, convirtiéndose en un reto específico que amerita cuidado culturalmente competente en la práctica y la investigación de las enfermeras en salud pública cuando cuidan a la población indígena.

En conexión con los respaldos legales y políticos que permiten mayor habilidad cultural de la enfermera, fortaleciendo la cultura de los indígenas, la competencia cultural se extiende a elementos de importancia cultural no relacionados con el proceso de salud-enfermedad, como sucede en este caso con la recuperación de la lengua Embera, ya que las enfermeras asisten a clase y se observan interesadas en el aprendizaje, a pesar de no ser necesario para la realización de su cuidado.

En concordancia con lo anterior, la empatía emerge como una característica de las enfermeras culturalmente competentes al realizar cuidados con base en los estilos de vida, gustos y necesidades de los indígenas, por lo que sobresale el entender y el accionar en coherencia con la importancia que tiene para el indígena un acercamiento familiar y respetuoso por parte de las profesionales. La perspectiva empática ha emergido en varias investigaciones de la temática, sin que hasta el momento sea identificada como un componente primario de la competencia cultural (Costa dos Reis & Mendes Costa, 2014; Ngo-Metzger et al., 2006; Páez & Castaño, 2009; Vogler et al., 2010).

La comunicación asertiva, también, surge como un elemento indispensable del cuidado culturalmente competente. Esta acción es frecuentemente observada en la literatura e investigaciones relacionadas con el tema (A. Castro & Ruiz, 2009; Quickfall, 2009). Los resultados descritos en esta tesis hacen referencia al tono y volumen de la voz, entonaciones, reflexiones y deseos de las enfermeras por compartir pensamientos y sentimientos como bien lo describe Purnell en su teoría (Purnell, 2005; Purnell & Paulanka, 2005).

Al existir una adaptación de la comunicación por parte de las enfermeras, ello se convierte en un elemento unificador entre la profesional y el indígena, y no una barrera como se expone en la mayoría de investigaciones. En el presente estudio, surge un obstáculo externo en el proceso de comunicación, conocido por las enfermeras como

el exceso de diligenciamiento de documentos oficiales, dificultad no referenciada en la literatura mundial de competencia cultural.

Otro aporte emergido como elemento de la enfermera culturalmente competente lo constituyen los conocimientos específicos de la profesión. Para el caso de la enfermería, hace referencia a las indicaciones, valoraciones, uso de herramientas clínicas y de cuidado ante la enfermedad o riesgo y guías de atención emitidas por el Ministerio de Protección Social como componente base para el cuidado culturalmente competente.

Autores como Papadopoulos relacionan el conocimiento cultural con las creencias y los comportamientos del grupo cultural —lo que se puede interpretar como el conocimiento general—, lo cual incluye una comprensión científica desde el ámbito social, biológico y psicológico (Papadopoulos, Tilki, & Ayling, 2008). En ello, se puede conocer de manera específica determinado grupo poblacional, al afirmar que dicho conocimiento se deriva de una serie de disciplinas como la antropología, la sociología, la psicología, la biología, la enfermería, la medicina y las artes (Papadopoulos & Lees, 2002; Papadopoulos, Shea, et al., 2016). Sin embargo, la literatura no reporta como elemento de la competencia cultural el conocimiento específico y personal de cada enfermera para el desarrollo de su actividad profesional, rasgo que sí se evidencia en los resultados del presente estudio.

Con relación a la percepción del indígena y a la enfermera de salud pública frente al cuidado recibido y realizado, los datos obtenidos permiten interpretar como resultado final el sentimiento positivo que tienen ambos actores sobre el acto de cuidado. Se demuestra la satisfacción de las enfermeras y Emberas cuando las profesionales se involucran en el contexto de los indígenas, lo que les permite vivir y tener experiencias cotidianas, laborales y personales que cambian la perspectiva y creencias de vida. Estas acciones son reportadas en la literatura como encuentros culturales (Transcultural C.A.R.E Associates, 2015), ya evidenciados en otros estudios (Costa dos Reis & Mendes Costa, 2014; Hagman, 2007; Matteliano & Street, 2012).

La mayoría de encuentros culturales vividos entre las enfermeras de salud pública y los Embera Chamí generan en ambos bienestar, gozo y satisfacción personal. Incluso, en las enfermeras, esto también genera satisfacción profesional, por lo que se deja en evidencia tanto la importancia del sentir como componente esencial de la competencia cultural, como la repercusión que la competencia cultural tiene frente a momentos diferentes al acto de cuidado y que producen satisfacción para quien cuida y quien recibe el cuidado.

Con relación a los Embera, el análisis de resultados permite vislumbrar la satisfacción de esta comunidad con las enfermeras y, de manera conjunta, con la IPS intercultural cuando el cuidado se realiza con base en el respeto, la formalidad, el suficiente tiempo para el cuidado, la explicación detallada y la valoración completa. Todo ello relacionado, además, con un contexto institucional de acceso a las citas, atención oportuna, acercamiento de la institución a las comunidades, apoyo en transporte, estadía, alimentación e integración de la medicina occidental y tradicional.

Las características de las enfermeras —concernientes al respeto, formalidad, tiempo dedicado en la consulta, valoración y explicación detallada de lo encontrado— que favorecen la percepción del indígena Embera Chamí sobre el cuidado recibido ya han sido reportadas en otros estudios relacionados con la competencia cultural con diferentes poblaciones (A. Castro & Ruiz, 2009; Garrett et al., 2008; Paez et al., 2009; Starr & Wallace, 2011; Vogler et al., 2010). Sin embargo, la estrecha relación con las características y modos de atención institucional han sido nombradas en las definiciones de competencia cultural, mas no se han reportado en la literatura teórica ni investigativa como elemento indispensable del cuidado culturalmente competente.

La percepción del Embera, además de plasmarse en la satisfacción expresada, se vislumbra en los resultados en salud. Para los indígenas, el control realizado por las enfermeras cobra otro sentido de importancia para su vida, por lo que intentan seguir

las recomendaciones ofrecidas por las profesionales, especialmente en lo relacionado a la adherencia a los medicamentos, aumento del autocuidado y mayor asistencia a los controles. Lo anterior influye de manera positiva en el estado de salud de los indígenas, retardando las complicaciones de algunas patologías o disminuyendo los factores de riesgo.

Pese a los aspectos con los que el cuidado culturalmente competente puede influir de manera positiva en la salud de los indígenas, los asuntos relacionados con la alimentación balanceada son difíciles de cumplir para este grupo poblacional, situación novedosa al no reportarse de manera explícita en la literatura científica. De este modo, se destaca cómo la alimentación balanceada se constituye en un factor en el que la competencia cultural no tiene la capacidad de intervenir ni modificar para el caso de los Indígenas Embera Chamí convirtiéndose en un reto inminente para la práctica e investigación de cuidados culturales con población indígena.

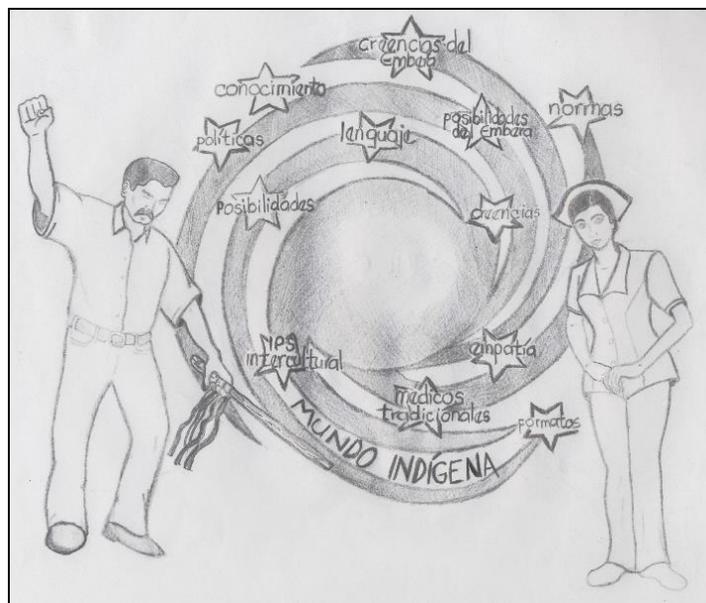
Como elemento de importancia en la percepción del indígena Embera Chamí, frente al cuidado recibido, se encuentra además la molestia con el tiempo de espera para ser atendido, cuyo reclamo se hace desde tiempo atrás con otras instituciones y que en algunos casos persiste en la actualidad, asunto que coincide con reportes de otros estudios con población latina (A. Castro & Ruiz, 2009).

