

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

“COMPETENCIAS INTERCULTURALES PARA LA ATENCIÓN DE
POBLACIONES INDÍGENAS. UNA INICIATIVA EDUCATIVA CON
ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EN EL ESTADO DE GUANAJUATO”

Proyecto de titulación para obtener el grado de Maestra en Salud Pública con
Área de Concentración en Ciencias Sociales y del Comportamiento

KAREN PAULINA AGUILERA RODRÍGUEZ
Generación 2020-2022

Director de proyecto de titulación: Dr. Sergio Meneses Navarro
Asesor de proyecto de titulación: Dr. Daniel Vega

Cuernavaca, Morelos, agosto de 2022

DEDICATORIA

A mi madre por su cobijo y cariño constante, por su apoyo en cada proyecto, en cada acierto y en cada tropiezo. Mis logros son tuyos.

A mi padre por enseñarme lo que es la dedicación y trabajo.

A mis hermanos Héctor y Daniela, que me motivan a ser mejor por y para ustedes.

A Luis, mi compañero de vida, por darme tranquilidad en días en los que me he rendido.

Un paso más juntos...

AGRADECIMIENTOS

Toda la gratitud a los doctores Sergio Meneses Navarro y Daniel Vega Macias, por su paciencia, apoyo, y tiempo brindado para hacer posible el dar buen término a esta etapa y dar paso a nuevos comienzos.

A Carmen mi abuela y familia Rodriguez, por su apoyo en el tránsito de mi vida hasta ahora, por acompañarme en tanto, por siempre estar ahí.

A la Universidad de Guanajuato en especial a la coordinación de la División de Ciencias de la Salud del campus Celaya-Salvatierra por abrir de nuevo las puertas de mi Alma mater.

Al Instituto Nacional de Salud Pública y la Coordinación del Área de Concentración de Ciencias Sociales y del Comportamiento, gracias por darme la oportunidad de ampliar mis conocimientos para la construcción de una salud para todos.

RESUMEN

Objetivo: Desarrollar competencias interculturales para el proceso de salud/enfermedad/atención-prevención en estudiantes de enfermería de la Universidad de Guanajuato.

Material y método: Fue un estudio no experimental de carácter mixto. Se trabajó con 15 estudiantes de enfermería de la Universidad de Guanajuato, en tercer año elegidos por conveniencia. Se utilizó una escala de medición de la competencia cultural así como grupos focales y entrevistas semiestructuradas para conocer el nivel de la competencia intercultural de los estudiantes. La iniciativa educativa se basó en la pedagogía constructivista con enfoque en el proceso intercultural. Para el procesamiento de la información cuantitativa se utilizaron métodos descriptivos, medidas de tendencia central y dispersión. Con respecto a la información cualitativa se utilizó la herramienta Atlas. Ti mediante el análisis de matrices de contenido.

Resultados: Respecto al diagnóstico, los resultados reportan que la dimensión de sensibilidad cultural fue una de las áreas con menor puntuación, develando la importancia de fortalecer y proponer estrategias educativas sobre la CI y que los estudiantes tengan un mayor acercamiento a estos temas de salud intercultural. La dimensión de conocimientos y la dimensión de habilidades obtuvieron mayores puntuaciones, lo que podría indicar que los estudiantes cuentan con las competencias necesarias para un mejor desarrollo de la CI. En la evaluación de resultados los estudiantes después de tomar el curso-taller, mostraron un aumento de la puntuación en todas las dimensiones, lo que se sustenta con los datos cualitativos.

Conclusión: Este trabajo demuestra que los estudiantes de enfermería de la Universidad de Guanajuato cuentan con competencias cognitivas y conductuales que les permiten establecer una comunicación de respeto y una atención de calidad, esto se explica por los procesos educativos formales e informales que llevan en su formación universitaria. Por lo que al integrar aspectos interculturales específicos a

través de esta iniciativa se logró un aumento de las competencias presentes, ampliándolas hacia un abordaje de la diversidad cultural en el contexto de atención sanitaria. Esperando que la interacción de los estudiantes con la población indígena aumente en pertinencia cultural y que los beneficios de integrar este enfoque intercultural sean alcanzados en las relaciones terapéuticas que establezcan.

Palabras clave: Competencias interculturales; población indígena; estudiantes de enfermería; pedagogía constructivista.

Índice

I.	Introducción	8
II.	Antecedentes	11
III.	Marco teórico	18
IV.	Planteamiento del problema.....	32
V.	Justificación	34
VI.	Objetivos	37
VII.	Material y Métodos	38
VIII.	Consideraciones éticas	45
IX.	Resultados	46
X.	Discusión	86
XI.	Conclusiones.....	91
XII.	Referencias	93
XIII.	Anexos	99

Índice de figuras

Figura 1. Población indígena en hogares y grado de marginación.....	9
Figura 2. Porcentaje del nivel de carencia social en población indígena, no indígena y población total, México, 2018.....	9
Figura 3. Porcentaje de la población indígena según tipo de afiliación a los servicios médicos. México, 2018	11
Figura 4. Estructura de la iniciativa educativa.....	52
Figura 5. Escala de satisfacción. Análisis descriptivo por ítem.....	76

Índice de tablas

Tabla 1. Causas de mortalidad en la población indígena en 2018.....	10
Tabla 2. Dimensión: Sensibilidad cultural según media, desviación estándar y puntajes mínimos y máximos.....	42
Tabla 3. Dimensión: Conocimiento según media, desviación estándar y puntajes mínimos y máximos.....	48

Tabla 4. Dimensión: Habilidades según media, desviación estándar y puntajes mínimos y máximos.....	50
Tabla 5. Identificación de los elementos que integra el curso-taller.....	52
Tabla 6. Cronograma de las sesiones educativas.....	55
Tabla 7. Contenido didáctico de las sesiones educativas.....	56
Tabla 8. Dimensión: Sensibilidad cultural resultados pre y post según media, desviación estándar y puntajes mínimos y máximos.....	71
Tabla 9. Dimensión: Conocimiento, resultados pre y post según media, desviación estándar y puntajes mínimos y máximos.....	72
Tabla 10. Dimensión: Habilidades, resultados pre y post según media, desviación estándar y puntajes mínimos y máximos.....	73

I. Introducción

México es culturalmente diverso. Existen núcleos sociales que comparten un conjunto de características. Las creencias, los valores, la religión, los usos y costumbres les dan señas de identidad a comunidades que cohabitan dentro de un contexto económico, geográfico y social con particularidades propias. Cada grupo tiene diferentes cosmovisiones del proceso salud/enfermedad/atención-prevención (s/e/a-p), con necesidades y formas diferentes de actuar y darles solución (Abbott, 2014). Estas maneras distintas de atender la salud son completas y fundamentadas.

Crear iniciativas con la premisa de que la salud es la ausencia de enfermedad es una perspectiva limitada. Por lo que es necesario entender la salud como un estado integral y dinámico donde intervienen las emociones, la cultura y el ambiente, todo esto dentro de una sociedad (A. Almaguer & Vargas, 2014), esto nos permite añadir elementos que nos lleven a crear iniciativas en salud que no dejen a nadie fuera. Por un lado, al igual que la salud, la enfermedad es considerada un proceso biológico y social, en el cual intervienen distintos modelos médicos que implican otras formas de estar y representar el mundo, esto a través de diferentes marcos explicativos, ya sean formales e informales, con formación empírica, técnica o profesional, como motivación por recuperar y conservar la salud.

Cada comunidad, llámese rural, indígena, afromexicana, marginada, etc.; tiene características económicas, culturales y sociales que condicionan sus prácticas curativas, ya sean de carácter, ancestral, tradicional, caseras, o institucionalizadas, que resuelven las necesidades durante el proceso s/e/a-p.

Se ha de reconocer desde 1948 en la Declaración Universal de Derechos Humanos a la salud como un Derecho, y la obligación de todos los estados miembros de las Naciones Unidas a garantizarlo sin exclusión (Declaración Universal de los Derechos Humanos, n.d.). Sin embargo, es común escuchar del atropello de los derechos humanos de la población, especialmente en zonas rurales e indígenas, en comparación con los entornos urbanos (Pelcastre, Meneses, Reyes, et al., 2020).

Es indiscutible, según los indicadores socioeconómicos en poblaciones vulnerables que residen en áreas en constante rezago donde el cuidado y atención en salud es de difícil acceso y de mala calidad (Leyva et al., 2013; Pelcastre, Meneses, Sánchez, et al., 2020). Enfrentándose a inequidades y desigualdades a la hora de querer ejercer su derecho a la salud (Serván et al., 2021). En México la población indígena registra los mayores rezagos sociales, económicos y de salud en el país, estas condiciones de pobreza y marginación en que sobreviven, los colocan en situaciones sistemáticas desiguales (INSP, 2019). Las inequidades en salud relacionadas con las estructuras sociales de desigualdad son un argumento para tomar en cuenta la importancia de la interculturalidad en salud (Ramaswamy & Kelly, 2015).

La medicina actual tiene relación con el hecho de que no se valora la importancia de la dimensión psicológica, social y cultural en el proceso salud/enfermedad, enfocando los esfuerzos a brindar al personal de salud, una visión más orientada a la esfera biológica y técnica (Camacho, 2002), por lo que en esta iniciativa se propone un enfoque intercultural.

Un enfoque intercultural que promueva la equidad en salud debe incluir además del acercamiento y reconocimiento de las peculiaridades culturales, estrategias que problematicen y transformen las estructuras sociales de desigualdad y la relación entre el personal de salud y la población usuaria (Hernández, 2011). Por lo cual el fomento de la competencia intercultural (CI) en la formación de recursos humanos en atención a la salud, se vuelve parte importante de poder reconocer estos tres elementos que en este trabajo se consideran clave (INSP, 2019).

La relevancia de incorporar el enfoque intercultural en las políticas públicas de salud y en la formación del personal que labora dentro del sistema nacional de salud, obedece a la necesidad de que los servicios que se otorgan a la población deben ser dotados de una visión basada en el reconocimiento y respeto de la diversidad cultural de México (Fernández, 2004). Con el objetivo de incluir otras prácticas en salud y enriquecer las existentes. Así como la participación de los usuarios en el diseño de estrategias y programas de prevención, promoción y atención de

enfermedades de manera que los Determinantes Sociales de la Salud y las peculiaridades culturales sean elementos considerados en ellas.

Las competencias interculturales en el personal de salud se vuelven esenciales para quienes trabajan en países pluriculturales como lo es México (Menéndez, 2016). Existe mucha evidencia que demuestra que las competencias interculturales son un elemento clave en los estándares y procesos de calidad de la atención de salud (Fleckman et al., 2015; Jongen et al., 2018).

La omisión del fomento de competencias interculturales dentro de la formación del futuro personal de salud deriva en una práctica desarticulada, sin considerar las necesidades sentidas por la población, resultando en la inequidad en salud. Hoy en día la interculturalidad dentro del ámbito de la salud se identifica como parte de las estrategias para el cumplimiento de la salud universal (Dörr & Dietz, 2020).

Fomentar la competencia Intercultural propiciará actitudes, conocimientos y habilidades de respeto, comprensión y apertura por parte del personal de salud hacia la población que atiende y su cultura, en especial la población indígena, con el fin último de enriquecerse de ella, mejorar el impacto clínico y educativo que se realiza en el sistema de salud.

II. Antecedentes

Panorama mundial

La diversidad cultural en la población mundial se puede clasificar en culturas tradicionales, contemporáneas y emergentes. Cuando hablamos de las culturas tradicionales, en el mundo, hay aproximadamente 476 millones de personas indígenas en más de 90 países. ¿Por qué tomarlas en consideración más que las otras dos? La población indígena históricamente ha sido tomada violentamente por otros grupos culturales, lo que dio lugar a estructuras sociales y culturales estratificadas y por lo tanto dominantes, colocando a la población indígena en uno de los grupos de mayor vulnerabilidad constituyendo aproximadamente el 6% de la población mundial y representan alrededor del 15% de las personas que viven en pobreza extrema (Banco Mundial, 2021).

América Latina

En América Latina, existen actualmente 522 etnias indígenas, México cuenta con el mayor número de personas pertenecientes a más de 500 grupos étnicos distintos, seguido de Perú, Bolivia y Guatemala. En total, la región cuenta con más de 50 millones de personas indígenas (PNUD, 2020)

Población indígena en México

La población de México se ha distinguido a lo largo de la historia por su pluralidad cultural y étnica. Se reconocen 68 pueblos indígenas y al pueblo afroamericano; el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) estimó en 2020 que 11.8 millones de personas viven en hogares indígenas, que representan el 10.4% de la población en México; se identifican 7.3 millones de hablantes indígenas que representan el 6.1% de los hablantes mayores de tres años y más. La población indígena tiene presencia en todas las entidades federativas. Las ocho entidades que cuentan con más del 75% del total de la población indígena son: Oaxaca, Chiapas, Veracruz, Estado de México, Puebla, Yucatán, Guerrero e Hidalgo (INEGI, 2015, 2021)

En México, la población indígena se encuentra presente en una cuarta parte de las localidades del país (INPI, 2020). Existen 623 municipios indígenas considerados así cuando la población indígena representa más del 40% del total municipal y entre ellos se concentra el 56% de la población indígena y el 70% de los hablantes mayores de 3 años, mientras que solo hay 33 municipios donde no se identificó población indígena alguna es decir solo 1.3% (INPI, 2015)

A nivel estatal

En el estado de Guanajuato 14, 048 personas mayores de 2 años hablan alguna lengua indígena (INEGI, 2021). Pero si se le suma a toda aquella población que vive y guarde relación de parentesco con quien encabeza el hogar, su cónyuge o algún ancestro hablante, la población considerada como indígena en Guanajuato podría rebasar las 30 mil personas (INEGI, 2015). De acuerdo con los estudios realizados por Vega Macías, las principales lenguas indígenas en el estado de Guanajuato son el Otomí (19.9%), el Chichimeca Jonaz (18.2%) y el Náhuatl (16.4%), sin embargo, hay registro de otras 30 lenguas indígenas. Respecto a su distribución territorial, se destaca que hay presencia indígena en todos los municipios del estado, aunque en su mayoría está concentrada en León, San Luis de la Paz, Celaya, Irapuato, Tierra Blanca, San Miguel de Allende y San Francisco del Rincón (Vega & Partida, 2014). Por otro lado, Guanajuato cuenta con 8, 641 localidad rurales, que representan el 28% del total de localidades (INEGI, 2021).