### **4.3 Reflexiones de la competencia cultural en profesionales de enfermería en salud pública cuando cuidan a la población indígena y la percepción de ambos frente al cuidado recibido y realizado**

La figura 3 sintetiza la competencia cultural de la enfermera de salud pública cuando cuida a la población indígena y la percepción de ambos frente al cuidado ofrecido y recibido. La figura sintetiza esta relación mediante una metáfora con el cosmos, pues

en su definición más general y popular, se entiende como un sistema ordenado y armonioso. El cosmos, concebido como lo opuesto al caos, demuestra que las partes influyentes se alinean para beneficio, felicidad y satisfacción de los actores del acto de cuidado. En otras palabras, las enfermeras en salud pública y el indígena Embera Chamí, desde el encuentro de cuidado y hasta los resultados obtenidos, han entendido cómo a través de la unión de las culturas se puede encontrar un equilibrio en el cuidado y propiciar un entendimiento de los resultados obtenidos.

**Figura 3:** Dibujo de la competencia cultural en profesionales de enfermería en salud pública cuando cuidan a la población indígena y la percepción de ambos frente al cuidado



Fuente: Liliana Orozco (autora)

De manera clara y directa, el cosmos representa además la magnitud, abstracción y particularidad de la competencia cultural al estar supeditada y hacer parte de las experiencias, creencias, valores, situaciones, gustos e incluso de las percepciones tanto de los indígenas Embera Chamí —receptores de cuidado—, como de las enfermeras de salud pública —dadoras del cuidado—. Se concluye entonces que la competencia cultural es una característica dependiente de los pensamientos y acontecimientos tanto pasados como presentes de las enfermeras, los cuales se relacionan con la situación del cuidado y la vida de una población particular y en una

realidad determinada que, para este caso, es la comunidad indígena Embera Chamí del departamento de Caldas.

Así como el cosmos, la competencia cultural integra varios aspectos, si no todos los que de manera directa e indirecta influyen en la percepción positiva del acto de cuidado. De este modo, al integrar el mundo general y particular de cada Embera con el mundo occidental y particular de cada enfermera, dentro de un contexto determinado, se logra la comprensión del universo exclusivo de la competencia cultural, especialmente de las enfermeras de salud pública cuando cuidan a la población indígena.

La amalgama de saberes occidentales y tradicionales, junto con el contexto en el que se funden dichos conocimientos y las políticas que los respaldan, trae consigo una percepción positiva de felicidad y satisfacción en ambos actores de cuidado. Es decir, el orden y la armonía propia del cosmos se materializa en la enfermera de salud pública y en el indígena Embera Chamí, lo cual se evidencia de manera directa en la forma en la que se mezclan los conocimientos y se utilizan en beneficio de la comunidad.

Así como la postura infinita y abstracta del cosmos, la competencia cultural de las enfermeras de salud pública y la percepción de ambos frente al cuidado ofrecido y recibido abre un abanico de rutas investigativas. Con este paralelo, se hace evidente la relación existente entre la competencia cultural de las enfermeras y la percepción del receptor de cuidado, por lo que vale la pena confirmar cuál es el nivel de influencia de dicha relación dentro de esta perspectiva, ya que cambiaría algunas visiones de la competencia cultural.

La presente investigación permite vislumbrar también el cambio de pensamiento y cultura de los indígenas Embera Chamí. Teniendo en cuenta dicha situación, es importante describir cómo influye el cambio de pensamiento en la competencia cultural

de las enfermeras, las adaptaciones o desadaptaciones culturales de los receptores de cuidado en un mundo que cambia constantemente. En la actualidad, la competencia cultural es un proceso que se materializa en el profesional; sin embargo, para el caso de esta investigación, se demuestra que hay una relación directa además con la percepción del receptor de cuidado, por lo que se hace necesario indagar acerca de cómo son los procesos de adaptación de quienes reciben el cuidado.

Si se entiende entonces que la competencia cultural depende de la influencia cultural de quien recibe el cuidado, resultará importante también investigar cómo interviene la adaptación en el acto de cuidado y en los resultados en salud que cambian la cultura de las personas. Estas y otras cuestiones permiten evidenciar la amplitud de conocimiento que falta por revelar en el mundo de la competencia cultural, lo cual la reafirma como un cosmos que continúa en expansión.

#### **4.4 Dificultades vividas durante el estudio**

Una limitación ocurrida durante el estudio fue la dificultad inicial para clasificar las subcategorías, producto de un pensamiento positivista y la falta de experiencia en investigaciones cualitativas, lo cual llevó inicialmente a la investigadora a no comprender los enfoques interpretativos. Esta situación fue superada codificando, en primera instancia, la información según las dimensiones culturales, estructurales y sociales propuestas por Madeline Leininger en su teoría del sol naciente (Leininger & McFarland, 2002; McFarland & Wehbe-Alamah, 2015). De esta forma, la investigadora pudo entender la dinámica de clasificación y continuar con el análisis según emergían los datos.

Adicionalmente, el tiempo de análisis requerido para que los datos pasaran de un nivel descriptivo a un nivel interpretativo produjo, en algunas ocasiones, sentimientos de frustración y cansancio en la investigadora. Ello se resolvió a través de la reflexividad

con la directora de tesis, compañeros del grupo de Cuidado Cultural de la Salud y colegas de otras universidades.

## **4.5 Contribuciones del estudio realizado**

Los resultados de la presente investigación realizan aportes significativos a la teoría, a la práctica y a la investigación en las temáticas de enfermería, competencia cultural y salud pública.

### **4.5.1 Contribuciones a la teoría de enfermería**

La presente investigación aporta al desarrollo teórico y epistemológico de la enfermería transcultural y especialmente al cuidado desde la postura de la competencia cultural. Los resultados presentados en este texto muestran la estrecha relación e incluso dependencia que tiene el cuidado culturalmente competente con los sistemas, las políticas departamentales y sobre todo con las políticas institucionales, lo cual confirma las posturas de varios autores al respecto (Purnell, 2005; Transcultural C.A.R.E Associates, 2015).

De la diversidad teórica existente en el ámbito de la competencia cultural, los resultados de la presente investigación permiten confirmar, en mayor medida, elementos propuestos en la teoría de Campinha-Bacote (Campinha-Bacote, 2002). En primer lugar, el constructo de encuentro cultural desarrollado por la autora se ratifica como elemento central de la teoría, puesto que los encuentros culturales en otros ámbitos diferentes al momento de cuidado modificaron en las enfermeras de salud pública algunas creencias existentes sobre los Embera Chamí. Lo anterior evitó que se generaran posibles estereotipos y exclusiones que se pudieran presentar por parte de las profesionales que realizan el cuidado.

Otro aporte a la teoría propuesta por Campinha-Bacote (Campinha-Bacote, 2002) es la confirmación de cuatro de los cinco elementos de su teoría: encuentros culturales, conocimiento cultural, conciencia cultural y habilidad cultural, a falta del deseo cultural. En perspectiva, los cuatro constructos surgen de manera lineal, diferente a lo propuesto por Campinha-Bacote. En el presente estudio, la competencia cultural inicia con los encuentros sociales entre las enfermeras con los indígenas, situación que proporciona conocimiento, y que modifica la conciencia cultural en las profesionales, proceso que se ve materializado en mayor habilidad para realizar el cuidado desde esta perspectiva.

Además de confirmar la mayoría de constructos elaborados por Campinha-Bacote, los resultados también validan el supuesto teórico de variaciones intraétnicas, planteados por la misma autora (Campinha-Bacote, 2002; Transcultural C.A.R.E Associates, 2015), y demostrados por otros autores pero con denominaciones distintas (Leininger & McFarland, 2002; Purnell, 2002, 2005; Schim & Doorenbos, 2010; Schim et al., 2005). Dicho supuesto es confirmado en la presente investigación cuando las enfermeras de salud pública, en un acto culturalmente competente, reconocen y cuidan de manera diferencial a los indígenas de la zona rural y de la zona urbana. Esto demuestra que, pese a ser personas de la misma raza, etnia y origen, es necesario tener en cuenta otras características que, para el caso, tienen que ver con el lugar de residencia, el acceso a la atención en salud y la facilidad para la consecución de alimentos, medicamentos, entre otros.

Los resultados de la presente etnografía también ofrecen fundamentos teóricos que especifican cómo la empatía, el conocimiento y la adaptación a las características de los Embera constituyen la comprensión del cuidado culturalmente competente en las enfermeras de salud pública cuando cuidan a la población indígena.

#### **4.5.2 Contribuciones a la práctica de enfermería**

Los hallazgos de la presente investigación aportan significativamente a la práctica de enfermería en salud pública al proporcionar de manera científica elementos que mejoran el cuidado culturalmente competente como son la empatía, el conocimiento y la adaptación proporcionada por las enfermeras. La materialización de estos elementos demuestra la culminación positiva de un acto de cuidado evidenciado no solo en la satisfacción de la persona que recibe los cuidados, sino también de quien los ofrece. Así, el presente estudio brinda unos elementos generales que disminuyen barreras en la atención de salud que deben ponerse en práctica, especialmente en el cuidado culturalmente competente a población indígena.

Los resultados también demuestran la importancia que tiene para la práctica de enfermería realizar cuidados culturalmente competentes a la población indígena, al traer consigo mayor adherencia al tratamiento farmacológico, aumento en las prácticas de autocuidado y menor inasistencia a los controles. Cabe recordar que los resultados en salud referidos se consideran responsabilidades directas del quehacer de enfermería.

Los resultados impulsan cambios directos a la práctica de enfermería en salud pública con relación al contexto y al paradigma actual basado en la detección temprana y en la protección específica de enfermedades o factores de riesgo dispuestos en la legislación nacional. El cuidado directo demuestra que las necesidades de cuidado de los indígenas son frecuentemente más amplias a los objetivos de los controles a los que acuden. Así, el llamado es a aumentar los tiempos de los encuentros de cuidado para permitir la socialización de asuntos que le preocupan al indígena, haciendo énfasis en la escucha efectiva como una herramienta que ayude a producir alivio.

La competencia cultural identificada en las enfermeras en salud pública cuando cuidan a la población indígena y la percepción de ambos sobre el cuidado ofrecido y recibido

contribuye a la elaboración de políticas y procesos de cuidado que busquen facilitar y mejorar la prestación de los servicios de salud con resultados favorables en todos los niveles y con posibilidad de influir en otros profesionales, pues dichos resultados aportan bases para la satisfacción en el trabajo de las enfermeras.

El proceso de identificar la competencia cultural por los profesionales de enfermería en salud pública cuando cuidan a población indígena permite afirmar la importancia de mantener las políticas institucionales de atención multicultural entre la atención occidental y la atención tradicional indígena, que de manera implícita se convierte en la herramienta de mayor aporte para la evolución de la competencia cultural de las profesionales dentro de esta investigación.

### **4.5.3 Contribuciones a la docencia de enfermería**

Los resultados impulsan la adaptación de los currículos y planes de estudio de las facultades y programas de enfermería en el ámbito de pregrado y posgrado, los cuales deben plasmar de manera explícita la enseñanza en competencia cultural dirigida a las minorías étnicas y a la variedad de grupos poblacionales existentes en Colombia. Dicha adaptación busca que los profesionales mejoren el cuidado ofrecido, se disminuyan las barreras de atención existentes, aumenten los resultados en salud y también la satisfacción tanto de la persona receptora de cuidado como del profesional que lo provee.

Los resultados indican también la necesidad y compromiso que deben tener las universidades y las instituciones en donde se forman y laboran los profesionales de enfermería, en especial, en ofrecer experiencias personales y laborales que aumenten lo que es denominado por Campinha-Bacote como encuentros culturales (Transcultural C.A.R.E Associates, 2015), con el objetivo de mejorar el entendimiento y la adaptación

a la cultura sujeta de cuidado, para así evolucionar la competencia cultural de cada profesional.

#### **4.5.4 Contribuciones a la investigación de enfermería**

La investigación realizada aporta evidencia científica, principalmente, sobre la competencia cultural en enfermeras de salud pública que cuidan a la población indígena. Las características de dichos resultados mejoran el conocimiento científico de la disciplina profesional de enfermería, ayudan a llenar el vacío existente de las investigaciones en competencia cultural sobre la percepción del receptor de cuidado y generan un nuevo conocimiento en relación con la percepción de las enfermeras en relación con su cuidado culturalmente competente dentro del contexto del indígena Embera Chamí.

Los resultados del estudio aportan al fortalecimiento del grupo de Cuidado Cultural de la Salud de la Universidad Nacional de Colombia y al grupo de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad de la Universidad de Caldas, lo cual fortalece las líneas de investigación, ofrece una plataforma para mejorar las bases de la competencia cultural y en consecuencia se generan pautas para mejorar el cuidado intercultural y los resultados en salud de las personas cuidadas.

#### **4.6 Recomendaciones finales**

Se hace un llamado a oficializar la reorganización intercultural con las medicinas propias y el tiempo que actualmente está destinado para el cuidado en los controles realizados a los indígenas Embera Chamí, para que de este modo se permita a los profesionales de enfermería cumplir con los horarios estipulados y se mejore la

percepción de un buen cuidado. Adicionalmente, se recomienda que las enfermeras, las instituciones y las políticas, en conjunto, trabajen en el mantenimiento de la cultura, la cercanía en la cotidianidad, el respeto y el fortalecimiento de las creencias propias de los indígenas, así como la empatía materializada en los aspectos comunicativos de escucha atenta y adaptación del lenguaje cuando se les atiende. Estas actividades, en definitiva, aumentan la competencia cultural y producen adherencia a la asistencia de controles, al igual que un aumento en el seguimiento de las indicaciones impartidas por los profesionales de enfermería.

En el mismo sentido, y en relación con lo estipulado en la nueva Política de Atención Integral en Salud, teniendo como uno de sus principios la interculturalidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), se recomienda que los documentos base utilizados por los profesionales de enfermería para realizar su cuidado —como sucede actualmente con las normas técnicas para la atención diseñadas por el Ministerio de la Protección Social— deban ser explícitos y que a su vez tengan en cuenta las posibilidades e influencias sociales, económicas y familiares de las comunidades indígenas no solo del departamento de Caldas, sino también de Colombia.

Finalmente, el análisis de los resultados abre un abanico de posibilidades necesarias para complementar el desarrollo de conocimiento en competencia cultural. En específico, se recomienda investigar la percepción o sentir del profesional de enfermería cuando el receptor de cuidado es la persona foránea en un contexto determinado, como sucede con frecuencia con las enfermeras hospitalares y su sentir cuando son ellas las personas extrañas.



## **Anexos**



## **A. Anexo: Consentimiento informado para los profesionales de enfermería**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

La enfermera Liliana Orozco Castillo, candidata a doctora de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, desarrolla la investigación “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”, con el objetivo de describir e interpretar la competencia cultural entendida, percibida y manifestada por los profesionales de enfermería en salud pública en el departamento de Caldas durante el proceso de cuidado a la población indígena y la percepción de los mismos frente al cuidado recibido. Esta investigación hace parte de los trabajos que realiza el Grupo de Investigación en Cuidado Cultural de la Salud de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional (GCCS, FE-UN).

Soy invitada/o a participar en la investigación mencionada porque soy profesional de enfermería y me he desempeñado en el área de Salud Pública realizando actividades de protección específica y/o detección temprana con población indígena. Manifiesto el deseo de participar de manera voluntaria, sin recibir apoyo económico o de otra naturaleza. Me comprometo a brindar la información que pueda contribuir a los logros de los objetivos del estudio con propósitos académicos.