Situación de la población indígena en México

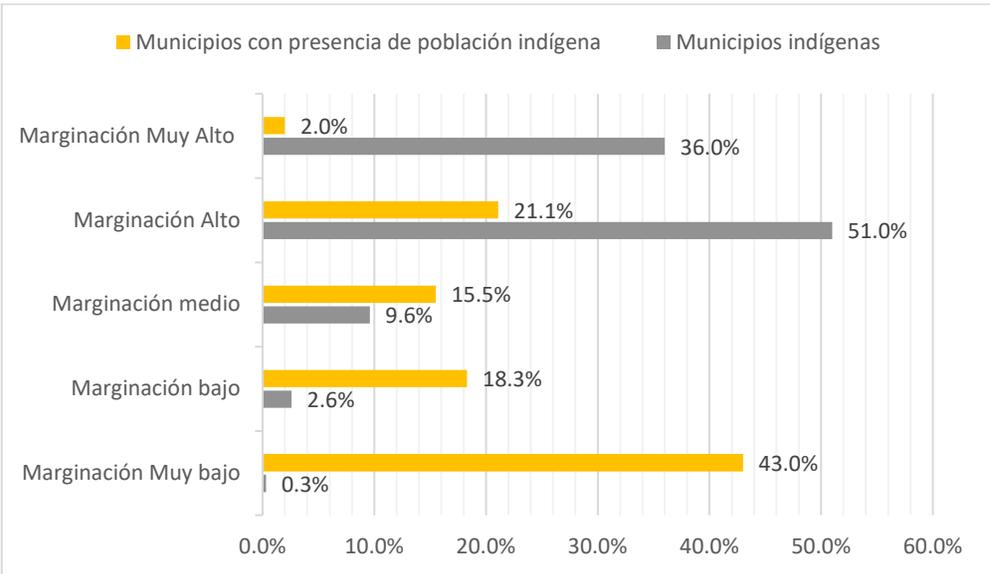
Los pueblos indígenas de México registran los mayores rezagos socioeconómicos del país; estos determinantes influyen en la manera en cómo hoy esta población hace frente al proceso de salud/enfermedad. A partir de 1930 la población hablante de lengua indígena disminuyó paulatinamente de un 16% a un 6.1% actualmente. Esto por varias razones, como el alto crecimiento de entidades con poca presencia indígena y el bajo crecimiento en entidades que concentran los núcleos indígenas más importantes del país.

Según la Encuesta Intercensal (2015) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) los municipios considerados indígenas tienen muy alto grado de

marginación (figura 1). Del total de viviendas particulares con población indígena, el 13% no cuenta con agua entubada, el 27% no cuenta con drenaje, el 5% no cuenta con electricidad, un poco más del 10% tiene piso de tierra y en más de la mitad su vivienda cuenta con cocina con leña (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2015).

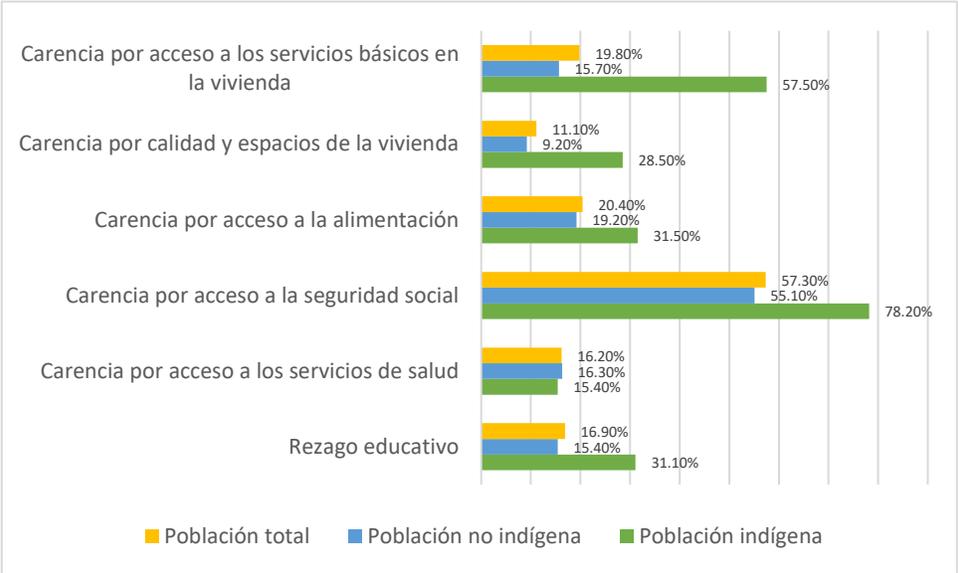
De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) en el 2018 el porcentaje de la población hablante de lengua indígena en situación de pobreza era del 70% (8.4 millones de personas), por otro lado, la población indígena en situación de pobreza extrema era del 28% (3.4 millones de personas). Los indicadores de carencia social presentados por el CONEVAL revelan la situación precaria en la que se encuentra la población indígena en relación con el promedio nacional (Figura 2) (CONEVAL, 2018)

Figura1. Población indígena en hogares y grado de marginación.



Fuente: Elaboración propia Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México, 2015

Figura 2. Porcentaje del nivel de carencia social en población indígena, no indígena y población total, México, 2018.



Fuente. Elaboración propia. Coneval, 2018. Medición de la pobreza en población indígena.

Esta población, ha sido sujeto de desigualdades estructurales y sistemáticas para el ejercicio de sus derechos, que han tenido como consecuencia altos niveles de pobreza, menor acceso a los servicios de salud, educación y protección social. Las repeticiones históricas de patrones de desigualdades sociales y económicas nos llevan a la perpetuación de la discriminación y exclusión de esta población.

Según la Encuesta Nacional sobre Discriminación, el 29% de la población indígena de 12 y más años declaró haber experimentado al menos una situación de discriminación en los últimos cinco años, además de experimentar al menos un incidente de negación de derechos, entre los que destacan la atención médica o entrega de medicamentos con 51.2%. El 75.6% de la población indígena considera que las personas indígenas son poco valoradas por la mayoría de la gente (Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS), 2017).

Salud y pueblos indígenas

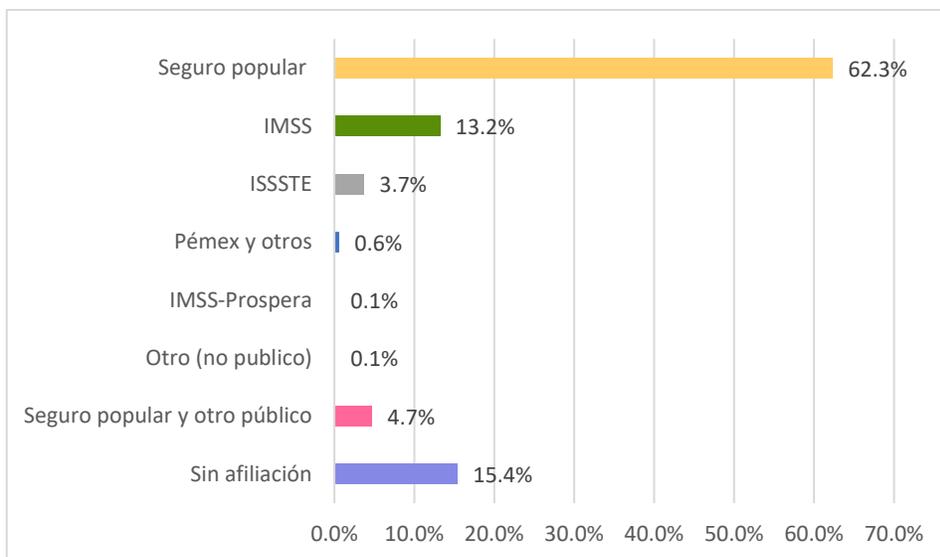
La salud en los pueblos indígenas se ve directamente afectada por todos los determinantes sociales que vimos con anterioridad al igual que, por ser sujetos de discriminación en el acceso, prestación y adecuación cultural de los servicios de

salud, presentan por consecuencia condiciones de salud desfavorables (CONEVAL, 2018). En 2018, la carencia por acceso a los servicios de salud de la población indígena fue de 15.4% (figura 2), mientras que para la población no indígena la proporción fue de 16.3%. Aunque la situación de carencia es menor en la población indígena, en lo correspondiente a la afiliación a instituciones de salud (figura 3), para ese mismo año 62.3% estaban afiliadas al Seguro Popular. Mientras que la accesibilidad a servicios de salud es uno de los obstáculos en este rubro pues en 2018, 20.7% de las personas indígenas indicó que tarda más de dos horas en llegar a un hospital, en contraste con 5.7% de la población no indígena.

El panorama epidemiológico de la población indígena en México es parecido al de la población no indígena por la persistencia de altas tasas de incidencia y mortalidad debida a enfermedades no transmisibles, como enfermedades isquémicas del corazón, diabetes mellitus y enfermedad cerebrovascular, junto a las agresiones y enfermedades respiratorias (Tabla 1).

Los efectos de la globalización han llevado a que las poblaciones indígenas presenten una doble carga de enfermedad, con la presencia de nosologías crónico-degenerativas, al mismo tiempo que prevalecen las infecciones, problemas de la reproducción y diversas formas de violencia. (Pelcastre, Meneses, Sánchez, et al., 2020). Este perfil epidemiológico está determinado por las circunstancias en las que las personas nacen crecen, viven, trabajan y envejecen que provocan desigualdades evitables y, por lo tanto, representan inequidades sanitarias.

Figura 3. Porcentaje de la población indígena según tipo de afiliación a los servicios médicos. México, 2018.



Fuente: Elaboración del CONEVAL con base en el MEC del MCS-ENIGH (2018) reportado por el Inegi.

	Principales Causas	Tasa mortalidad
1	Enfermedades isquémicas del corazón	8.82
2	Diabetes mellitus	8.30
3	Enfermedad cerebrovascular	2.88
4	Agresiones (homicidios)	2.62
5	Infecciones respiratorias agudas bajas	2.39
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2.19
7	Enfermedades hipertensivas	1.94
8	Otros tumores malignos	1.49
9	Nefritis y nefrosis	1.36
10	Otros accidentes	1.01

Fuente: cubos Dinámicos. DGIS *Tasa por cada mil habitantes

http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html

Competencia intercultural en salud

La importancia del desarrollo de la CI en los programas educativos en la formación del personal en salud es importante por varios factores. Es comprobable que la competencia intercultural aumenta la calidad en la atención en salud y contribuye al aumento de equidad en la atención, disminuyendo las desigualdades sociales (Hammer et al., 2003; Truong et al., 2014; Williams & Rucker, 2000).

El personal de enfermería en la mayoría de los casos no reciben una formación para el desarrollo de competencias interculturales, por lo cual se perciben incapaces de brindar atención de calidad a la población culturalmente diversa (O'Brien et al., 2021). Esta situación va en aumento, reportando bajos niveles de competencia intercultural entre los estudiantes de enfermería (Veliz & Bianchetti, 2021), a pesar de ello las intervenciones educativas y los enfoques pedagógicos utilizados para el desarrollo de competencias interculturales no están bien definidos en la literatura (Bleszynska, 2008).

III. Marco teórico

Antecedentes

El fomento de competencias interculturales dentro de los programas educativos para la formación del personal de enfermería es un tema reciente a nivel nacional (Manuel Muñoz-Cano et al., 2014). Con cierta rigidez y unilateralidad, las escuelas y facultades de México, Chile, Perú, y en general en América Latina (Campos, 2004), cuentan con estudios que retoman elementos socioculturales vinculados con la práctica médica, evidenciando la efectividad de la integración de consideraciones culturales en la atención primaria y encuentros interculturales, durante las actividades de aprendizaje (Murillo, 2013; Veliz-Rojas et al., 2021).

Establecer competencias interculturales dentro de los planes de estudios en la formación del personal de enfermería, contribuye al enfoque holístico, mejorando su capacidad para brindar una atención de calidad para el cuidado de pacientes culturalmente diversos (Alonso-Palacio et al., 2017; O'Brien et al., 2021).

Una de las brechas identificadas en las diferentes experiencias en la aplicación de programas y políticas públicas interculturales en salud, es la heterogeneidad en los referentes teóricos respecto a los elementos que engloban la interculturalidad, las competencias interculturales; las aplicaciones prácticas y el desarrollo pedagógico-metodológico. Por otro lado, los planteamientos interculturales frecuentemente incurren en un reduccionismo cultural enfatizando los elementos tradicionales de los grupos indígenas, sin problematizar las estructuras sociales de desigualdad y las relaciones de poder entre el personal de salud y los usuarios indígenas (INSP, 2019; Meneses & Pelcastre, 2019).

En este trabajo se abordaron tres ejes principales que enmarcan de forma teórica esta iniciativa educativa. *La otredad cultural* en el afán de retomar conceptos como cultura, multiculturalidad, interculturalidad y competencias interculturales para el entendimiento de no solo las diferencias, sino también de su construcción. *Las estructuras sociales de desigualdad*, donde se abordan conceptos como discriminación, y los derechos a la salud de la población indígena. Y *la relación entre*

el personal de salud y los usuarios indígenas, donde se tocaron conceptos como el trato digno.

La otredad cultural

La diversidad cultural en México, los patrones de migración y globalización dan lugar a situaciones multiculturales, resultando en una población receptora de servicios de salud cada vez más diversa, reclamando que los servicios sean culturalmente competentes para dar atención en salud.

Primero se dejarán claros términos que guían este trabajo y que parecen hablar de lo mismo, pero que tienen significados diferentes (Dolores et al., 2018).

Como punto central se encuentra el concepto de cultura, entendido como el conjunto de características compartidas por grupos sociales, que les brindan una identidad y manera de ver el mundo. Se puede partir del concepto dado por Edward B. Tylor, en 1871 que concibió la **cultura** como:

... esa totalidad que incluye conocimientos, creencias, arte, moral, derecho, costumbres y cualesquiera otras aptitudes y hábitos que el hombre adquiere como miembro de la sociedad (Levy-Strauss, 1991)

La cultura definida por muchos autores ya a través del tiempo nos da la pauta para comprenderla como algo histórico y dinámico y desde este planteamiento, se presupone que no existe una verdad única, inamovible y permanente.

Después podemos entender la **cosmovisión**, como el conjunto de ideas ordenadas con los que cada grupo humano o cultural interpreta la totalidad del universo que actúa en él. Esto dependerá de su historia, costumbres y lenguaje. Las ideas ordenadas o ideologías son un conjunto articulado de representaciones y creencias sobre un especial campo de la existencia o realidad, con las que cada grupo cultural realiza determinadas actividades (Almaguer et al., 2003).

Por otro lado, podemos decir que la convivencia en un mismo territorio de personas con diferentes culturas es una sociedad **multicultural**. Comúnmente en toda sociedad con estas características se mantiene la hegemonía de algún grupo sobre

las demás poblaciones, que suelen ser los conjuntos sociales que ocupan una posición de mayor poder estableciendo estructuras sociales jerarquizadas (Pulido, 2003). Las relaciones sociales entre los distintos grupos sociales pueden ser conflictivas debido a las diferencias culturales, pero también a las diferencias estructurales en términos de poder, prestigio y acceso a recursos. Brindar atención en salud en una sociedad multicultural muchas veces se dificulta porque los actores pertenecen a grupos sociales diferenciados y caracterizados por relaciones conflictivas, que incluso pueden manifestarse a través de formas de discriminación y maltrato. De este modo, en el encuentro médico intercultural pueden manifestarse problemas en la comunicación, falta de capacidades del personal para la interacción intercultural, actitudes negativas o incluso por rechazo hacia los usuarios debido a su diferencia cultural (Vilá, 2004). Esta incapacidad de lograr una interacción efectiva con la población indígena receptora de servicios de salud se traduce en el incumplimiento del acto más importante: el cuidado.