Declaro que se me ha explicado que este estudio se clasifica como una investigación sin riesgo, que tengo el derecho a decidir no continuar en ella, en cualquier momento, si así lo decido, y no será afectada mi integridad personal, laboral, social o el desempeño de mis funciones profesionales. Además, podré utilizar un seudónimo para proteger mi identidad, se mantendrá confidencialidad y manejo apropiado de la información y de mi vida privada. La enfermera Liliana me ha explicado que mi

participación es para la recolección y análisis de datos del estudio y consiste en la asistencia a reuniones, entrevistas, períodos de interacción en el entorno laboral concertando los horarios más convenientes para mí con una duración aproximada de una a dos horas por encuentro.

En este proceso se me formularán algunas preguntas y tendré la oportunidad de contrastar los valores, creencias y experiencias de otros profesionales de enfermería. Entiendo que seré abordada/o en diferentes momentos y la duración es variable, comenzando en febrero de 2015 hasta noviembre de 2015 o hasta el cierre de la recolección de datos. Durante el análisis de los datos se discutirá la información obtenida en el GCCS, FE-UN y se protegerá la confidencialidad para el manejo de los datos. Autorizo hacer grabaciones de audio, video o tomar fotografías de esos encuentros únicamente con fines académicos. Sin embargo, tendré el derecho a restringir estas actividades, si así lo considero.

Los beneficios que obtendré de esta participación se centran en poder autorreflexionar sobre mi trabajo al hablar del mismo y compartir con otros profesionales los valores, creencias y experiencias del cuidado de enfermería en salud pública a población indígena. Conocer directamente los resultados del estudio y las propuestas que puedan emerger del mismo para mi futuro profesional. Se me indica que los resultados serán llevados a un proceso de retroalimentación con nosotros los colaboradores para que sean confirmados y posteriormente serán publicados en revistas y eventos científicos.

Mis aportes contribuirán a conocer la competencia cultural de las enfermeras en Salud Pública de Caldas para incorporar futuros ajustes en las instituciones de salud, en los currículos de enfermería y poder beneficiar a los pacientes, familias y en consecuencia a la sociedad.

La enfermera Liliana me informó que el proyecto de investigación fue aprobado por los Comités de Ética de Investigación de la institución en la cual trabajo y del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional. Además, si requiero información del proceso del proyecto me puedo contactar con la enfermera Liliana Orozco Castillo al teléfono 3182822886 o con su directora de tesis la Dra. Lucero López del GCCS, FE-UN al teléfono 3165000 extensión 10339.

Investigación avalada por (Coordinador Comité de Ética Universidad Nacional/Coordinador Comité de Ética Institucional)
_____ Tel. de contacto _____
Teniendo la claridad sobre mi participación YO _____ firmo este consentimiento informado.
Fecha: _____
Dejo constancia que recibo los datos para ubicarla y resolver cualquier duda.
Firma del profesional de enfermería _____
Firma del investigador responsable _____
Idea original tomada del trabajo de tesis de Viviana Astrid González Guzmán. 2013

## **B. Anexo. Consentimiento informado para población indígena**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

La enfermera Liliana Orozco Castillo, candidata a doctora de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, desarrolla la investigación “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”, con el objetivo de describir e interpretar la competencia cultural entendida, percibida y manifestada por los profesionales de enfermería de salud pública en el departamento de Caldas durante el proceso de cuidado a la población indígena y la percepción de los mismos frente al cuidado recibido. Esta investigación hace parte de los trabajos que realiza el Grupo de Investigación en Cuidado Cultural de la Salud de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional (GCCS, FE-UN).

Soy invitada/o a participar en la investigación mencionada porque soy indígena y recibo atención por parte de profesionales de enfermería en actividades de salud pública específicamente en actividades de protección específica y/ o detección temprana (consulta de controles, educación, consejería). Manifiesto el deseo de participar de manera voluntaria, sin recibir apoyo económico o de otra naturaleza. Me comprometo a brindar la información que pueda contribuir a los logros de los objetivos del estudio con propósitos académicos.

Declaro que se me ha explicado que este estudio se clasifica como una investigación sin riesgo, que tengo el derecho a decidir no continuar en ella, en cualquier momento, si así lo decido, y no será afectada mi integridad personal, laboral, social. Además,

podré utilizar un seudónimo para proteger mi identidad, se mantendrá confidencialidad y manejo apropiado de la información y de mi vida privada. La enfermera Liliana me ha explicado que mi participación es para la recolección y análisis de datos del estudio y consiste en la asistencia a reuniones, entrevistas y períodos de interacción concertando los horarios y lugares más convenientes para mí con una duración aproximada de unas y dos horas por encuentro

En este proceso se me formularán algunas preguntas. Entiendo que seré abordada/o en diferentes momentos y la duración es variable, comenzando en febrero de 2015 hasta noviembre de 2015 o hasta el cierre de la recolección de datos. Durante el análisis de los datos se discutirá la información obtenida en el GCCS, FE-UN y se protegerá la confidencialidad para el manejo de los datos. Autorizo hacer grabaciones de audio, video o tomar fotografías de esos encuentros únicamente con fines académicos. Sin embargo, tendré el derecho a restringir estas actividades, si así lo considero.

Los beneficios que obtendré de esta participación se centran en poder autorreflexionar sobre la atención recibida por las enfermeras de salud pública y compartir con otros indígenas sobre la situación establecida. Conocer directamente los resultados del estudio y las propuestas que puedan emerger del mismo para el futuro de la atención. Se me indica que los resultados serán llevados a un proceso de retroalimentación con nosotros los colaboradores para que sean confirmados y posteriormente serán publicados en revistas y eventos científicos.

Mis aportes contribuirán a conocer la percepción de la población indígena sobre la atención de las enfermeras en Salud Pública de Caldas para incorporar futuros ajustes en las instituciones de salud, en los currículos de enfermería y poder beneficiar a los pacientes, familias y en consecuencia a la sociedad.

La enfermera Liliana me informó que el proyecto de investigación fue aprobado por los Comités de Ética de Investigación de la institución de salud en la cual me atienden y del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional. Además, si requiero información del proceso del proyecto me puedo contactar con enfermera Liliana Orozco Castillo al teléfono 3182822886 o con su directora de tesis la Dra. Lucero López del GCCS, FE-UN al teléfono 3165000 extensión 10339.

Investigación avalada por (Coordinador Comité de Ética Universidad Nacional/Coordinador Comité de Ética Institucional)  
\_\_\_\_\_ Tel. de contacto \_\_\_\_\_

Teniendo la claridad sobre mi participación  
YO \_\_\_\_\_ firmo este consentimiento informado.

Fecha: \_\_\_\_\_

Dejo constancia que recibo los datos para ubicarla y resolver cualquier duda.

Firma de la persona \_\_\_\_\_

Firma del investigador responsable \_\_\_\_\_

Idea original tomada del trabajo de tesis de Viviana Astrid González Guzmán. 2013



## D. Anexo: Aval de la Alcaldía Municipal Riosucio, Caldas



ALCALDIA MUNICIPAL  
RIOSUCIO CALDAS  
Nº. 890.801.138-4

Riosucio, 17 de Abril de 2015

Enfermera  
**LILIANA OROZCO CASTILLO**  
Candidata a doctora en Enfermería Universidad Nacional de Colombia

Respetada Liliana Orozco

Por medio de la presente me permito informar que la alcaldía municipal de Riosucio, autoriza realizar la *investigación Competencia cultural en profesionales de enfermería en salud pública y la perspectiva de la población indígena frente al cuidado recibido* ya que dicho proyecto cuenta con el aval ético 005-2015 emitido por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional, el día 10 de abril de 2015 y por ser de interés para nuestra administración.

Esta autorización le permite acceder a las instituciones de salud, y a contactar a las enfermeras y profesionales que sean necesarios para llevar a buen término el proyecto planteado.

Atentamente:



ABEL DAVID JARAMILLO LARGO  
Alcalde Municipal



DELIA LORENA VARGAS TREJOS  
Directora local de Salud.

## E. Anexo: Aval de la Asociación de Cabildos Indígenas de Caldas “ACICAL”



**ASOCIACIÓN DE CABILDOS INDÍGENAS DE CALDAS “ACICAL”**  
Personería Jurídica Resolución Nº053 del 10 de septiembre de 1.999  
Dirección General de Asuntos Indígenas-Ministerio del Interior  
Nit. 810.004.361-0

Riosucio Caldas, Mayo 05 de 2015

El presidente de la asociación de cabildos indígenas de caldas acical, en uso de sus atribuciones legales propias y normativas, en el marco de la ley de origen, el derecho mayor, el gobierno propio, la ley 89, convenio 169 de la OIT y el decreto 1088 de 1993.

#### Autoriza a

La Enfermera **LILIANA OROZCO CASTILLO** Candidata a doctora en Enfermería Universidad Nacional de Colombia para realizar la investigación *Competencia cultural en profesionales de enfermería en salud pública y la perspectiva de la población indígena frente al cuidado recibido, a realizarse en el municipio de Riosucio y sus resguardos indígenas* ya que cuenta con el aval ético 005-2015 emitido por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional el día 10 de abril de 2015.

Esta autorización se expide teniendo en cuenta los compromisos adquiridos por la investigadora en el sentido que la investigación llevara los respectivos créditos a nuestras organizaciones indígenas de segundo grado como son el consejo regional indígena de Caldas CRIDEC y la asociación de cabildos indígenas de caldas ACICAL

Dado en Riosucio Caldas a los 04 días del mes de Mayo de 2015

**DARIO EDGARDO TAPASCO BUENO**  
4548632  
Presidente  
Asociación de cabildos indígenas de Caldas ACICAL

*“Propósito y Esfuerzo por la Salud del Pueblo Indígena”*  
Carrera 6 N° 6- 18. Cel. 3218306968. e-mail: [acical12@gmail.com](mailto:acical12@gmail.com)  
Riosucio Caldas - Colombia

## F. Anexo: Declaración de confidencialidad auxiliar de investigación

Declaración de Confidencialidad

4 de Julio de 2014

Enfermera: Luisa Fernanda Galvis Palacios

Para asegurarnos de que se cumpla el Código de Ética desde el Principio de Confidencialidad y a los lineamientos con la protección de la información que recibimos, es esencial mantener la confidencialidad de los asuntos de la investigación, dando cumplimiento a "ser prudentes en el uso y protección de la información adquirida en el transcurso de la investigación" y a no utilizar la información para lucro personal o de alguna manera que fuera contraria a la ley o en detrimento de los objetivos legítimos y éticos de la investigación.

He leído, entiendo y cumplo el lineamiento dado sobre confidencialidad, en relación con los asuntos de la investigación, me comprometo a no compartir ni utilizar ni usufructuar la información adquirida en el transcurso de la investigación.

Nombre: LUISA FERNANDA GALVIS PALACIOS

[Firma] 

[Fecha] 4 Julio de 2015

## **G. Anexo: Aval de Comité de Ética Universidad Nacional**

1/1

  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
SEDE BOGOTÁ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

**AVAL-005-2015**  
Bogotá D.C., 10 de abril de 2015

Profesora  
**CLARA VIRGINIA CARO CASTILLO**  
Directora  
Posgrados en Enfermería  
Universidad Nacional de Colombia

Respetada profesora Clara Virginia:

De la manera más atenta me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería en sesión del 6 de abril de 2015 Acta No. 6, se permite dar aval desde los aspectos éticos al proyecto de Investigación del programa de Doctorado en Enfermería y titulado "Competencia cultural en profesionales de enfermería en salud pública y la perspectiva de la población indígena frente al cuidado recibido", de la estudiante Magda Lilliana Orozco Castillo y bajo la dirección de la profesora Alba Lucero López Díaz.

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la Investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la Investigación durante su desarrollo. (Resolución No. 077 del 2006 del Consejo de Facultad de Enfermería).

Cordialmente,

(ORIGINAL FIRMADO POR)  
**LORENA CHAPARRO DÍAZ**  
Presidenta Comité de Ética\*  
Facultad de Enfermería  
Universidad Nacional de Colombia  
\*Delegada por la Decana

Copie: Alba Lucero López Díaz – Directora de Tesis  
Magda Lilliana Orozco Castillo – Estudiante Maestría

---

Carrera 30 No. 45-03, FACULTAD DE ENFERMERÍA, Edificio 101, Oficina 805  
Conmutador: (57-1) 316 5000 Ext. 17021  
Correo electrónico: ug\_febog@unal.edu.co  
Bogotá D. C., Colombia, Suramérica



## I. Anexo: Presupuesto de la investigación

<b>RUBROS</b>	<b>FINANCIACIÓN</b>	<b>VALOR</b>	<b>TOTAL</b>
Talento humano	Recursos propios	\$20.000.000	\$20.000.000
Servicios técnicos	Recursos propios	\$5.000.000	\$5.000.000
Equipos y software	Recursos propios	\$1.700.000	\$1.700.000
Materiales y suministros	DIB	\$1.000.000	\$1.000.000
Comunicaciones y transporte	DIB	\$1.500.000	\$1.500.000
Impresos y publicaciones	Recursos propios	\$1.000.000	\$1.000.000
Gastos administrativos	Recursos propios	\$1.000.000	\$1.000.000
<b>TOTAL</b>		<b>\$31.200.000</b>	<b>\$31.200.000</b>



## Bibliografía

- Abad, E., Calderón, C., Castillo, M. D., Pujalte, M. L., & Ruzafa, M. (1998). Investigación cualitativa en salud. In *Investigación cualitativa en salud* (pp. 353–578).
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2012). Surveys on Patient Safety Culture™. Retrieved from <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/index.html>
- Aguilar Guzmán, O., Carrasco González, M. I., García Piña, M. A., & Ostiguín Meléndez, R. M. (2007). Madeleine Leininger: un análisis de sus fundamentos teóricos. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 4(2), 26–30.
- Alcaldía Municipal de Riosucio. (2013). *Perfil epidemiológico de Riosucio - Caldas 2013 [PowerPoint]*. Riosucio.
- Alexander, G. K., Uz, S. W., Hinton, I., Williams, I., & Jones, R. (2008). Culture brokerage strategies in diabetes education. *Public Health Nursing*, 25(5), 461–470. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2008.00730.x>
- Amezcuca, M. (2000). El trabajo de Campo Étnográfico en Salud. Una aproximación a la observación participante. *Index de Enfermería*, 30, 30–35.
- Amezcuca, M., & Gálvez Toro, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 423–436.
- Archibald, C. (2011). Cultural Tailoring for an Afro-Caribbean Community: A Naturalistic Approach. *Cultural Diversity*, 18(4), 114–119.
- Arias Murcia, S. L., & López, L. (2016). The experience of nurses in care for culturally diverse families: A qualitative meta-synthesis. *Revista Latino-Americana de*

*Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1052.2718>

Ariza Montoya, J., & Hernández Álvarez, M. (2008). Equidad de etnia en el acceso a los servicios de salud en Bogotá, Colombia, 2007. *Revista de Salud Pública*, 10(1), 58–71.

Arnaert, A., & Schaack, G. (2006). Cultural awareness of Inuit patients' experiences with emergency nursing care. *Accident and Emergency Nursing*, 14(2), 97–103. <https://doi.org/10.1016/j.aaen.2006.01.002>

Aseltine, R. H., Katz, M. C., & Holmes, C. (2011). Providing medical care to diverse populations: findings from a follow-up survey of Connecticut physicians. *Connecticut Medicine*, 75(6), 337–44.

Asmat Ruiz, C., & Ramírez García, E. (2014). Apoyo Emocional Que Brinda La Enfermera Al Escolar Hospitalizado Y Percepción Del Cuidado De Enfermería. *Rev.salud.hist.sanid.on-Line*, 9(2), 3–12.

Asociación Indígena del Cauca. (2008). *Direccionamiento Estratégico*.

Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia Seccional Antioquia. (2012). *Seminario taller competencia cultural en Enfermería*.

Beltrán Bejarano , Patricia, M. (2010). Percepción De Los Profesionales De Enfermería Y Las Gestantes Sobre La Asesoría En Vih En Una Ese De Primer Nivel De Bogotá Distrito Capital, 137.