Cuando existe una interacción en un contexto de equidad y respeto mutuo, se puede pasar de la multiculturalidad a la interculturalidad, surgido de la necesidad de crear un espacio común para los grupos diferenciados por elementos culturales, incidiendo en las discriminaciones desde personales como institucionales.

Es por ello por lo que podemos entender por **interculturalidad**, una relación de respeto y comprensión de la forma de interpretar la realidad y el mundo, un proceso de comunicación y formación.

Según la Organización Panamericana de la Salud; La interculturalidad está basada en el diálogo, donde ambas partes se escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer, de avasallar, sino de reconocer, respetar, concertar (Secretaría de Salud, 2008)

Esta definición nos deja claro esencialmente que la interculturalidad se refiere a la relación, al diálogo e intercambio de ideas entre diferentes culturas, para que se dé la interculturalidad se deben dar una interacción para el enriquecimiento mutuo. Un enfoque intercultural que promueva la equidad en salud debe incluir además del

acercamiento y reconocimiento de las peculiaridades culturales, estrategias que problematicen y transformen las estructuras sociales de desigualdad. Otras definiciones implican la reciprocidad y simetría de las culturas (Soriano, 2001), desde un abordaje de diálogo crítico y autocrítico para conocer otra cultura y luchar contra las estructuras sociales de desigualdad (Rodrigo, 1999). Un concepto de interculturalidad con elementos políticos y pedagógicos es el que Zimmermann (1999) describe:

(...) puede definirse como el conjunto de actividades y disposiciones destinadas a terminar con los aspectos y resultados negativos de las relaciones interculturales conflictivas. También se puede entender como una contribución al establecimiento de relaciones pacíficas, al mutuo entendimiento, al derecho a vivir la propia cultura, a la tolerancia, y, en fin, a la autodeterminación cultural (Zimmermann, 1999).

Relación intercultural en salud significa, la apertura a conocer y comprender la cultura así como la cosmovisión de la población que se atiende en los servicios médicos; actuar con respeto para mejorar la atención ya que esta y diversas formas de atención conviven en un mismo espacio en las comunidades.

Construir servicios de salud interculturales requiere del fomento de competencias interculturales que ayuden a que la interculturalidad se dé de una forma positiva desarrollando conocimientos, habilidades y actitudes para brindar una atención en salud con calidad a pacientes culturalmente diversos (Bleszynska, 2008b) y ubicados de manera desigual en la estructura social estratificada.

Conceptualmente, una **competencia** es un conjunto de destrezas, habilidades, conocimientos, características conductuales que ayudan a brindar un mejor desempeño en los servicios de salud. Fundamentalmente la competencia se estructura con base en tres componentes: el saber actuar, el querer actuar y el poder actuar (Dalziel et al., 1996). Sin embargo, las competencias no se pueden reducir ni al “saber” ni al “saber hacer” sino a la movilización de estos recursos.

Un profesional culturalmente competente ha desarrollado capacidades de negociación y comunicación, con el fomento de actitudes de respeto, tolerancia, diálogo y enriquecimiento mutuo. Aunque al hablar de interculturalidad frecuentemente se piensa de manera primordial en los pueblos indígenas, en esta perspectiva deben considerarse otros grupos diferentes que cohabitan en una sociedad, como... (Secretaría de Salud, 2008).

Meyer (1991) define la **competencia intercultural** como parte de una amplia competencia que identifica la habilidad de una persona de actuar de forma adecuada y flexible al enfrentarse a las acciones, actitudes y expectativas de personas de otras culturas (Meyer, 1994). Donde implica poseer conocimiento de las diferencias entre la cultura distinta y la propia, y habilidades para reconocer las estructuras sociales que generan y perpetúan la discriminación dificultando el brindar una atención de calidad y con un trato digno.

Echeverría (2005) hace distinción de los elementos que son necesarios en la competencia intercultural:

- a) Saber: Dominio integrado de los conocimientos teóricos y prácticos que reclaman adquirir conocimientos acerca de la población indígena a la que se le brinda la atención en salud.
- b) Saber hacer: Como las habilidades, destrezas y hábitos fruto del aprendizaje y de las experiencias de la interrelación en el entorno multicultural.
- c) Saber ser y estar: Enfoque participativo desempeñando aptitudes personales, actitudes, comportamientos, personalidad y valores (Echeverría, 2005).

Así, estos elementos se articulan con tres grandes ejes: el cognitivo (saber), las conductas, prácticas y destrezas (saber hacer), y la dimensión emotiva o afectiva (saber ser o estar) (Aneas, 2005):

- a) Cognición

¿Qué tiene que conocer una persona para ser competente culturalmente? ¿Tiene que saberlo todo para afrontar cualquier situación intercultural? ¿Tiene que conocer todas las culturas? Desde la perspectiva de un prestador de servicios de salud cuyo

entorno laboral interactúa con personas de culturas distintas a la propia, debe intentar conciliar tanto su perspectiva como la del otro. Desde hacer un esfuerzo por conocer las creencias más importantes, valores y normas, elementos de comunicación e idioma, siendo interpretado como una muestra de interés, aceptación y permeabilidad para aquellas personas que se encuentran en minoría cultural y en situaciones de salud vulnerable.

b) Comportamiento

Existen prácticas, costumbres, rituales y todo un conjunto de pautas y roles sociales de base comportamental determinadas por la cultura. Una persona competente interculturalmente es capaz de saber responder a ellas, incluyendo las pautas sociales, como la gestión, la resolución de problemas, la toma de decisiones, etc.

c) Emotividad

En los procesos y dinámicas psicosociales de las relaciones interculturales los elementos psicológicos y afectivos tienen un peso importante. Los rasgos emocionales relacionados con las características de cada persona y las relaciones afectivas en cada cultura generan relaciones y estrategias para dar respuesta de tipo emocional: la empatía y el control emocional.

-La empatía como competencia de afrontamiento desde la perspectiva cultural implica la capacidad de reconocer y sentir las emociones que pueden experimentar las personas de otras culturas.

-El control emocional puede gestionar de manera adecuada ciertas respuestas que en otro caso serían poco funcionales y aportarían poco.

Estructuras sociales de desigualdad

El presente apartado busca presentar las estructuras sociales de desigualdad, discriminación y maltrato, sus prácticas y representaciones dentro de los servicios de salud y su repercusión en el acceso y calidad en el trato.

Históricamente se han evidenciado las relaciones de poder, en las que se justifica la imposición de un grupo sobre otro (Meneses & Pelcastre, 2019). En los servicios de salud, el prestador es poseedor de conocimientos, habilidades y técnicas

colocándolo en un nivel de poder mayor que la población que busca la atención en salud, relegándola a un papel pasivo dentro del proceso de s/e/a-p, manifestándose en desigualdad y discriminación. Esto se acentúa cuando la población receptora de servicios de salud proviene de grupos culturales distintos.

La discriminación es un fenómeno poco problematizado dentro de los servicios de salud. La discriminación no es un fenómeno aislado. Se da durante todo el proceso de atención de manera articulada, en la diferenciación, la estratificación, el desconocimiento, la indiferencia, la exclusión, en un marco de vulnerabilidad social.

Las relaciones de discriminación en situaciones interculturales además de ser determinada por componentes culturales, están los determinantes sociales, involucrando no solo el nivel individual sino también estructuras de poder a nivel institucional. La **discriminación** a nivel individual es definida por David Jary y Julia Jary como

El proceso por el que un miembro o miembros de un grupo social definido es o son tratados diferente, especialmente de manera injusta, porque son miembros de ese grupo. Para ser elegido hacia un trato desfavorable, un grupo social puede estar conformado con base en las siguientes adjudicaciones como lo son: raza, origen étnico, género o religión (Jary & Jary, 1991)

Esta definición nos muestra conductas de discriminación individuales importantes, sin embargo, no considera las relaciones de poder de grupo o institucionales, que generan situaciones de inequidad. Por otro lado, la definición de Miguel Bartolomé y Alicia Barabas nos muestra como la falta de reconocimiento del otro es el eje de las inequidades que hay entre los grupos sociales.

La negación del otro es la primera y más fundamental violación de los derechos humanos; lo que se concretiza es la constante negación de los derechos colectivos económicos, políticos, sociales y culturales de los grupos (Bartolomé & Barabas, 1996).

Esta definición manifiesta como la discriminación y marginación mantienen a un número grande de personas en situación de desventaja para ejercer sus derechos y libertades, incluido el derecho a la salud.

En el artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se prohíbe cualquier forma de discriminación, incluidas las presentes en el proceso s/e/a-p:

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Const]. Art. 1 5 de febrero 1917 (México).

De igual forma la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure salud y bienestar sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión, origen, posición económica o cualquier otra condición (Asamblea General, 1948). En México, el Artículo 4° de la Constitución Política, reconoce el derecho a la protección de la salud, su acceso, disponibilidad y calidad de los servicios.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

Como se menciona es en la Ley General de Salud, donde se establece el qué y el cómo, para garantizar una atención universal en salud, enfrentándose con la realidad de que el contexto en el que se lleva a cabo no es el mismo para todos y el grado de vulnerabilidad condiciona las garantías y libertades fundamentales, de tal forma que la población con mayor rezago no cuenta con las condiciones necesarias y suficientes para su ejercicio, violando sus derechos, es por ellos que es

responsabilidad del Estado tratar de cerrar las brechas de desigualdad (A. Contreras et al., 2003).

Un sistema de salud basado en la equidad y solidaridad social nos orienta a estructuras y funciones ya vistas en la **Atención Primaria de Salud (APS)** como uno de los pilares de la salud pública y que en su definición apoya el enfoque intercultural:

La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas.

La relación personal de salud–población indígena

Durante el proceso s/e/a-p se establecen relaciones multiculturales, estas muchas veces en un marco de poder entre los diferentes actores sanitarios y la población indígena receptora que condicionan el trato digno y calidad de los servicios (Meneses & Pelcastre, 2019).

En los servicios de salud, históricamente se han desarrollado diferentes actitudes (Méndez, 1997) :

Ignorar: Una falta de participación de la población en las decisiones en cuanto a lo que concierne al proceso salud/enfermedad. Delega a la población a mantenerse en un papel pasivo y al sistema de salud a cerrar los ojos a las necesidades sentidas por la comunidad.

Marginar: Desmeritar los valores del otro. Como la capacidad de negar la existencia, cosmovisión y prácticas de otros grupos culturales, acrecentando las diferencias en una actitud de rechazo y búsqueda de poder y control. Intentar crear espacios distintos para excluir a los diferentes, es decir enaltecer las diferencias desde las desigualdades.

Asimilar: Se refiere a la inmersión de los grupos y culturas minoritarias en la cultura del “resto”, la “moderna” o la de la “civilización”, en la “globalización”, de forma que potencien la capacidad para adaptarse a la sociedad en donde se busca vivir.

Como un aspecto positivo, se tiene el **interés** que se manifiesta por el esfuerzo en que las minorías accedan a los mismos recursos que el resto de la población. Por otro lado, se exige la **renuncia** a la propia cultura del que es la minoría y potencia las estructuras sociales de desigualdad.

La competencia intercultural tiene como fundamento una práctica sanitaria donde la relación personal de salud-población esté exenta de formas de discriminación y de maltrato, además de aspirar a la equidad. Para que esto se logre se debe reconocer la existencia de las desigualdades estructurales determinadas por el género, la pertenencia étnica, la clase social, la edad, las preferencias sexuales, y otros factores. Para lograr establecer relaciones interculturales positivas, debe fomentarse desde la formación del personal de salud las competencias interculturales que incluyen el evitar formas de violencia y discriminación, además de garantizar un trato digno centrado en las características de cada persona (Bleszynska, 2008b).

Uno de los enfoques que contribuye a mejorar la relación personal de salud-población receptora de servicios es el Modelo de Atención Centrado en el Paciente el cual Rodríguez (2013) define acertadamente:

*La atención integral y centrada en la persona es la que promueve las condiciones necesarias para la **consecución de mejoras en todos los ámbitos** de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación.*

Este concepto comparte principios con el enfoque intercultural como el respeto, dignidad y derechos así como valores éticos que se deben tener en cuenta a la hora de realizar intervenciones basadas en la equidad y salud universal.

Trato digno

Encontrar caminos para la dignidad de las personas requiere transformaciones, muchas de ellas económicas, así como cambios culturales profundos, incluyendo cuestiones éticas y de estructuras sociales diferenciadas, estratificadas y de poder (R. Contreras, 2015). Esto ya que los usuarios culturalmente diversos al momento del contacto con el personal de salud manifiestan, además de su enfermedad, la cosmovisión que tiene de ella y las diferentes formas de tratarla (Secretaría de Salud, 2020).

La Organización Mundial de la Salud y otros autores e instituciones han tratado de definir lo que significa el **trato digno** y cuáles con los elementos que lo conforman. Se puede partir de tres ejes principales:

- 1) La determinación estructural de la calidad del trato. La respuesta del sistema de salud, su calidad en la atención y la relación que guarda con la organización macro, política, económica, y de estratificación social, este último representado por la discriminación y violencia son factores que tienen un impacto directo con la equidad en salud.
- 2) Trato digno como objetivo del sistema de salud. El trato digno se establece como uno de los objetivos de los sistemas de salud y para medir el cumplimiento de este objetivo se establecieron ocho componentes, cuatro relativos a los derechos humanos y otros cuatro a los usuarios y su percepción de calidad como “consumidores” de servicios de salud.
 1. Trato respetuoso
 2. Comunicación
 3. Autonomía
 4. Confidencialidad y privacidad
 5. Atención pronta
 6. Calidad de las instalaciones y servicios
 7. Acceso a redes sociales de apoyo durante la hospitalización
 8. Capacidad de elección del proveedor del servicio

3) Trato digno como competencia intercultural con el fin de

- Identificar prácticas y saberes sobre la población indígena.
- Reconocer las estructuras de desigualdad social.
- La deconstrucción de conceptos y prácticas de discriminación y maltrato de los prestadores de servicios de salud hacia las poblaciones indígenas.

Las brechas expresadas en inequidad en el acceso y exclusión por razones de diversidad cultural, muchas veces es producto del desconocimiento o subestimación de la cosmovisión indígena de la salud, en el cual se producen barreras de comunicación y en la calidad del trato. Es por ello la importancia de integrar un enfoque intercultural dentro del sistema de salud, logrando entre otras cosas mejorar la satisfacción usuaria de la población indígena, mayor calidad en el trato y disminución del prejuicio étnico.

Pedagogía constructivista

El constructivismo, concibe al aprendizaje como resultado de un proceso de construcción personal-colectiva de los nuevos conocimientos, actitudes y habilidades, a partir de los ya existentes y en cooperación colectiva. Está tiene elementos de carácter dialéctico y participativo donde se busca promover relaciones de diálogo en la enseñanza-aprendizaje de manera horizontal y colaborativa. Se fundamenta en los siguientes pilares (A. Almaguer & Vargas, 2014):

- Las prácticas educativas deben reconocer lo que el estudiante y facilitador saben del tema.
- Se promueve la comprensión mutua y apropiación de nuevos conocimientos y deconstrucción de los existentes.
- Se construye el proceso educativo de forma colectiva y horizontal.
- La participación de la población como sujeto y no como objeto.
- Se parte de los conocimientos, prácticas y el conocimiento del contexto que los estudiantes tengan del tema.