Berlin, A., Johansson, S.-E., & Törnkvist, L. (2006). Working conditions and cultural competence when interacting with children and parents of foreign origin - Primary Child Health Nurses' opinions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(2), 160–8. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00393.x>

Berlin, A., Nilsson, G., & Törnkvist, L. (2010). Cultural competence among Swedish child health nurses after specific training: A randomized trial. *Nursing & Health Sciences*, 12(3), 381–91. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00542.x>

Betancourt Rodríguez, C. F., & Pinilla Alfonso, M. Y. (2011). Apreciaciones sobre el contexto sociocultural del VIH-Sida en las comunidades indígenas en Colombia. *Desacatos*, 35, 75–86.

- Bonill de las Nieves, C., & Celdrán Mañas, M. (2012). El cuidado y la cultura: Génesis, lazos y referentes teóricos en enfermería. *Index de Enfermería*, 21(3), 160–164. <https://doi.org/http://doi.org/10.4321/S1132-12962012000200011>
- Brathwaite, A. C., & Majumdar, B. (2006). Evaluation of a cultural competence educational programme. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 470–9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03742.x>
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181–4–1.
- Cano Arana, A., González Gil, T., & Cabello López, J. B. (2016). 10 preguntas para ayudarte a entender un estudio cualitativo. *Programa de Lectura Crítica CASPe*. Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español.
- Castellanos Soriano, F. (2009). *Comprendiendo el cuidado de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza (Tesis de doctorado)*. Universidad Nacional de Colombia.
- Castro, A., & Ruiz, E. (2009). The effects of nurse practitioner cultural competence on Latina patient satisfaction. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(5), 278–286. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2009.00406.x>
- Castro, C., Cepeda, C., Flórez, V., & Vásquez, M. L. (2014). Cuidado del bebé en la cultura guambiana: una mirada desde la cosmovisión de las madres. *Avances En Enfermería*, 32(1), 114–123.
- Cioffi, J. (2006). Culturaly diverse family members and their hospitalised relatives in acute care wards: a qualitative study. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(1), 15–20.
- Congreso de Colombia. Ley 21 (1991). Diario Oficial. N° 39720 del 6 de marzo de 1991.
- Congreso de Colombia. Ley 266 (1996). Colombia: Diario Oficial No.42.710 del 5 de febrero de 1996.
- Congreso de Colombia. Ley 691 (2001). Diario Oficial 44558 del 21 de septiembre de 2001.

Congreso de Colombia. Ley 1164 (2007). Diario Oficial No. 46.771 de 4 de octubre de 2007.

Congreso de la República de Colombia. Ley 911 (2004). Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004.

Consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas – organización mundial de la salud. (2002). Pautas éticas Internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Retrieved from [http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas\\_eticas\\_internacionales.htm](http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm)

Consejo Internacional de Enfermeras. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería (2012).

Constitución de la Nación Argentina (1994).

Constitución de la República del Ecuador (2008).

Constitución Política de Colombia (1991).

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917).

Constitución Política del Perú (1993).

Cortis, J. D. (2004). Meeting the needs of minority ethnic patients. *Journal of Advanced Nursing*, 48(1), 51–58. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03168.x>

Costa dos Reis, A. S., & Mendes Costa, M. A. (2014). Caring for Immigrants: from interacting in practice to building nurses' cultural competencies. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 61–68. <https://doi.org/10.12707/RIII13118>

Dawson, L., & Lighthouse, S. (2010). Assessment of Self-Efficacy for Cultural Competence in Prescribing. *The Journal for Nurse Practitioners*, 6(1), 44–48. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2009.02.012>

De la Cuesta Benjumea, C. (2006). Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. *Nure Investigación*, 25, 1–4.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2005). *La visibilización estadística de los grupos étnicos colombianos*.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2010). *Boletín Censo General 2005 Perfil Caldas*.

Departamento Nacional de Planeación. (2010). *Aspectos básicos grupo étnico indígenas*.

Departamento Nacional de Planeación. (2012). *Guía para la incorporación de la variable étnica y el enfoque diferencial en la formulación e implementación de planes y políticas a nivel nacional y territorial*.

Engebretson, J., Mahoney, J., & Carlson, E. D. (2008). Cultural competence in the era of evidence-based practice. *Journal of Professional Nursing*, 24(3), 172–8. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2007.10.012>

Escobar Castellanos, B., & Paravic-Klijn, T. (2017). La transculturalidad, elemento esencial para mejorar la atención en salud y de enfermería. *Enfermería Actual*, 33, 2–15.

Etowa, J. (2011). Uncovering Aboriginal Nursing Knowledge through Community Based Participatory Research (CBPR). *Indigenous Policy Journal*, XXII(1), 1–16.

Fawcett, J. (2005). Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories. In *The structure of contemporary nursing knowledge*.

Fernandez, A., Schillinger, D., Grumbach, K., Rosenthal, A., Stewart, A. L., Wang, F., & Pérez-Stable, E. J. (2004). Physician language ability and cultural competence. *Journal of General Internal Medicine*, 19(2), 167–174. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.30266.x>

Fleckman, J. M., Dal Corso, M., Ramirez, S., Begalieva, M., & Johnson, C. C. (2015). Intercultural Competency in Public Health: A Call for Action to Incorporate Training into Public Health Education. *Frontiers in Public Health*, 3, 210. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00210>

Galeano, M. E. (2008). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT.

Garrett, P. W., Dickson, H. G., Whelan, A. K., & Roberto-Forero. (2008). What do non-English-speaking patients value in acute care? Cultural competency from the patient's perspective: a qualitative study. *Ethnicity & Health*, 13(5), 479–96.

<https://doi.org/10.1080/13557850802035236>

Geertz, C. (1973). *La interpretación de las culturas*. Gedisa.

Giger, J., Davidhizar, R. E., Purnell, L., Harden, J. T., Phillips, J., & Strickland, O. (2007). American Academy of Nursing Expert Panel report: developing cultural competence to eliminate health disparities in ethnic minorities and other vulnerable populations. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(2), 95–102. <https://doi.org/10.1177/1043659606298618>

Giraldo Montoya, D. I., & Escobar Muñoz, M. P. (2010). *Competencia cultural de los profesionales de enfermería*. Universidad Pontificia Bolivariana.

Goberna Falque, J. R. (2003). What's culture? cien años de controversia en la antropología anglosajona (1871-1971). *Gallaecia*, 22, 531–554.

Gobernación de Caldas. (2013). *Curso: Etnoeducación comunidad indígena de Caldas*.

González, V. (2014). *Competencia cultural para enfermeras hospitalares que cuidan pacientes con enfermedad crónica (Tesis de maestría)*. Universidad Nacional de Colombia.

Govea Rodríguez, V., Vera, G., & Vargas, A. M. (2011). Etnografía: una mirada desde corpus teórico de la investigación cualitativa. *Omnia*, 17(2), 26–39.

Grupo de Cuidado. (2000). *Cuidado y práctica de enfermería*. (Universidad Nacional de Colombia, Ed.).

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1992). Competing Paradigms in Qualitative Research. In *Effective Evaluation: Improving the Usefulness of Evaluation Results Through Responsive and Naturalistic Approaches*. Jossey-Bass.

Guber, R. (2004). *El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Paidós Ibérica.

Guber, R. (2007). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Bogotá: Norma.

Guzmán, P. (2013). *Percepción del cuidado de enfermería en un servicio de atención prenatal*.

- Guzmán Aguilar, O., Carrasco González, M. I., García Piña, M. A., Saldivar Flores, A., & Ostiguín Meléndez, R. M. (2007). Madeleine Leininger: un análisis de sus fundamentos teóricos. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 4(2), 26–30.
- Hagman, L. W. (2007). How New Mexico licensed registered nurses gained cultural self-efficacy and their stories. *Journal of Cultural Diversity*, 14(4), 183–191.
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ta ed.). México: McGraw Hill.
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). El nacimiento de un proyecto de investigación cuantitativo, cualitativo o mixto: la idea (capítulo 2). In *Metodología de la investigación* (5ta ed.). México: McGraw Hill.
- International Council of Nurses. (2013). Cultural and Linguistic Competence. Retrieved from [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position\\_statements/B03\\_Cultural\\_Linguistic\\_Compentence.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/B03_Cultural_Linguistic_Compentence.pdf)
- Jirwe, M. (2008). Cultural competence in nursing. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 20(4), 415–21. <https://doi.org/10.1016/j.ccell.2008.08.012>
- Johnstone, M.-J., & Kanitsaki, O. (2007). Health care provider and consumer understandings of cultural safety and cultural competency in health care: an Australian study. *Journal of Cultural Diversity*, 14(2), 96–105.
- Kirmayer, L. J. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 149–64. <https://doi.org/10.1177/1363461512444673>
- Kunyk, D., & Olson, J. K. (2001). Clarification of conceptualizations of empathy. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 317–325. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01848.x>
- Ladino, L. E. (2011). *Creencias y prácticas sobre la tuberculosis en un grupo de pacientes y sus familiares de la ciudad de Bogotá, D. C. Una aproximación cualitativa (Tesis de maestría)*. Universidad Nacional de Colombia.
- Leininger, M., & McFarland, M. (2002). *Transcultural Nursing: Concepts, theories, research & practice*. McGraw-Hill Education.