Esta dimensión pedagógica constructivista tiene similitudes con el proceso intercultural en el cual se realiza a partir y desde diferentes niveles: A) relaciones de respeto, el reconocimiento del “otro”, libre expresión de las percepciones y creencias. B) dialogo horizontal, que fomente la confianza, el empoderamiento, donde se logre una relación de equidad y de oportunidades. C) comprensión mutua, con la capacidad de empatía, con habilidades como la proactividad y asertividad. D) finalmente lograr la sinergia, en donde la suma de la integración de los conocimientos sea mayor y se logren resultados que difícilmente se logran de forma independiente. Dando un valor agregado a la diversidad (Almaguer et al., 2003).

Hay diversas definiciones de **competencia cultural** (CC): Henderson se refiere a este concepto como el uso de la comprensión y la conciencia de uno mismo y de los demás para respetar y generar intervenciones de salud equitativas y éticas en encuentros interculturales (Henderson et al., 2028). Alizadeh y Chavan se refieren a esta como un conjunto de comportamientos, actitudes y políticas congruentes que unidas permiten trabajar efectivamente en situaciones interculturales. A nivel de la relación en salud se ha asociado la competencia cultural con la habilidad que deben poseer los trabajadores de la salud de reflexionar sobre su propia cultura e incorporar una visión del contexto social y cultural en cada interacción con un usuario (Alizadeh & Chavan, 2016).

Byram, definió la competencia intercultural como:

Conocimiento de los demás; conocimiento de sí mismo; habilidades para interpretar y relacionarse; capacidad de descubrimiento e interacción; valorar las creencias, valores y comportamiento de los demás y la conciencia cultural crítica (Byram, 1997).

De forma general, se llega a un consenso en donde se establece que la competencia intercultural es un proceso multidimensional, que incluye por lo menos tres áreas: sensibilidad, habilidades y conocimiento y que se aborda desde un multinivel que involucra tanto a los profesionales de la salud como al sistema de salud.

Un modelo teórico que recoge todos estos aspectos es el modelo multidimensional de competencia cultural de Sue y Sue (Sue et al., 1982; Sue & Sue, 2008). De acuerdo con estos autores, la CC es la habilidad de involucrarse en acciones o crear condiciones que maximicen el desarrollo óptimo de las personas. Una práctica culturalmente competente, en este sentido, está definida por la adquisición de sensibilidad, conocimiento y habilidades necesarias para funcionar efectivamente en una sociedad pluralista (habilidad para comunicar, interactuar, negociar o intervenir en beneficio de usuarios con diferente trasfondo cultural), en diferentes niveles, promoviendo el desarrollo de nuevas teorías, prácticas y políticas que sean más apropiadas para todos los grupos (Alizadeh & Chavan, 2016; Sue & Sue, 2008).

IV. Planteamiento del problema

En el marco de lo presentado, la diversidad cultural en la que el personal de salud tiene que desempeñar sus funciones los obliga a incorporar habilidades y competencias que garanticen servicios de salud de calidad para toda la población. Es por ello por lo que en el presente trabajo la propuesta fue fomentar en estudiantes de enfermería competencias interculturales, a través de un curso-taller en la Universidad de Guanajuato que les permitiera conocer la singularidad demográfica, étnica y cultural de la población en la que se encuentran y reconocer al “otro” partiendo de un modelo distinto de percibir la realidad, estableciendo relaciones de respeto, trato digno y escucha activa. Logrando incentivar la participación del futuro personal de salud como de la población, para crear relaciones interculturales positivas, es decir el aprender uno del otro sin perder por ello su propia identidad. Con lo que se pretende contribuir a la equidad y acceso universal de salud en el país.

Aun con el reconocimiento del contexto multicultural al que se enfrentan los servicios de salud, es común que el personal de salud no se sienta preparado para prestar una atención de calidad a la población culturalmente diversa, reforzando la necesidad de incorporar un enfoque intercultural a los programas educativos utilizados en la formación del personal de enfermería. Hasta el momento dentro de las universidades del estado de Guanajuato no se han incorporado en sus planes de estudio componentes para el fomento de competencias interculturales por lo que se esperan bajos niveles de competencia intercultural entre los estudiantes de enfermería, esto debido a que las intervenciones educativas y enfoques pedagógicos utilizados para el desarrollo de competencias interculturales no están bien definidos dentro de los planes de estudio. Es bien sabido que no se puede brindar una atención de calidad si no se considera la cultura, los valores y las creencias en salud de los pacientes, las familias y las comunidades, reconociendo la importancia de respetar la diversidad entre y dentro de los diferentes grupos culturales (Veliz-Rojas et al., 2021). Por ello que se creó un espacio educativo en

los que se pudieron producir intercambios constructivos entre los estudiantes a través de actividades didácticas y prácticas.

Aunque se sabe poco de la efectividad de las intervenciones educativas en la formación de estudiantes del área de la salud, fomentar competencias interculturales en los estudiantes de enfermería puede aportar conocimientos, habilidades y actitudes que mejoren la calidad de la atención en la población en general y culturalmente diversa. Dentro de la bibliografía se encontraron revisiones sistemáticas de la efectividad de la capacitación en competencias interculturales en el personal de enfermería del sistema de salud, descubriendo que tales intervenciones educativas aumentaron la confianza de los profesionales, mejorando la calidad de la atención brindada y mejorando la satisfacción del paciente (Clifford et al., 2015; Govere & Govere, 2016). Sin embargo, aún no se cuenta con evidencia suficiente sobre la metodología pedagógica adecuada y cuáles son las intervenciones educativas más efectivas (Truong et al., 2014). Es necesario seguir contribuyendo al fortalecimiento de la educación en competencias interculturales para los estudiantes de enfermería, como un medio para mejorar la atención brindada a pacientes culturalmente diversos.

El desarrollo de esta iniciativa parte del planteamiento de la siguiente hipótesis:

A través de una metodología pedagógica constructivista y utilizando las herramientas cualitativas de grupos focales y entrevistas semiestructuradas se logrará conocer la percepción de los estudiantes de enfermería sobre la otredad cultural, estructuras sociales de desigualdad y la relación entre el personal de salud y la población usuaria, con lo cual se podrá diseñar, implementar y evaluar un curso-taller para el fomento de la competencia intercultural en estudiantes de la Universidad de Guanajuato lo que permitirá mejorar la calidad interpersonal de la atención en población indígena.

Las preguntas que guían el planteamiento de este proyecto son: ¿En qué grado están presentes las competencias interculturales en los alumnos de la licenciatura en Enfermería? ¿El fomento de competencias interculturales durante la formación de estudiantes de enfermería mejora la calidad interpersonal de la atención?

V. Justificación

En México de acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 uno de los ejes transversales es el de igualdad de género, no discriminación e inclusión. El cual se refiere al reconocimiento de las desigualdades que existen por razón de sexo, origen étnico, edad, condición de discapacidad, condición social y a las desigualdades territoriales (*DOF - Diario Oficial de La Federación*, n.d.). Bajo esta premisa se desarrolló el Programa Nacional de los Pueblos indígenas 2018-2024, con la administración del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI), que busca reconocer a los pueblos indígenas como sujetos de derecho. Este marco nos brinda las condiciones necesarias para comenzar a crear políticas públicas en salud específicas para la población indígena vulnerable, garantizando su reconocimiento y respeto de sus derechos incluido su derecho a la salud.

El reconocimiento de los diferentes escenarios multiculturales en México nos permite desarrollar programas y políticas públicas en salud que consideren los procesos de comunicación entre grupos culturales, las estructuras sociales de desigualdad y las relaciones de poder, para la erradicación de la inequidad y fomentar situaciones de interculturalidad positivas, la cuales nos ayuden a lograr el objetivo de brindar un trato digno a los usuarios indígenas de los servicios de salud (Pelcastre, Meneses, Reyes, et al., 2020).

En esta iniciativa educativa en salud contribuirá al reconocimiento de la “otredad” obteniendo los saberes, percepciones y prácticas de los estudiantes de enfermería sobre la población indígena, sus prácticas ancestrales, las estructuras sociales de desigualdad y las relaciones de poder que se presentan dentro del proceso de s/e/a-p. Para que a partir de esta información se puedan deconstruir los saberes, las percepciones y las prácticas, a través de la creación de espacios dentro de las iniciativas educativas que brinden oportunidades para poner en práctica los conocimientos, habilidades y actitudes de los estudiantes de enfermería mediante actividades didácticas y de juego.

Esto partiendo del conocimiento de los beneficios de intervenciones que brindan oportunidades de ensayar y preparar a los estudiantes para encuentros interculturales dentro de la práctica clínica (Renzaho, 2013), destacando la importancia del aprendizaje experiencial a través del juego de roles, mediante el cual un estudiante desempeña el papel de la enfermera y otro desempeña el papel de un paciente culturalmente diverso.

La oportunidad de integrar la metodología constructivista en el fomento y aplicación de competencias interculturales dentro de los planes de estudio de la licenciatura de enfermería puede ayudar a contextualizar y desarrollar mejor el conocimiento, las habilidades y actitudes en los estudiantes (Paul et al., 2006; Renzaho, 2013; Truong et al., 2014). Las competencias interculturales en el personal de salud se proponen como una solución para reducir las desigualdades en salud, favorecer la equidad, promover la justicia social y proporcionar una atención de calidad para todas las personas y comunidades

Es bien sabido que la educación es la herramienta indispensable mediante la cual la sociedad garantiza el aprendizaje de comportamientos y valores necesarios para sostener la cultura y fomentar la conciencia cultural (Hammer et al., 2003). Por lo tanto, la incorporación de la capacitación en competencia intercultural en los programas de enfermería es importante debido a dos factores principales. En primer lugar, la competencia intercultural garantiza una comunicación transversal entre el personal de salud y el paciente culturalmente diverso y ayuda a eliminar las disparidades raciales / étnicas en la atención de salud (Truong et al., 2014; Williams & Rucker, 2000) En segundo lugar, deconstruir el conocimiento, las habilidades y aptitudes para satisfacer las necesidades de salud de la creciente población diversa (Renzaho, 2013; Zweifler & González, 1998). Por lo tanto, prepara a los estudiantes para atender a pacientes de diversos orígenes sociales y culturales, reconociendo y abordando adecuadamente los elementos culturales y de desigualdad social en la línea de la prestación de atención en salud para garantizar resultados de salud positivos (Paul et al., 2006; Walton, 2011).

El no reconocer la realidad multicultural del territorio donde se brinda atención en salud, no solo de regiones rurales e indígenas sino también de grandes ciudades con fenómenos de migración, impide desarrollar un proceso s/e/a-p con comunicación suficiente entre las diferentes culturas y etnias, dificultando a nivel clínico (Quilaqueo & Torres, 2013):

- Establecer un diagnóstico certero.
- Explicar adecuadamente las indicaciones por el personal de salud.
- El seguimiento de las medidas profilácticas y terapéuticas indicadas.
- Establecer una relación del personal de salud-usuario horizontal y respetuosa.
- Propiciando la resistencia al uso de los servicios de salud e incluso estableciendo relaciones de conflicto y choque cultural.

En algunos casos se ha llegado al atropello de los derechos humanos de los usuarios, especialmente en zonas indígenas.

VI. Objetivos

General:

Desarrollar competencias interculturales para el proceso de salud/enfermedad/atención-prevención en estudiantes de enfermería de la Universidad de Guanajuato.

Específicos:

- 1) Identificar la competencia intercultural y la percepción que tienen los y las estudiantes de enfermería sobre la interculturalidad en salud y sobre la relación entre los prestadores de servicios en salud y la población indígena usuaria.
- 2) Diseñar e implementar una iniciativa educativa para el fomento de competencias interculturales que promuevan el reconocimiento de las distintas cosmovisiones acerca del proceso s/e/a-p, de las estructuras de desigualdad y el trato digno en la atención a las poblaciones indígenas en los servicios de salud.
- 3) Evaluar los procesos y resultados de la iniciativa educativa.

VII. Material y Métodos

Para el desarrollo de esta iniciativa educativa se llevó a cabo un estudio no experimental de carácter mixto en el que se plantearon tres principales fases : 1) a través de herramientas cualitativas como el grupo focal y la entrevista semiestructurada, para explorar la percepción de los estudiantes de enfermería sobre la población indígena receptora y herramientas cuantitativas para saber el nivel de la competencia intercultural de los participantes; 2) utilizando la metodología pedagógica constructivista para el diseño e implementación de un curso-taller para el fomento de la competencia intercultural en un grupo de estudiantes de enfermería en la Universidad de Guanajuato; 3) evaluar el proceso y resultado de esta iniciativa educativa.

La población de estudio consistió en estudiantes de sexto semestre de la Lic. en enfermería y obstetricia de la Universidad de Guanajuato. Fueron invitados a participar 25 estudiantes a través del grupo de tutorías, de los cuales solo 15 completaron el curso. Su participación fue voluntaria previo consentimiento informado.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Acceder a participar en la iniciativa mediante un consentimiento informado y acuerdo de confidencialidad.

Criterios de exclusión

- Estudiantes de primer año, ya que no han cursado su práctica comunitaria.

Criterios de eliminación

- Estudiantes que no concluyan su participación en la iniciativa por cualquier motivo.

Componentes de la Iniciativa

Componente cualitativo

Muestreo y participantes

El muestreo cualitativo fue no probabilístico por conveniencia: Se contó con la participación de 10 estudiantes para el grupo focal y 5 estudiantes para las entrevistas semiestructuradas.

Instrumentos

Se realizaron cinco entrevistas individuales y un grupo focal diseñados en modalidad presencial. Las entrevistas (Anexo 1) duraron alrededor de 15 a 20 minutos y el grupo focal (Anexo 2) de 90 minutos, ambas fueron grabadas y transcritas previo consentimiento informado. Se elaboró una pauta con preguntas orientadoras, con un carácter flexible y no limitado.

Criterios de rigor del método cualitativo

Se siguieron los criterios señalados por Guba (1989). Para la credibilidad se utilizaron transcripciones textuales de las entrevistas individuales y grupales, con el fin de respaldar los significados y el análisis que se obtuvo en las entrevistas y la discusión de la interpretación de los datos. Para la confirmabilidad, de la neutralidad del investigador, se llevó a cabo una triangulación con los datos obtenidos con las entrevistas individuales y grupos focales, así como los datos cuantitativos complementarios. Respecto a la aplicabilidad/transferibilidad, se realizaron matrices para identificar la repetición de datos, analizando la representatividad, considerando el contexto (Egon, 1989).

Análisis de datos cualitativos

1) Una vez hecha la transcripción de las entrevistas y grupo focal, se realizó la caracterización de las unidades de análisis más relevantes para la investigación, enfocando la atención en la reducción y sistematización de las transcripciones y los datos de los grupos focales. 2) Posteriormente se aplicó una categorización con el uso del programa ATLAS.ti, para la agrupación y ordenamiento con base a los temas más relevantes que se fueron encontrados para presentar los datos con un

formato más simple y manejable. 3) Se realizaron varias lecturas de los datos obtenidos y del modelo de salud intercultural para el sustento de las competencias interculturales que se integraron en la iniciativa.

El análisis de las entrevistas se acompañó de comentarios y anotaciones para complementar con elementos no verbales significativos en el proceso de recolección y triangulación.

Componente cuantitativo

Muestro y participantes

Para el componente cuantitativo se contó con la participación de 15 estudiantes que contestaron la Escala de Medición de la Competencia Cultural (EMCC-14), por el número de muestra se considera que estadísticamente no es una muestra representativa por lo que se utilizó solo como elemento complementario a los datos cualitativos. El criterio de inclusión fue “estudiantes que voluntariamente decidan participar”. El criterio de exclusión “estudiantes de primer año”, ya que solo cuentan con unidades de ciencias básicas y sin experiencia de campo.

Instrumentos

Los instrumentos aplicados se utilizaron para complementar y reforzar los datos cualitativos a través de la triangulación de ambos.

- 1) Un cuestionario con datos generales, que permitió conocer la edad, género, lugar de origen, etnia, nivel que cursa, experiencia clínica, conocimiento de otros idiomas, etc.
- 2) Se utilizó una Escala de Medición del Nivel de Competencias interculturales (Anexo 3), para ser empleada en estudiantes universitarios en el área de la salud, con cuatro dimensiones y 14 ítems (Pedrero, Benales, et al., 2019) Las dimensiones son: 1) la cognitiva, que promueve la oportunidad de desarrollar la conciencia cultural y la autoconciencia cultural de la comprensión de la realidad; 2) comportamental, que integran un conjunto de destrezas específicas para la solución de problemas y la formación de relaciones horizontales con los usuarios indígenas con elementos de trato digno; 3)

actitudes, que se centra en las emociones y sensibilidad por situaciones personales o de contexto; 4) las habilidades para integrar las competencias comunicativas interculturales. Es una escala tipo Likert y cada reactivo tiene cinco opciones de respuesta, que van desde el “totalmente en desacuerdo” (1) hasta el “totalmente de acuerdo” (5).

Para la adaptación de contenido fue a través de una prueba piloto en un grupo de 20 egresados de enfermería y la consulta de un grupo de 7 especialistas, conformado por actores del ámbito académico, responsables del sector salud que traten temas de salud intercultural, salud pública y comunitaria. Se evaluó la pertinencia, claridad y redacción de cada uno de los reactivos que fueron tomados de la escala “The Cultural Intelligence Scale”, traducida y adaptada por Sanhueza Henríquez (2016) para el contexto chileno (Anexo 4).

Análisis de datos cuantitativos

Se utilizarán métodos descriptivos, medidas de tendencia central y dispersión.

Fases de la iniciativa

1. Proceso diagnóstico

Entrevistas individuales, se les pidió a cinco estudiantes participar, de los cuales todos aceptaron tras firmar el consentimiento informado, la mayoría de ellas fue vía remota ya que se llevó cabo fuera del horario de clase, debido a mayor disponibilidad de los estudiantes. Las entrevistas tuvieron una duración de entre 12-20 minutos.

Grupo focal, este se integró con la participación de 10 estudiantes, de manera presencial dentro de las instalaciones de la Universidad de Guanajuato, con una duración de 60 a 90 minutos.

Escala de Medición de Competencia Cultural, se les aplicó el instrumento al total de participantes previo a las sesiones educativas. Todos completaron de manera correcta el instrumento.

2. Proceso de definición/diseño de la iniciativa educativa

Proceso de definición/diseño: Se tomó en consideración la etapa de diagnóstico para enriquecer el diseño de las sesiones. Se tomaron como referencias los tres ejes principales: 1) Las percepciones socioculturales; 2) Los Determinantes Sociales de la Salud y las Estructuras sociales de desigualdad; 3) La relación entre el personal de salud y la población indígena receptora de los servicios. Se realizó la definición de las competencias interculturales específicas para los y las estudiantes de enfermería. Se incorporaron planes, contenidos y temas que permitieron la comprensión, el análisis y la confrontación de las diferentes realidades dentro del mismo territorio, las manifestaciones de valoraciones y prácticas discriminatorias y las relaciones de poder entre el personal de salud-paciente. Se integraron sesiones educativas para el fomento de competencias interculturales mediante preguntas generadoras, técnicas y dinámicas participativas para facilitar el proceso enseñanza-aprendizaje(Arenas et al., 2005) como lluvia de ideas, collage, juego de roles, mesas redondas, sociodramas, estudio de casos, entre otros. Para propiciar el diálogo y la reflexión.

El curso tuvo un total de 7 sesiones educativas de las cuales la primera y última sesión se utilizaron para evaluar competencia cultural de los estudiantes.

3. Proceso de implementación

Proceso de implementación: Las sesiones educativas se aplicaron de forma presencial, dentro de las instalaciones de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra. Se acordó de manera participativa los horarios y fechas para cada una de ellas según la disponibilidad de los participantes.

4. Evaluación

Se realizó una evaluación de carácter mixto (Deardorff D. K, 2004) del proceso y resultados de la iniciativa. *Proceso:* a través de lista de asistencia y evaluaciones de satisfacción, cumplimiento de objetivos, metas y expectativas al final de cada sesión educativas que ayudaron a medir la implementación y calidad de la iniciativa educativa. *Resultado:* Se evaluaron las competencias interculturales en los

estudiantes de enfermería al final de la iniciativa: 1) aplicación post del instrumento EMCC-14 que evaluó conocimientos, habilidades y actitudes interculturales; 2) al finalizar con el total de las sesiones educativas se les pidió a los participantes que en una hoja blanca colocaran propuestas para la inclusión de las personas, pueblos y comunidades indígenas en los servicios de salud considerando los elementos vistos dentro del curso-taller.

Consideraciones sanitarias en el contexto de pandemia por COVID-19

En un esfuerzo conjunto por llevar a cabo esta iniciativa educativa sin riesgo para los investigadores como para los estudiantes se llevaron a cabo durante esta Nueva Normalidad las siguientes recomendaciones:

Medidas de Higiene

- Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón (de 10 a 20 veces diarias), al entrar y salir del salón, después de tocar áreas de uso común, después de ir al baño, al tocar dinero y antes de comer.
- Cubrir la boca y nariz al toser y estornudar con un pañuelo desechable o con el ángulo interno del brazo, al toser o estornudar.
- Uso de cubrebocas durante todo momento.
- Resguardo protector en casa cuando se tienen padecimientos respiratorios y acudir a recibir atención médica si se presenta síntomas de enfermedad grave.
- Mantener la higiene adecuada de los salones de clase, ventilados y permitir la entrada del sol.
- No tocarse nariz, boca y ojos con las manos sucias.
- No saludar de beso, mano o abrazo.

Filtro de supervisión

La universidad de Guanajuato cuenta con la instalación a la entrada de la institución un filtro de supervisión. El cual consiste en colocar en la entrada un módulo en el que a cada una de las personas que ingresan se les realice:

- Un cuestionario rápido sobre su estado de salud.
- Se les aplique gel antibacterial y toma de temperatura.
- Se les de información sobre las medidas de mitigación del COVID-19.

Sana distancia

Se aplicaron dentro del aula medidas de sana distancia, como todas aquellas medidas sociales establecidas para reducir la frecuencia de contacto entre las personas para disminuir el riesgo de propagación de enfermedades transmisibles.

- Implementar acciones de limpieza y desinfección de las unidades: mobiliario y material didáctico.
- Se sugiere la distancia de: 1.50, 1.80, 1.95 y 2.25 de acuerdo el escenario epidemiológico del estado de Guanajuato.

VIII. Consideraciones éticas

El presente Proyecto Terminal tiene dos componentes uno cuantitativo que se basa en la aplicación de instrumentos para conocer los conocimientos, percepciones y prácticas (competencias), y un componente cualitativo para la obtención de información de fuentes primarias (entrevistas semiestructuradas y grupos focales) ambos se le aplicaron a estudiantes de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra con consentimiento previo y confidencialidad en el manejo de la información obtenida; por lo anterior es importante considerar esta iniciativa educativa se clasifica como una investigación con riesgo mínimo según el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Se solicitó la participación de las y los estudiantes de enfermería de manera voluntaria y con respeto a las disposiciones descritas en el Título II del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud; de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Para efecto de los instrumentos mencionados se proporcionó la carta de consentimiento informado correspondiente, donde se pidió la autorización para grabar audio en dicho procedimiento para captar toda la información y no perder datos Anexo 5.

Es de relevancia mencionar que la iniciativa educativa en la Universidad de Guanajuato se realizó bajo los lineamientos establecidos por el Comité de Ética en Investigación del INSP/ ESPM. El investigador principal se comprometió a respetar los datos que fueron proporcionados por los participantes, mostrando en todo momento compromiso, responsabilidad, empatía y trato digno. Asimismo, se comprometió a resguardar toda la información de tal forma que los productos que se obtuvieron del trabajo de investigación (grabaciones, formatos de consentimiento informado) y la base de datos integrada, estén en archivo por un periodo de 5 años de acuerdo con lo establecido por el Comité de información, de la Dirección General de Tecnología de Información a través del Centro de Documentación Institucional del INSP/ ESPM.

IX. Resultados

Dado que el objetivo de esta iniciativa educativa fue desarrollar las competencias interculturales para el proceso de salud/enfermedad/atención-prevención en estudiantes de enfermería de la Universidad de Guanajuato, a través de 3 objetivos específicos, los resultados serán presentados para dar respuesta a estos, en el orden en que fueron planteados según las fases de este Proyecto Terminal.

Se presentan los resultados de los componentes cualitativos y cuantitativos en forma complementaria, organizados según las dimensiones/competencias para brindar una atención intercultural de calidad.

1. Fase diagnóstica

El propósito de la fase diagnóstica fue identificar el nivel de competencia cultural que tienen los estudiantes de enfermería y su percepción de la interculturalidad en salud respecto a la población indígena receptora.

Perfil general de los estudiantes

- Del total de los estudiantes participantes, 13 (86.7%) fueron mujeres y 2 (13.3%), hombres.
- El rango de edad predominante fue de 21 a 23 años, con un total de 11 (73.3%) participantes en dicho rango.
- Los municipios de origen de los participantes fueron: Celaya, Apaseo El Grande, León, Victoria de Cortázar, Salamanca, Salvatierra y Tierra Blanca.
- Un solo participante declaró auto describió como una persona indígena; sin embargo, ningún participante habla alguna lengua indígena.

Dimensión 1: Sensibilidad cultural

Percepciones socioculturales

Esta dimensión corresponde a la comprensión de las propias influencias culturales, que afectan las creencias, valores y actitudes. Se relaciona con las reacciones

emocionales hacia otros grupos culturales, prejuicios y estereotipos, así como al respeto y valoración de la diversidad cultural (Pedrero, Benales, et al., 2019).

Desde el grupo focal y las entrevistas, se pudo observar que la percepción sobre la cultural de la población indígena fue definida por los estudiantes como el conjunto de características que determinan la forma de ver la vida y comportamiento de una persona, estas entendidas como las creencias, valores, vestimentas, ideas, actividades, costumbres y que a su vez estas dependían del territorio en que se nacen o se desarrollan. Otros elementos importantes que se mencionaron fueron las cualidades generacionales e históricas, descritas por los estudiantes como estas creencias y costumbres que se heredan de generación en generación, las cuales pueden o no sufrir cambios.

Yo creo que son todas las características que intervienen en la vida o en la cultura de una persona. (Participante grupo focal 3)

Pues es el conjunto de creencias que tiene una comunidad o una sociedad y que pues se van siguiendo en generación. (Participante grupo focal 2)

Son como las ideas o actividades que a lo largo de la historia se van adoptando y que determinan el desarrollo de una persona. (Participante grupo focal 4)

Los participantes consideran que las personas indígenas que viven un contexto cultural diferente al de su comunidad de origen, sí pueden llegar a tener distintas expectativas o necesidades en salud y que estas están determinadas principalmente por el lugar en donde viven, trabajan y las creencias que se tengan.

Dependiendo de la región donde vivan. (Participante grupo focal 5)

Bueno, como ya lo dijeron, depende del territorio o, más bien, yo creo que de una persona indígena a otras que no nos consideramos indígenas, las necesidades en salud sí van a ser diferentes, esto pues porque incluso puede haber diferentes enfermedades dependiendo del lugar en el que habiten, diferentes a nosotros o que no conozcamos. (Participante grupo focal 6)

Yo también creo que influyen mucho la economía ya que muchas veces las comunidades indígenas son más de campo e igual influye mucho su nivel de educación que tengan. (Participante grupo focal 10)

Creo que lo importante es respetar, no estar en contra o a favor de lo que el paciente cree, simplemente respetar creencias, pueden ser similares o contrarias a las de nosotros, pero si se ha comprobado algo es que importa mucho lo que el paciente considere apto, por ejemplo, si dentro de su cultura está bien visto la práctica de la herbolaria, no negarlo o no limitarlo. (Entrevista 1)

También se mencionó por parte de los participantes la falta de conocimientos de la población indígena para la prevención de enfermedades. La concepción del cuerpo y su funcionamiento es considerada por los participantes universal para todos los grupos culturales.

Pues podría ser que también no conozcan las medidas de prevención de ciertas enfermedades. (Participante grupo focal 1)

Yo creo que sí y no, sí porque al final es un cuerpo y así como puede tener una falla renal pues es así para todos. (participante grupo focal 7)

El grupo en general opina que las tradiciones, creencias y costumbres pueden afectar la salud de quien las practica, esto porque algunas de las prácticas las consideran como riesgosas o incorrectas.

Yo pienso que sí pueden influir sus tradiciones que tienen y que puede poner en riesgo su integridad física y que de ahí también pueden influir otras cuestiones no solo la enfermedad sino también incidentes hacia uno mismo. (participante grupo focal 3)

Depende de las creencias, pero como lo mencionaban mis compañeros y si puede ser positivo que tengan una creencia pues en parte las personas se cuidan de alguna forma, pero en otras cuestiones se cuidan incorrectamente. (Participante grupo focal 5)

Mmm, considero que sí, porque como lo mencionaba anteriormente, todo depende de la religión o de las costumbres que tenga pues cada una de las culturas, hay quienes son más accesibles a todo este tipo de prácticas y hay quienes ponen más resistencia por sus creencias, por que no lo ven como algo bueno o porque dentro de su cultura o religión están prohibidas las técnicas. (Entrevistado 1)

Los participantes opinan que las diferencias culturales con los usuarios no deberían influir en las actitudes del personal de salud al brindar atención en salud. Sin embargo, reconocen que muchas veces sienten que estas diferencias les hacen el trabajo más difícil, así como que las actitudes del personal van a depender del carácter y educación que recibió cada una.