- Lie, D. a, Lee-Rey, E., Gomez, A., Bereknyei, S., & Braddock, C. H. (2011). Does cultural competency training of health professionals improve patient outcomes? A systematic review and proposed algorithm for future research. *Journal of General Internal Medicine*, 26(3), 317–25. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1529-0>
- Loftin, C., Hartin, V., Branson, M., & Reyes, H. (2013). Measures of cultural competence in nurses: an integrative review. *The Scientific World Journal*, 2013, 10. <https://doi.org/10.1155/2013/289101>
- Marrone, S. (2007). Understanding barriers to health care: a review of disparities in health care services among indigenous populations. *International Journal of Circumpolar Health*, 66(3), 188–98.
- Martín-Crespo, M. C., & Salamanca Castro, A. B. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investigación*, 27, 1–4.
- Martínez Miguélez, M. (2004). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México D.F.: Trillas.
- Matteliano, M. a, & Street, D. (2012). Nurse practitioners' contributions to cultural competence in primary care settings. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 24(7), 425–35. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2012.00701.x>
- McFarland, M., & Wehbe-Alamah, H. (2015). *Leininger's Culture Care Diversity and Universality a Worldwide Nursing Theory*. Jones & Bartlett Learning.
- McGinnis, S. L., Brush, B. L., & Moore, J. (2010). Cultural similarity, cultural competence, and nurse workforce diversity. *Western Journal of Nursing Research*, 32(7), 894–909. <https://doi.org/10.1177/0193945910361727>
- McKenzie, H., Kwok, C., Tsang, H., & Moreau, E. (2015). Community Nursing Care of Chinese-Australian Cancer Patients. *Cancer Nursing*, 38(4), 53–60. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000193>
- Mejía Ituyán, L. D. (2012). *Cuidados populares de las familias en situación de pobreza con personas ancianas que presentan limitación física (Tesis de maestría)*. Universidad Nacional de Colombia.
- Ministerio de la Protección Social. Ley 1438, Pub. L. No. 140 (2011).

Ministerio de Medio Ambiente, M. de E. Política nacional de educación ambiental SINA, Ministerio de Educación Nacional 69 (2002).

Ministerio de Salud. Resolución 8430 (1993).

Ministerio de Salud. Acuerdo 117 (1998). Colombia.

Ministerio de Salud. Resolución 412 (2000).

Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (2013).

Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud (2016).

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud Colombia 2015. Tomo I.*

Morse, J. M. (2003). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa.* Universidad de Antioquia.

Mulino, A. (2009). El método etnográfico: entre las aguas de la doxa y la episteme. *Revista Estudios Culturales*, 3, 36–56.

Muñoz de Rodríguez, L., & Vásquez, M. L. (2007). Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. *Colombia Médica*, 38(4), 98–104.

Ngo-Metzger, Q., Telfair, J., Sorkin, D., Weider, B., Maldonado, R., Hurtado, M., & Hays, R. (2006). Cultural competency and quality of care: Obtaining the patient's perspective. Retrieved from <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2006/oct/cultural-competency-and-quality-of-care--obtaining-the-patients-perspective>

Office of Minority Health. (2016). The National CLAS Standards. Retrieved from <https://minorityhealth.hhs.gov/omh/browse.aspx?lvl=2&lvlid=53>

Oficina Internacional del Trabajo. (2013). *Manual para los mandantes tripartitos de la OIT. Comprender el convenio sobre pueblos indígenas y tribales, 1989 (núm.169). Programa para Promover el Convenio núm. 169.*

Olson, J., & Hanchett, E. (1997). Nurse-expressed empathy, patient outcomes, and development of a middle-range theory. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*,

29(1), 71–76. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1997.tb01143.x>

Organismo Andino de Salud. (2008). *Análisis de Situación de Salud Andino, ASIS Andino, con enfoque intercultural*.

Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Equidad en salud para las minorías étnicas en Colombia*.

Paez, K. A., Allen, J. K., Beach, M. C., Carson, K. A., & Cooper, L. A. (2009). Physician cultural competence and patient ratings of the patient-physician relationship. *Journal of General Internal Medicine*, 24(4), 495–8. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-0919-7>

Páez, M. L., & Castaño, J. J. (2009). Estilos de vida y salud en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales, 2008. *Archivos de Medicina (Col)*, 9(2), 146–164.

Palafox, N. A., Buenconsejo-Lum, L., Riklon, S., & Waitzfelder, B. (2002). Improving health outcomes in diverse populations: competency in cross-cultural research with indigenous Pacific islander populations. *Ethnicity & Health*, 7(4), 279–85. <https://doi.org/10.1080/1355785022000060736>

Papadopoulos, I., & Ali, S. (2015). Measuring compassion in nurses and other healthcare professionals: An integrative review. *Nurse Education in Practice*, (AUGUST). <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.08.001>

Papadopoulos, I., & Lees, S. (2002). Developing culturally competent researchers. *Journal of Advanced Nursing*, 37(3), 258–64.

Papadopoulos, I., & Lees, S. (2004). Cancer and communication: Similarities and differences of men with cancer from six different ethnic groups. *European Journal of Cancer Care*, 13(2), 154–162. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2004.00448.x>

Papadopoulos, I., Shea, S., Taylor, G., Pezzella, A., & Foley, L. (2016). Developing tools to promote culturally competent compassion, courage, and intercultural communication in healthcare. *Journal of Compassionate Health Care*, 3(2), 10. <https://doi.org/10.1186/s40639-016-0019-6>

Papadopoulos, I., Taylor, G., Ali, S., Aagard, M., Akman, O., Alpers, L.-M., ... Zorba, A.

- (2015). Exploring Nurses' Meaning and Experiences of Compassion: An International Online Survey Involving 15 Countries. *Journal of Transcultural Nursing*. <https://doi.org/10.1177/1043659615624740>
- Papadopoulos, I., Tilki, M., & Ayling, S. (2008). Cultural competence in action for CAMHS: Development of a cultural competence assessment tool and training programme. *Contemporary Nurse*, 28(1–2), 129–140.
- Papadopoulos, I., Zorba, A., Koulouglioti, C., Ali, S., Aagard, M., Akman, O., ... Vasiliou, M. (2016). International study on nurses' views and experiences of compassion. *International Nursing Review*, 63(3), 395–405. <https://doi.org/10.1111/inr.12298>
- Páramo, M. D. (2011). Cultura y salud: elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades. *Investigación En Enfermería: Imagen ...*, 9(2), 123–138.
- Pelcastre-Villafuerte, B., Ruiz, M., Meneses, S., Amaya, C., Márquez, M., Taboada, A., & Careaga, K. (2014). Community-based health care for indigenous women in Mexico: a qualitative evaluation. *International Journal for Equity in Health*, 13(2). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-2>
- Plaza Del Pino, F. J., Soriano, E., & Higginbottom, G. M. (2013). Sociocultural and linguistic boundaries influencing intercultural communication between nurses and Moroccan patients in southern Spain: a focused ethnography. *BMC Nursing*, 12(14). <https://doi.org/10.1186/1472-6955-12-14>
- Poblete-Troncoso, M., & Sanhueza-Alvarado, O. (2005). Principios bioéticos para la práctica de investigación de enfermería. *Revista de Enfermería Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 13(3), 161–165.
- Polit, D., & Beck, C. (2011). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Lippincott Williams and Wilkins.
- Purnell, L. (2002). The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 193–6–1.
- Purnell, L. (2005). The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 11(2), 7–15.
- Purnell, L., & Paulanka, B. J. (2005). *Guide to Culturally Competent Health Care*. F.A.