Siento que la forma en como nos crían realmente desde donde nacemos de que como ahorita lo mencionaba, un ejemplo, si discriminan o las ideas que tengan de acuerdo a la religión unas las ven bien y otras no. (participante grupo focal 8)

También se pudieron identificar elementos como la falta de empatía, la carencia de habilidades y preparación para comunicarse y enfrentar este tipo de situaciones interculturales.

(...) sí, yo también pienso que es depende de la persona, si yo viera llegar a un paciente indígena yo lo trataría igual, pero para mí sería muy difícil comunicarme con él (...). Cómo me voy a comunicar con él o cómo le voy a decir le voy a explicar el tratamiento que debe de llevar, le dije que deberían darnos una clase de alguna lengua indígena, o algo así o prepararnos para ese tipo de situaciones. (Participante grupo focal 7)

Sí, yo también pienso que la discriminación es por falta de empatía con las personas. (Participante grupo focal 3)

También creo todos concordamos que la manera en que tratas a las personas tiene que ver mucho en como te educaron y nosotros que ahorita tenemos la

oportunidad de poder cambiarlo eso, se debería de hacer. (participante grupo focal 10)

Los discursos se complementan con los resultados cuantitativos obtenidos a través de la EMCC, en la que los puntajes de los ítems de sensibilidad fueron bajos en comparación con el resto. En la tabla 2 se presentan las medias y la desviación estandar (D.E) de cada uno de los ítems de la dimensión de sensibilidad cultural. Se aprecia que la media en los ítems se encuentra entre el puntaje 5 (totalmente de acuerdo) y el 3 (ni de acuerdo ni en desacuerdo). Esta dimensión obtuvo en forma global una media de 16.60 puntos (los puntajes de la dimensión van desde los 4 hasta los 20 puntos) y una D.E de 2.5. Para facilitar la interpretación ¹ se escalaron los puntajes en una métrica de 0-100, el puntaje promedio de sensibilidad cultural alcanzado por los estudiantes evaluados fue de 78.7.

Tabla 2

Dimensión: Sensibilidad cultural según media, desviación estándar y puntajes mínimos y máximos				
Ítems dimensión sensibilidad cultural	Media	D.E	Min	Máx.
<i>1. Creo que los pacientes tienen distintas expectativas y/o necesidades en la atención en salud de acuerdo con sus diferentes creencias y costumbres.</i>	4.67	0.72	1	5
<i>2. Creo que las creencias, valores y costumbres de los pacientes podrían afectar su salud.</i>	4.73	0.46	1	5
<i>3. Creo que mi contexto cultural influye sobre mis actitudes y creencias acerca de otros grupos culturales.</i>	3.67	1.18	1	5
<i>4. Soy consciente de que mis creencias acerca de los pacientes influyen en el trato que les brindo y en las recomendaciones terapéuticas que les entrego.</i>	3.53	1.46	1	5

Fuente: Elaboración propia

¹De acuerdo con el Manual de aplicación del instrumento EMCC-14 (Pedrero, Bernal, et al., 2019): Se escalan los puntajes de cada una de las tres subescalas y del instrumento total a una métrica entre 0 y 100 según la siguiente fórmula.

$$\text{Puntaje final} = \frac{(\text{puntaje obtenido} - \text{puntaje mín escala}) * 100}{(\text{puntaje máx} - \text{puntaje mín})}$$

Dimensión 2: Conocimientos

Se relaciona con la comprensión de las visiones de individuos y grupos culturalmente diferentes. Incluye estar al tanto de nuestra influencia social y cultural, estilo de comunicación, conocimiento sobre los grupos con los que se está en contacto, influencias sociopolíticas, prácticas discriminatorias en la comunidad, efectos de barreras institucionales, entre otras.

Interculturalidad en salud

A través de las técnicas cualitativas, fue posible constatar que el grupo conoce muy poco sobre el tema de interculturalidad. Cuando se habla de interculturalidad el grupo la entiende como la relación que hay entre un grupo cultural y otro, algunos otros la perciben como el cruce de sus costumbres, entendida como la mezcla de muchas culturas:

Como la relación que hay entre una cultura y otra. (particiante grupo focal1)

Es una relación pero que también tienen algo en común. (Participante grupo focal 5)

A lo mejor la relación de las diferentes culturas, de los grupos que puede que estén en la misma ciudad y no solamente de diferentes países si no también entre nosotros mismos. (Participante grupo focal 8)

Estaba pensando en la convivencia de diferentes grupos, pero no sería eso diversidad cultural, entonces interculturalidad la definiría como el cruce de esas culturas, como una mezcla de diferentes culturas, por ejemplo, la cultura que tengo e ir a traspasar a otra cultura y hacer una mezcla y se van adaptando a las necesidades que hay. (participante grupo focal 10)

Al explorar un poco más el significado de la palabra relación, se pudo identificar elementos como unión, cosas en común o que se comparten así como establecer comunicación entre uno o varios grupos:

Una interacción, por ejemplo, si yo voy de viaje a Colombia estoy entrando a una cultura, entonces yo estoy experimentando cosas del otro país y eso para mí es una interacción intercultural. (Entrevistada 2)

Los elementos que más reconocen los estudiantes para relacionarse de manera positiva con la diversidad cultural son la empatía, la equidad, comunicación, libertad, justicia:

Creo que deberíamos tener, o por lo menos yo, un poco más de paciencia, respeto, darles mucha privacidad, pues cuando están ellos explicarles todo de una forma muy clara y tal vez muy coloquial, ya que si usamos muchos tecnicismos no entienden, entonces yo creo que eso. (Entrevistada 3)

En general, los participantes tienen una idea de lo que es la interculturalidad. Mencionan elementos como la comunicación e interacción entre grupos; también se pueden identificar aspectos que se deben aclarar y reforzar, ya que en ocasiones se llegó a confundir con transculturalidad. Se identificó interés y áreas de oportunidad para trabajar en su práctica diaria la interculturalidad en salud, relacionándolo con temas como el trato digno ya que se comparten aspectos como el respeto, comunicación, autonomía, etc.

En otra línea se les preguntó acerca de su percepción del proceso de salud/enfermedad, para conocer si se toman en cuenta aspectos culturales. En su mayoría parafrasearon la definición dada por la OMS:

Según la OMS es el máximo nivel de bienestar, físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad (Suenan risas de todos los participantes). (Participante grupo focal 1)

Algunos otros agregaron elementos como la espiritualidad, emociones o cultura.

Es el bienestar total cubriendo todas las diferentes esferas emocionales, sociales, culturales, entre otras (ríe) y que no tengan una enfermedad física o algo así. (Participante grupo focal 5)

Es el completo bienestar de una persona físico, mental, espiritual, emocional, en el que puede llegar a estar una persona. (Entrevista 1)

Con respecto a las respuestas dadas por los alumnos podemos sospechar que como es común en la formación del personal de salud, se les da una conceptualización de salud apegada al correcto funcionamiento del cuerpo, así como el aceptar que hay un concepto universal sobre lo que significa la salud y el bienestar, considerándola como una definición según Navarro (1998) ahistórica y apolítica.

En cuanto a otras prácticas en salud se encontró que en general los estudiantes identificaron practicas como la acupuntura y la herbolaria. Se pudo identificar que estas practicas en salud las relacionan con las creencias o costumbres, en especifico mencionan a las personas mayores como practicantes de ellas. Sin embargo, ocho de los diez participantes mencionan haber experimentado alguna de estas prácticas en salud. Muchos de ellos consideran estas prácticas como complementarias, aunque tambien se menciona que algunas de ellas pueden tener consecuencias en la salud por lo cual no deberían de practicarse.

Tambien está lo que son las creencias o...sí, sobre todo creencias de las personas mayores. Por ejemplo, dos enfermedades que están aquí muy presentes en México es el empacho y el susto. (Participante grupo focal 4)

Yo creo que es dependiendo de la práctica, por ejemplo, ahorita que mencionaron la naturista pues si hay muchas plantas medicinales que incluso a mí me han ayudado en algún momento, ehh, esas podrían ser complementarias, pero otras que podrían ser excluyentes podrían ser como las que le comenté, por ejemplo, el levantamiento de mollera, yo creo que esas deberían o...no sé no deberían de existir (ríe nervioso). (Participante grupo focal 10)

Estructuras sociales de desigualdad

Otro elemento que se presentó en el grupo focal y en las entrevistas estuvo relacionado con las situaciones de discriminación, y que identificaron con facilidad

en los servicios de salud. Conceptualmente para muchos de ellos la discriminación es la falta de respeto hacia las diferentes creencias, forma de actuar, vestir y pensar; también establecer jerarquias o relaciones de poder, la exclusión, el menosprecio, la falta de empatía, etc. El grupo tiene una clara noción de las actitudes consecuencia de la discriminación frente a diferentes grupos sociales y culturales.

Bueno para mí sería una falta de respeto en cuanto a sus creencias, su forma de ser, de vestir o de actuar. (participante grupo focal 1)

Pues para mí sería, interponer niveles entre las personas haciendo menos a otras y elevando a otras. (Participante grupo focal 5)

Yo creo que es el acto de aislar a una persona, incluso despreciarla por ciertas características que no están acorde a lo que tú crees. (Participante grupo focal 7)

Durante las entrevistas nos compartieron algunas experiencias relacionadas con situaciones de discriminación en contextos clínicos, lo que desaprueban muchos de ellos.

Solamente las miradas hacia algunas personas que visten de forma diferente o que se ve que vienen de lejos. Mucha la gente que las voltean a ver, pero como tal racismo o discriminación, no. (Entrevista 3)

En ocasiones sí me ha tocado ver que los doctores son un poco déspotas con las personas por cómo se ven. (Entrevista 2)

De acuerdo con los discursos, estas prácticas han estado motivadas por menosprecio hacia los pueblos originarios, hacia su apariencia física, su lengua, etc. En las entrevistas se concibe como conductas negativas, los prejuicios y la falta de empatía ante otro que posea prácticas culturales diferentes:

Pudiera ser que en mucho del personal se da el abuso de poder y que en muchas ocasiones se da lo que es los intentos de superioridad y el ser déspota con el paciente y por ello los pacientes responden de la misma manera, pero también hay muchos de ellos que se reprimen y no expresan

lo que realmente sienten solo para ya ser dados de alta y marcharse. (Entrevistada 1)

Mmm, yo siento y va a sonar que lo digo mucho, pero la parte técnica porque nosotros usamos entre nosotros códigos o palabras muy técnicas o rebuscadas y tal vez ellos no lo tienen en su vocabulario entonces es lo que aterra un poco a este y a cualquier paciente. (Entrevistada 5)

Otro aspecto identificado fue la integración de la población indígena en los servicios de salud, desde la perspectiva del proveedor:

Creo que cada vez es menor. Sin embargo, se han dado casos de discriminación hacia la población indígena porque desafortunadamente aún se les considera una raza inferior y que por ser indígenas no tienen los mismos derechos y las mismas oportunidades, entonces hasta el momento a mí no me ha tocado percibirlo, pero sí he escuchado de casos en los que algunas personas del sector de salud discriminan a este tipo de personas. (Entrevistada 1)

Pues, creo que sí se integran, pero aún les cuesta un poco ya que pues las mismas creencias de ellos no los dejan o a veces el trato del personal de salud hacia ellos es un poco técnico entonces causa temor y por eso no se acercan. (Entrevistada 4)

Lo anterior da cuenta de que se cree que la población indígena es renuente a recibir los servicios, esto relacionado con la dificultad en las interacciones con personas distintas en términos culturales, vinculadas a barreras idiomáticas, estructurales, etc:

También se puede presentar la exclusión en los letreros, por ejemplo, solo están en palabras y ninguna ilustración y ya están excluyendo a ciertas personas que no leen o que no hablan el mismo idioma. (Participante grupo focal 3)

El único inconveniente o barrera que pudiera ser, sería la de la comunicación, pero creo que ya hoy en día la mayoría de esta población indígena tiene como

segundo idioma el español, entonces ya es mucho más fácil. (Entrevistada 1)

Otro aspecto que se discutió fue el impacto de no considerar a la población indígena en el sistema de salud:

Yo creo que sí impacta esto, pues, tomando de ejemplo el primer nivel y los cuidados básicos que se le dan a una persona, por ejemplo, si son personas indígenas y no acuden al centro de salud por su vacunación o a ciertos cuidados pues van a llegar a presentar repercusiones en su salud. (Participante grupo focal 3)

Estos discursos se complementan con los resultados cuantitativos. En la tabla 3 se aprecia que los valores medios de los ítems son superiores a 4 (de acuerdo). En esta dimensión el puntaje total fluctúa entre los 4 y los 20 puntos. Se obtuvo en forma global, una media de 17.8, con una D.E de 3.3. En una escala de 0-100, el puntaje promedio de conocimiento alcanzado por los estudiantes evaluados fue de 86,26.

Tabla 3

Dimensión: Conocimiento según media, desviación estándar y puntajes mínimos y máximos				
ítems dimensión conocimiento	Media	D.E	Mín.	Máx.
<i>5. Las creencias, valores y costumbres de los pacientes deben ser valorados y contemplados en la atención en salud.</i>	4.27	1.03	1	5
<i>6. Considero que conocer mejor las creencias y costumbres de los pacientes me ayuda a plantear un plan de cuidados más adecuado.</i>	4.4	0.99	1	5
<i>7. Considero que es importante reconocer que cada paciente tiene su propio concepto de salud y enfermedad.</i>	4.6	0.83	1	5
<i>8. Considero que los problemas de salud del paciente deben ser comprendidos dentro de su contexto cultural (creencias, valores y costumbres).</i>	4.5	0.83	1	5

Fuente: Elaboración propia

Dimensión 3: Habilidades

Esta dimensión se entiende como el uso de habilidades de intervención y comunicación culturalmente apropiadas. Se relaciona con maneras de adaptar las

intervenciones a los diferentes receptores y contextos culturales de los que provienen, de practicar diferentes estilos de comunicación verbales y no verbales, de adoptar formas de disminuir los prejuicios y discriminación en las prácticas.

Relación personal de salud-población indígena receptora

Se identificaron tres aspectos relevantes. El primero se refiere a la percepción de la relación que se crea con el paciente indígena y su contexto a nivel familiar y comunitario por parte de los estudiantes. La mayoría describe relaciones abusivas por parte del personal de salud, lo que es plenamente desaprobatorio para ellos. De acuerdo con los discursos, el establecimiento de estas relaciones ha sido motivada por ambas partes, resultando en relaciones de poder por parte del personal de salud y, por otro lado, un papel pasivo por parte de la población indígena receptora:

Siento que es más una relación autoritaria como tipo “soy la persona que sabe y te lo explico de una y si no entiendes ni modo” siento que sería por ahí. (Entrevistada 4)

Siento que es bueno, cuando se tiene el tiempo y la dedicación, pero a veces siento que ellos no hacen suficientes preguntas o será que nosotros no sabemos explicar o simplemente les da pena o algo así. (Entrevistada 2)

El segundo aspecto fue la dificultad para identificar los aspectos del trato digno y lineamientos interculturales a la hora de brindar atención en un contexto culturalmente diverso, los estudiantes expresaron elementos de forma vaga y poco concreta:

Pues más que nada respetar a la persona cuando se le va a realizar un procedimiento. (Participante 1)

Pues sí, creo que va desde cómo nos dirigimos a la persona el hecho de preguntarle cómo prefiere que le llamemos, creo que desde ahí empieza. (Participante 3)

También la manera en cómo hacemos las cosas y como hablamos con ellos, eso también implica un trato digno, la manera en que los recibimos y en cómo realizamos los procedimientos. (Participante 4)

Lo anterior pone de manifiesto que el estudiante no cuenta con el conocimiento sobre las dimensiones e indicadores del trato digno, suponiendo que no logran ponerlo en práctica conscientemente a la hora de brindar la atención en salud. Esto nos permitió establecer áreas de oportunidad para reforzar los indicadores que componen un trato digno y que este se aplique al brindar los servicios de salud no solo a diferentes grupos sociales y culturales sino a la población en general.

El tercer aspecto fue la necesidad de integrar dentro de la formación universitaria de los estudiantes de salud aspectos de competencia intercultural, para la atención de este grupo vulnerable y otros:

La verdad creo que en lo que llevamos en la carrera no hemos profundizado en absolutamente en nada relacionado a la cultura, lo vemos muy por encima y creo que si es importante hacerlo. (Entrevistada 3)

Aunque la mayoría de los entrevistados coincide en que la Universidad le ha permitido el desarrollo de las herramientas genéricas, emerge la divergencia en que las competencias genéricas no satisfacen las relaciones interculturales que se establecen dentro de los servicios de salud:

Yo creo que me formaron de una forma, yo creo que neutral hacia las personas, mmm, aunque no sea a lo mejor de la misma cultura que yo tengo o la misma religión o prácticas y todo se debe de tratar siempre con respeto y con apertura hacia lo que ellos hagan. (Entrevistada 2)

Los resultados de este último aspecto de los datos cualitativos se complementan con los datos cuantitativos. En la tabla 4 se muestra que la media de los ítems se encuentra alrededor de 4 (de acuerdo). Esta dimensión obtuvo, en forma global, una media de 25 (el puntaje de la dimensión va desde los 6 hasta los 30 puntos) y una D.E de 5.06. En una escala de 0-100, el puntaje promedio de alcanzado por los estudiantes evaluados fue de 79.4.

Tabla 4

Dimensión: Habilidades según media, desviación estándar y puntajes mínimos y máximos				
ítems dimensión conocimiento	Media	D.E	Mín.	Máx.
<i>9. Les pido al paciente y a su familia que manifiesten las expectativas que tienen con respecto al cuidado y atención en salud.</i>	4.27	0.96	1	5
<i>10. Soy capaz de reconocer las barreras potenciales para acceder a los servicios de salud que pueden enfrentar los diferentes pacientes.</i>	4.2	0.94	1	5
<i>11. Soy capaz de establecer metas y/u objetivos terapéuticos considerando el contexto cultural (creencias y costumbres) de mis pacientes y sus necesidades.</i>	4	1	1	5
<i>12. Registro en el expediente clínico los datos sobre creencias y costumbres recogidas en la valoración del paciente.</i>	3.87	1.3	1	5
<i>13. Me esfuerzo por explicar al paciente su condición de salud, tratamiento médico y el pronóstico, incluso si él cree que la causa de su enfermedad es sobrenatural.</i>	4.27	0.96	1	5
<i>14. Estoy atento a posibles dificultades que puedan surgir durante la atención en salud debido a las diferencias culturales entre el paciente y yo.</i>	4.47	0.83	1	5

Fuente: Elaboración propia

2. Fase de diseño e implementación:

Desarrollar una iniciativa educativa para el fomento de competencias interculturales que promuevan el reconocimiento de las distintas cosmovisiones acerca del proceso s/e/a-p, las estructuras sociales de desigualdad y el trato digno, integrándola en un curso-taller en la formación de los estudiantes de enfermería de la Universidad de Guanajuato.

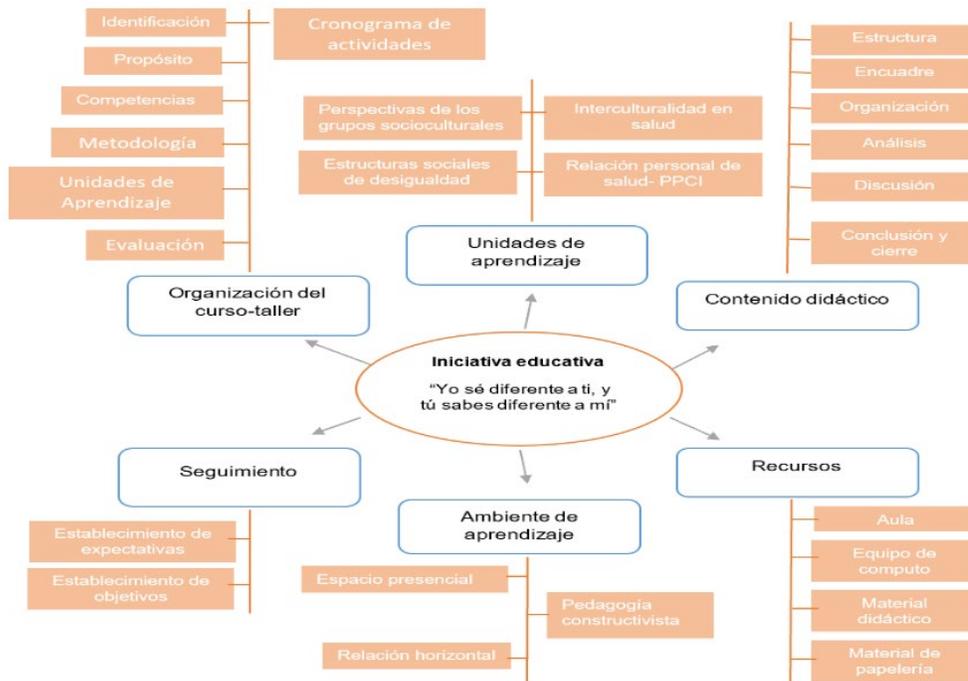
Proceso de construcción de la iniciativa educativa

Esta iniciativa educativa, “Yo sé diferente a ti y tú sabes diferente a mí”, fue el primer acercamiento al enfoque intercultural en salud con estudiantes de enfermería en la Universidad de Guanajuato. Fue desarrollada siguiendo un constructo multidimensional en el que se analizan componentes socioculturales, estructuras

sociales de desigualdad y la relación entre el personal de salud y la población indígena receptora, vinculándolos con la pedagogía constructivista para alcanzar la modificación en el ser, saber y hacer (Meneses et al., 2021).

Para la construcción de esta iniciativa se consideraron los resultados de la fase diagnóstica incluidas en este proyecto. De acuerdo con esto se diseñaron las competencias y los temas para su desarrollo (Figura 4).

Figura 4. Estructura de la iniciativa educativa



Fuente: Elaboración propia

Organización del curso taller

La organización del curso-taller y las unidades de aprendizaje son el resultado de la triangulación del diagnóstico, la pedagogía constructivista y el modelo multidimensional para el fomento de la competencia intercultural, que permitió tener una vista general de lo que fue el curso y su aportación para brindar una atención intercultural. En la siguiente tabla 5 se presentan los apartados en los que se organizó el curso-taller.

A. Identificación

Tabla 5. Identificación de los elementos que integra el curso-taller.				
Nombre de la unidad didáctica:	“YO SÉ DIFERENTE A TI Y TÚ SABES DIFERENTE A MÍ” Para el fomento de la competencia intercultural			
Programa académico	Lic. en Enfermería y Obstetricia			
Proyecto de Titulación:	“Competencias interculturales para la atención de poblaciones indígenas. Una iniciativa educativa con estudiantes de enfermería en el estado de Guanajuato”			
Modalidad:	Presencial			
Periodo de implementación:	Mayo 2022-junio 2022			
Total de horas:	Horas semanales	4	Horas totales	12
Duración:	5 semanas			
Sede:	Universidad de Guanajuato-Sede Celaya-Salvatierra			
Autor del diseño de la iniciativa educativa:	Karen Paulina Aguilera Rodríguez			

B. Propósito general de las sesiones educativas

Esta iniciativa tuvo como objetivo desarrollar competencias interculturales para el proceso s/e/a-p para que puedan ser aplicadas a nivel clínico y comunitario por parte de los estudiantes de enfermería y obstetricia de la Universidad de Guanajuato.

C. Competencias

- Capacidad para reconocer y considerar los elementos que contribuyen la identidad y contexto cultural de los individuos y grupos de población indígena, en el cual existen valores, creencias y prácticas determinadas, entre otros elementos del contexto social y ambiental que propicien la interacción asertiva entre usuarios y personal de salud.
- Capacidad de establecer relaciones respetuosas equitativas y sinérgicas en el ámbito de la salud, considerando su desempeño en contexto multiculturales, urbanos o rurales, identificando e interactuando además con profesionales, terapeutas y usuarios de otras medicinas o modelos médicos en la atención en salud.
- Corresponde a la comprensión de las propias influencias culturales que afectan las creencias, valores y actitudes, y sus formas de entender la salud y la

enfermedad. Se relaciona con la conciencia de nuestra herencia cultural, experiencias, reacciones emocionales hacia otros grupos culturales, prejuicios y estereotipos, así como también el respeto y valoración de la diversidad cultural.

- Capacidad para entender las estructuras sociales que se establecen, los estilos de comunicación, conocimiento sobre los grupos con los que se está en contacto, prácticas discriminatorias en la comunidad, efectos de barreras institucionales entre otras.
- Comprensión de las dimensiones del trato digno y los lineamientos interculturales.
- Capacidad en el uso de habilidades de intervención y comunicación culturalmente apropiadas. Se relaciona con las maneras de adaptar las intervenciones a los diferentes receptores y contextos culturales de los que provienen, de practicar diferentes estilos de comunicación verbales y no verbales.
- Capacidad para establecer una escucha Intercultural en la interacción con las personas y los grupos humanos, permitiendo la expresión de sus ideas, sin distinción de edad, género, condición económica, religión, u otro tipo de identidades (Comunicación asertiva).

D. Metodología

La iniciativa educativa se impartió bajo la modalidad de curso-taller. Las sesiones educativas que aquí se presentan fueron diseñadas en base a los resultados del diagnóstico hecho a los estudiantes de enfermería del Campus Celaya-Salvatierra de la Universidad de Guanajuato, para desarrollar o, en su defecto, reforzar las competencias interculturales detectadas.

Se utilizó la pedagogía constructivista, por lo que se buscó como primer paso el reconocimiento del saber de los estudiantes acerca de los diferentes temas a través de la aplicación de los diferentes instrumentos para el diagnóstico. Para la comprensión mutua y apropiación de nuevos conocimientos, se diseñaron e implementaron técnicas didácticas expositivas, de discusión grupal, juego de roles

o estudios de caso. Todo dentro de un proceso de construcción y deconstrucción del conocimiento colectivo que parte de las necesidades sentidas dentro del grupo de trabajo.

E. Unidades de aprendizaje

1. Sesión de presentación y diagnóstico
2. *Perspectivas de los grupos socioculturales*
 - 2.1 Identidad personal, social, de género y cultural
 - 2.2 Deconstrucción de los conceptos de salud, enfermedad, sistema de salud y prácticas de salud.
 - 2.3 Desarrollo y socialización de múltiples grupos socioculturales (presentación de los grupos indígenas presentes en Celaya)
3. *Interculturalidad en salud*
 - 3.1 Interculturalidad en los servicios de salud
 - 3.2 Elementos básicos de la negociación intercultural
 - 3.3 Integración de la población indígena en los servicios de salud
4. *Estructuras sociales de desigualdad*
 - 4.1 Determinantes sociales de desigualdad
 - 4.2 Estructuras sociales
 - 4.3 Trato digno y lineamientos interculturales
5. *Relación personal de salud-Población indígena receptora*
 - 5.1 Comunicación
 - 5.2 Proactividad
 - 5.3 Asertividad
6. Sesión de retroalimentación
 - 6.1 Evaluación de resultados y de proceso

F. Cronograma de actividades

El establecimiento de las fechas para las sesiones educativas se acordó junto con la coordinación de la facultad de enfermería en conjunto con los participantes y su disponibilidad de horario (Tabla 6).

Tabla 6. Cronograma de las sesiones educativas

Sesiones educativas	Mayo				Junio
	Semana 9-13	Semana 16-20	Semana 23-27	Semana 30-31	Semana 1-6
Sesión 1: Diagnóstico					
Sesión 2: Perspectivas de los grupos socioculturales					
Sesión 3: Interculturalidad en Salud					
Sesión 4: Estructuras sociales de desigualdad					
Sesión 5: Trato digno y lineamientos interculturales					
Sesión 6: Relación personal de salud-Población indígena receptora					
Sesión 7: Actividad de cierre					

Fuente: Elaboración propia

Contenido didáctico

En la siguiente tabla se presenta un resumen del contenido didáctico que integran las sesiones educativas, en el Anexo 6. se encuentran de forma completa las cartas descriptivas de las sesiones.

Tabla 7. Contenido didáctico de las sesiones educativas

Unidad de aprendizaje	Competencias	Objetivos	Actividad
Perspectivas de los grupos socioculturales	Capacidad para reconocer y considerar los elementos que constituyen la identidad y contexto cultural de los individuos y grupos de población indígena, en el cual existen valores, creencias y prácticas determinadas, entre otros elementos del contexto social y ambiental que propicien la interacción asertiva entre usuarios y personal de salud.	<ul style="list-style-type: none"> Reconocer los elementos que constituyen la identidad y contexto cultural de uno mismo y de los demás, en el cual existen valores, creencias y prácticas que determinan como los grupos interpretan su realidad. Deconstruir colectivamente el concepto de salud/enfermedad y el sistema de salud. Reconocer otras prácticas en salud y su importancia dentro de cada uno de los contextos culturales. 	Lluvia de ideas Flor de la identidad cultural
Interculturalidad en salud	Capacidad para establecer relaciones respetuosas	<ul style="list-style-type: none"> Conocer a nivel personal y profesional el concepto de interculturalidad en salud. 	Collage

	<p>equitativas y sinérgicas en el ámbito de la salud, considerando su desempeño en contexto multiculturales, urbanos o rurales, identificando e interactuando además con profesionales, terapeutas y usuarios de otras medicinas o modelos médicos en la atención en salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer los elementos que constituyen las situaciones y relaciones interculturales positivas. • Identificar los elementos básicos de la negociación intercultural 	
Estructuras sociales de desigualdad	<p>Capacidad para entender las estructuras sociales que se establecen, los estilos de comunicación, conocimiento sobre los grupos con los que se está en contacto, prácticas discriminatorias en la comunidad, efectos de barreras institucionales entre otras.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer situaciones que permitan comprender y atender con equidad y respeto a las personas que acuden a solicitar los servicios de salud, reconociendo sus DSS, así como sus formas de entender la salud y enfermedad, así como sus costumbres y tradiciones que los llevan a curarse de diferentes formas antes de llegar a los servicios de salud. <p>Identificar las estructuras sociales de desigualdad a nivel personal, profesional y estructural.</p>	Juego de roles
Trato digno y lineamientos interculturales	<p>Comprensión de las dimensiones del trato digno y los lineamientos interculturales.</p>	<p>Conocer las dimensiones del trato digno para poder aplicarlas de manera consciente al brindar atención en salud.</p>	Caras y gestos Videos
Relación personal de salud-población indígena receptora	<p>Capacidad para establecer una escucha Intercultural en la interacción con las personas y los grupos humanos, permitiendo la expresión de sus ideas, sin distinción de edad, género, condición económica,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una comunicación respetuosa basada en la escucha y diálogo horizontal, tendiendo a una relación empática y sinérgica. 	Visualización de la conversación La historia

	religión, u otro tipo de identidades (Comunicación asertiva).		
--	---	--	--

Implementación de las sesiones educativas

Sesión: Perspectivas de los grupos socioculturales

Se inició la primera sesión el 16 de junio del 2022, a las 12 horas con un total de 15 estudiantes. Se comenzó nuevamente con la presentación del responsable de las sesiones, posterior a eso se les explicaron las reglas de convivencia, así como el objetivo de la sesión y los temas a tratar.