Davis Company.

Quickfall, J. (2009). *The cross-cultural promotion of health: a partnership process? Principles and factors involved in the culturally competent community based nursing care of asylum applicants in Scotland (Tesis para PhD)*. University of Edinburgh.

Reed, P. G., & Lawrence, L. A. (2008). A paradigm for the production of practice-based knowledge. *Journal of Nursing Management*, 16(4), 422–32. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00862.x>

Renzaho, A., Romios, P., Crock, C., & Sonderlund, A. (2013). The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient-centered health care—a systematic review of the literature. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(3), 261–269.

Resguardo de indígenas Nuestra Señora de la Candelaria. (n.d.). Parcialidades municipio de Riosucio. Retrieved April 25, 2017, from <https://sites.google.com/site/resguardolamontana/>

Robinson, N., & Lorenc, A. (2011). Traditional and complementary approaches to child health. *Nursing Standard*, 25(38), 39–47. <https://doi.org/10.7748/ns2011.05.25.38.39.c8532>

Rojas, J. G. (2012). *Significado de la experiencia de cuidar a pacientes indígenas en las salas de hospitalización del departamento de Antioquia-Colombia (Tesis doctoral)*. Universidad de Alicante.

Rojas Martínez, W., & Barajas Lizarazo, M. A. (2012). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de urgencias. *Revista Ciencia Y Cuidado*, ISSN 1794-9831, Vol. 9, N<sup>o</sup>. 1, 2012, Págs. 13-23, 9(1), 13–23.

Romaní, O. (2013). *Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*. (Tarragona, Ed.) (Publicacio).

Romero, M. N. (2009). Investigación, cuidados enfermeros y diversidad cultural. *Index de Enfermería*, 18(2), 100–105.

Sanday, P. R. (1979). The Ethnographic Paradigm(s). *Administrative Science Quarterly*, 24(4), 527–538. <https://doi.org/10.2307/2392359>

- Sandoval Casilimas, C. A. (1992). *Investigación cualitativa* (ICFES). Bogotá.
- Schim, S. M., & Doorenbos, A. Z. (2010). A Three-dimensional Model of Cultural Congruence: Framework for Intervention. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 6(3–4), 256–270. <https://doi.org/10.1080/15524256.2010.529023>.A
- Schim, S. M., Doorenbos, A. Z., & Borse, N. N. (2005). Cultural Competence Among Ontario and Michigan Healthcare Providers. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 354–360.
- Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración de España. Plan estratégico ciudadanía e integración 2011-2014 (2011). España.
- Secretaría Distrital de Salud. (2011). *Lineamientos de política pública distrital de salud para la población indígena residente en Bogotá D.C.* Bogotá.
- Sepúlveda Carrillo, G. J., Rojas Cifuentes, L. A., Cárdenas Jiménez, O. L., Guevara Rojas, E., & Castro Herrera, A. M. (2009). Estudio piloto de la validación del cuestionario “CARE–Q” en versión al español en población Colombiana. *Rev Colomb Enferm.*, 4(4), 13–22.
- Serra Galceran, M., Mestres Camps, L., González Soriano, M., Leiva Moral, J. M., De Dios Sanchez, R., & Montiel Pastor, M. (2013). Competencia clínico cultural: Análisis de la capacitación de los profesionales de la salud. *Index de Enfermería*, 22(1–2), 16–19.
- Silva, M. Brain, L. (2006). *Validez y confiabilidad del estudio socioeconómico*.
- Siurana Aparisi, J. C. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*, 22, 121–157. <https://doi.org/10.4067/S0718-92732010000100006>
- Starr, S., & Wallace, D. (2009). Self-reported cultural competence of public health nurses in a Southeastern U.S. Public health department. *Public Health Nursing*, 26(1), 48–57. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2008.00753.x>
- Starr, S., & Wallace, D. (2011). Client Perceptions of Cultural Competence of Community-Based Nurses. *Journal of Community Health Nursing*, 28(2), 57–69. <https://doi.org/10.1080/07370016.2011.564057>

- Suárez, Z. (2012). Etnografía crítica. Surgimiento y repercusiones. *Revista Comunicación*, 21(33), 16–24.
- Swanson, C. R. (2012). The Case for Studying Cultural Competence from the Perspective of the Hispanic Immigrant Patient: A State of the Science. *Online Journal of Cultural Competence in Nursing and Healthcare*, 2(1), 1–9.
- Taylor, R. A., & Alfred, M. V. (2010). Nurses' perceptions of the organizational supports needed for the delivery of culturally competent care. *Western Journal of Nursing Research*, 32(5), 591–609. <https://doi.org/10.1177/0193945909354999>
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Grupo Planeta.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.
- The Quad Council of Public Health Nursing Organizations. (2007). *The Public Health Nursing Shortage: A Threat to the Public's Health*.
- Torri, M. C., & Hollenberg, D. (2013). Indigenous traditional medicine and intercultural healthcare in Bolivia: a case study from the Potosi region. *Journal of Community Health Nursing*, 30(4), 216–29. <https://doi.org/10.1080/07370016.2013.838495>
- Transcultural C.A.R.E Associates. (2015). The Process Of Cultural Competence In The Delivery Of Healthcare Services. Retrieved from <http://transculturalcare.net/the-process-of-cultural-competence-in-the-delivery-of-healthcare-services/>
- Truong, M., Paradies, Y., & Priest, N. (2014). Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews. *BMC Health Services Research*, 14(1), 99. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-99>
- Ulin, P., Robinson, E., & Tolley, E. (2006). *Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos*. (Organizacion Panamericana de la Salud, Ed.), *Organización Panamericana de la Salud*. Washington.
- UNESCO. (1982). Declaración sobre la cultura. Retrieved from <http://www.unesco.org/new/es/mexico/work-areas/culture/>

UNESCO. Declaración Universal de la UNESCO sobre la diversidad cultural, 1UNESCO 1–171 (2002).

UNESCO. (2006). La diversidad cultural.

Urrea Giraldo, F., & Viáfara López, C. (2007). *Pobreza y grupos étnicos en Colombia: análisis de sus factores determinantes y lineamientos de políticas para su reducción*. Departamento Nacional de Planeación.

Vargas García, S., Berumen Burciaga, L. V., González Carrilo, E., & Pizarro, N. (2013). Cuidado familiar comunitario: percepciones de la enfermera e indígenas rarámuris. *Culcyt*, 59(1), 226–235.

Velasco, H. (1997). La lógica de la investigación etnográfica. Madrid: Trotta.

Vogler, J., Altmann, T. K., & Zoucha, R. (2010). Native Hawaiian attitudes of culturally sensitive healthcare provider traits and behaviors. *Journal of Cultural Diversity*, 17(3), 90–98.

Vukic, A., Jesty, C., Mathews, S. V., & Etowa, J. (2012). Understanding race and racism in nursing: insights from aboriginal nurses. *ISRN Nursing*, 2012, 9. <https://doi.org/10.5402/2012/196437>

Warda, M. R. (2000). Mexican Americans' Perceptions of Culturally Competent Care. *Western Journal of Nursing Research*, 22(2), 203–224. <https://doi.org/10.1177/01939450022044368>

Whitman, M. V, & Davis, J. A. (2009). Registered nurses' perceptions of cultural and linguistic hospital resources. *Nursing Outlook*, 57(1), 35–41. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.07.001>

Williamson, M., & Harrison, L. (2010). Providing culturally appropriate care: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(6), 761–9. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.12.012>

Wilson, D. (2008). The significance of a culturally appropriate health service for Indigenous Maori women. *Contemporary Nurse*, 28(1), 173–188.

Zambrano, R. (2009). La familia indígena timote y sus prácticas de salud bucal.

Costumbres, creencias y valoraciones. *Fermentum*, 19(56), 518–529.

Zambrano, R., Castro, D., Lozano, M., Gómez, N., & Rojas, C. (2013). Conocimientos sobre VIH y comportamientos en Salud Sexual y Reproductiva en una comunidad indígena de Antioquia. *Investigaciones Andina*, 15(26), 640–652.