Para esta sesión y como primera actividad se les pidió a los estudiantes escribir elementos que conformaran los conceptos de identidad personal, social, de género y cultural, así como también se les pidió que buscaran imágenes para representar cada uno.

Para el concepto de identidad personal, los alumnos identificaron en su mayoría elementos que conformaban el carácter, gustos personales, pasatiempos, etc. Ninguno de los estudiantes considero su sistema de creencias conformado por normas y valores, principios, religión, etc. como parte de la identidad personal. Esta reflexión se llevó a discusión en el grupo para reconocer como los valores y principios nos definen a nivel personal.

Para el concepto de Identidad social se les pidió que dieran un ejemplo que lo representara para que posteriormente se explicara frente al grupo. Los alumnos dijeron ejemplos como: taller de lectura, la comunidad estudiantil, enfermería, deportistas, club de fans, etc. Ellos reconocen que la identidad social corresponde al autorreconocimiento del lugar que se ocupa dentro de la sociedad, partiendo del entendido que cada uno determina su identidad social por cómo se asemeja o diferencia de los demás, según las características que se comparta con cada uno de los grupos. Un ejemplo interesante dado fue el grupo de enfermería reconocido

por compartir la vestimenta blanca, el lenguaje técnico, los conocimientos, valores, y finalmente las creencias que se crean en este grupo social.

Para la identidad de género fue un poco más difícil hacer que el grupo construyera la definición, ya que se percibió como algo más subjetivo, de primera instancia los estudiantes dijeron elementos como mujer y hombre, así que se les pidió que lo desarrollaran, así que juntos exploramos más elementos, como gustos, actividades, valores, orientación sexual, creencias, afinidad, nombre, personalidad, sexo, aptitudes, roles sociales, vestimenta, etc. Posteriormente, después de leer todos los elementos dados, se llegó a la conclusión de que la identidad de género es una definición personal ya que cada persona lo vive de diferente manera y que se puede relacionar o no con el sexo o la orientación sexual. También se discutieron los roles de género impuestos por la sociedad y el impacto que tienen en la vida personal, social y en la salud de las personas.

Por último, pasamos a la identidad cultural donde los estudiantes reconocieron elementos como valores, símbolos, creencias, tradiciones, lengua o idioma, festividades, comida, historia, costumbres, etc. Posteriormente se pasó a la discusión que todos estos elementos proveen a los integrantes de la comunidad un sentido de pertenencia y unión entre sus pares y que muchos de estos elementos conforman la cosmovisión de su realidad y, por lo tanto, también la forma en que resuelven sus necesidades en salud.

Con base en lo anterior se pidió que fueran pensando en los elementos que conformaban el concepto de cultura. Se les proyectó una presentación con las definiciones vistas y sus elementos para reflexionar en cuáles habían pensado y cuáles les faltaban. Después se presentaron los grupos culturales y sus características presentes en los diferentes municipios de Guanajuato.

Finalmente se realizó una discusión grupal del concepto de salud y enfermedad, pero se les pidió que fuera desde un enfoque que tomara en cuenta todos los elementos ya antes vistos. Esto fue muy enriquecedor ya que los estudiantes de pasar de un concepto totalmente biológico pasaron a un concepto más dinámico, ya que se relacionó con factores personales, sociales y culturales, llegando a la

conclusión que la salud es la continua interacción entre el ser y su contexto. Con esa última reflexión se dio por terminada la primera sesión.

Sesión: Interculturalidad en Salud

Se inició la segunda sesión el 19 de junio de 2022 a las 12 horas con la asistencia de 15 estudiantes.

Se comenzó con la explicación de la actividad didáctica donde se les entregó por equipo de 3 estudiantes revistas para que realizaran un collage de los que ellos creyeran que era una situación o relación intercultural. Para ello se les asignó un tiempo de 15 minutos, pasado ese tiempo se les pidió que pasaran al frente con su trabajo a explicar lo que estaba representado en imágenes.

En su mayoría los estudiantes presentaron imágenes de diversidad cultural, diferentes festividades, comida y vestimenta. En el momento de la explicación, mencionaron algunas habilidades que se les dificultó representar como empatía y paciencia. Posteriormente, y utilizando las imágenes de los estudiantes, se les dieron los elementos de una relación intercultural positiva, como la comunicación efectiva, el asertividad y la proactividad en la interacción entre diferentes grupos culturales. También esta etapa se aprovechó para aclarar algunas ideas erróneas de lo que era la interculturalidad como la homogenización de culturas que fue un elemento que se repitió mucho.

Después del término de la actividad se abrió paso al tema de negociación intercultural, el encargado de la sesión dio el contexto de lo que significa negociación intercultural ya que este término es muy usado en el ámbito de negocios internacionales por obvias razones. Sin embargo, cada día tiene mayor relevancia su adaptación en otros ámbitos, como lo es en los servicios de la salud así como los elementos que la componen. Después de la explicación se les pidió a los alumnos que igual que la actividad anterior a través de imágenes representaran los elementos de la negociación intercultural.

En la reflexión grupal, la mayoría de los alumnos mencionaba que la negociación cultural se obtiene a través de una relación bidireccional en donde la población

receptora de los servicios de salud toma un papel activo en la toma de decisiones para llegar a acuerdos y concesiones que beneficien a ambos, pero sobre todo que la persona en minoría se sienta escuchada y valorada dentro del tratamiento médico que se le asigna. Esto nos llevó a la última reflexión de la sesión, sobre cómo se integraba la población indígena en los servicios de salud. Muchos de los estudiantes mencionaron que los pacientes no asisten a los servicios de salud por la mala relación que existe entre ambos, donde se incluyeron factores como el miedo, la insatisfacción, la accesibilidad, etc. También se mencionó que ahora que conocen algunos de los elementos de la negociación cultural, les sería de mucha ayuda para que estos factores negativos disminuyeran a la hora de brindar atención en salud.

Sesión: Estructuras sociales de desigualdad

Se inició la tercera sesión el 24 de junio del 2022, a las 12 horas con la asistencia de 15 estudiantes.

Se les presentaron 3 casos de encuentros médicos interétnicos, en donde se les pidió que formaran equipos para poder representar a través del sociodrama cada uno. Se les compartió material para su caracterización y se les indicó que representarán con gestos los sentimientos que se fueran representando. Al finalizar se les hicieron varias preguntas:

¿Qué determinantes sociales de la salud pudieron identificar? La mayoría de los estudiantes mencionaron los estilos de vida, territorio, educación, acceso a los servicios de salud, condiciones socioeconómicas, vivienda, trabajo, etc. Lo que nos dice que los estudiantes sí tienen una clara noción de los determinantes que intervienen en el proceso salud/enfermedad. Los estudiantes lograron identificar las posibles barreras que se pueden presentar en la búsqueda de servicios de salud en la población indígena.

¿Cuáles fueron las actitudes representadas en los casos? Se mencionó la falta de empatía por parte del personal de salud, arrogancia, impaciencia, falta de tacto, discriminación, poco interés en explicar lo que pasaba y falta de profesionalismo. Mientras que por parte de la población indígena receptora se observó timidez, desconfianza, temor, angustia de no saber que pasaba, impotencia, inconformidad.

Visualizando de forma práctica como muchas veces las creencias que se tiene de la persona tanto la que da los servicios de salud como la que los recibe tiene un impacto en las actitudes de estas.

¿Qué pensamos sobre los casos presentados? De forma general el grupo percibe que este tipo de situaciones son muy frecuentes en los servicios de salud, ya que el personal de salud no cuenta con las condiciones adecuadas para prestar una atención de calidad, y muchas veces por falta de profesionalismo y de manera inconsciente se le niegan los derechos a la población receptora. Se hicieron observaciones de acceso a los servicios de salud, desde la accesibilidad por el territorio como la falta de recursos tanto materiales como humanos, volviendo a la población más renuente a asistir. También se resaltó la falta de valoración de características específicas como la lengua en los servicios de salud. Sin embargo, los estudiantes durante la discusión culparon a los padres por no tener la información que les pedía la médico, llamándolos desinteresados.

El motivo de llevar a cabo sociodramas de casos reales en los servicios de salud fue esclarecer además del contexto tomando en cuenta los determinantes sociales de la salud, reconocer las características de la relación del personal de salud y la población receptora, revelando una relación por parte del personal autoritario y paternalista, mientras que por otra parte se observó a un usuario pasivo en el proceso de atención.

Con respecto a las estructuras sociales de desigualdad, en los diferentes encuentros médicos interétnicos, los estudiantes observaron actitudes de estratificación social que condicionan situaciones discriminatorias estableciendo relaciones de poder y valoración dependiendo del –en este caso– estatus económico y pertenencia cultural.

Sesión: Trato digno y lineamientos interculturales

Se inició la cuarta sesión el 26 de junio del 2022, a las 13 horas con la asistencia de 15 estudiantes.

Esta sesión fue la segunda parte para tratar los temas de trato digno y los lineamientos interculturales. Para esto se les explicó la dinámica, colocando en una mesa las ocho dimensiones del trato digno separadas e identificadas por color seguidas de sus indicadores correspondientes, y se les pidió que de manera individual pasaran al frente para representar cada indicador a través de dibujos, mímica o actuándolos; el estudiante que lo adivinara se quedaría con la tarjeta. El participante con mayor número de tarjetas gana.

En general los alumnos se mostraron muy interesados y competitivos durante la actividad. Algunos indicadores fueron de mayor dificultad de representar que otros; sin embargo, los estudiantes utilizaron la asociación y experiencia de sus prácticas para poder representarlos a través de dibujos, o actuaciones, incluso algunos de ellos las describían.

Previo a esta sesión la conceptualización del trato digno era muy vago por parte de los estudiantes ya que el respeto y amabilidad eran los elementos mayormente identificados por estos. Por lo que se buscó que además de que se conocieran las ocho dimensiones e indicadores, los pudieran representar con situaciones o vivencias dentro de su práctica clínica y comunitaria.

Después de la dinámica, se les presentaron dos videos, el primero sobre el proceso de búsqueda de atención obstétrica por parte de una mujer indígena embarazada y su atención en los servicios públicos de salud donde se les pidió identificar las dimensiones de trato digno que se violentaron a lo largo del video y el segundo sobre el testimonio de una mujer indígena y su percepción del trato digno.

De primera se les pidió a los alumnos que describieran lo que se había visto en el video, esto para conocer la percepción de los participantes. Solo una alumna contestó y describió los sucesos de una familia indígena en busca de atención de urgencia para la mujer embarazada ya que presentaba una hemorragia. Después

se les pidió que describieran que sintieron a ver el video; al respecto, los alumnos mencionaron impotencia, desesperación, enojo y tristeza.

Se les preguntó sobre los elementos del trato digno que identificaron a lo largo del video; de forma general, los alumnos mencionaron de manera más clara las dimensiones del trato digno y sus indicadores representados en el primer video; como, el consentimiento informado, la privacidad, explicar de forma fácil y clara los procedimientos, comunicación, etc. Además de situaciones de discriminación y violencia.

El grupo en sus reflexiones finales mencionaron que el trato digno no solo es el conjunto de varias acciones con el fin de que el paciente se sienta seguro, respetando siempre su autonomía e individualidad; sino también tiene aspectos estructurales y de proveedor de recursos tanto materiales como humanos para que pueda gozar de una atención de calidad; también se mencionó, que no es responsabilidad de una sola persona, sino que es de todas las personas que se involucran en el proceso de s/e/a-p desde la recepción hasta el alta de los servicios de salud. El presentar la percepción de las personas indígenas receptoras también tuvo un impacto según mencionan los alumnos ya que se les permitió saber que las personas indígenas saben sobre el tema y que muchas veces no lo dicen por miedo o vergüenza.

Sesión: Relación personal de salud-Población indígena receptora

Se inicio la quinta sesión el 30 de junio del 2022, a las 12 horas con la asistencia de 15 estudiantes.

Previo a comenzar con las actividades se les presentó a los alumnos los temas y los componentes de cada uno a través de una presentación de no más de 10 minutos, esto para que se tuviera una noción de lo que se iba a trabar de manera práctica. Para esta sesión las actividades didácticas programadas fueron tanto individuales como grupales.

Para la dinámica de “visualización de la conversación” y “la historia” en el plenario de la actividad los estudiantes externaron que el sentirse escuchados por la persona

asignada los hacía sentir importantes, tranquilos, felices y en paz; mientras que, por el contrario, cuando no los escuchaban, interrumpían o juzgaban, se sentían tristes, insatisfechos, irritables, ignorados, etc.

Al presentarles las herramientas para emplear una escucha activa, muchos de ellos mencionaron que algunas ya las conocían pero que muchas veces se les olvidaba aplicarlas mientras que las otras herramientas las desconocían como estrategia para hacer sentir a la otra persona escuchada. Una que se resaltó fue la herramienta de repetición que consiste en repetir lo dicho por la persona para saber si se entendió la información. Mencionaron que esto es de gran utilidad ya que muchas veces la información se malentiende y se puede llegar a tener una idea equivocada de lo que se quiso decir, con esta herramienta se logra establecer realmente una conversación efectiva.

Dentro de la discusión la reflexión fue sobre como muchas veces se presentan actitudes y respuestas negativas dentro de los servicios de salud. Por ello se les hizo esta pregunta para abrir la discusión en el grupo ¿Qué relación tiene esto con la prestación de servicios de salud? De forma general los estudiantes expresan que el personal de salud muestra comportamientos como no prestar atención, interrumpir o incluso juzgar y regañar a los pacientes por lo que muchas veces los pacientes se muestran inseguros, con vergüenza o con temor de expresar sus necesidades sentidas y en el peor de los casos dejan de asistir a los servicios de salud.

Posteriormente y pasando a la siguiente actividad didáctica, sobre las habilidades de asertividad/proactividad para puede brindar una atención centrada en el paciente. Se les dio 4 tratamientos terapéuticos de enfermería en donde la persona que busca atención en salud tomara un papel proactivo, a través de herramientas que les brindara el personal de salud. Las dos principales estrategias fue la toma de decisiones y el establecimiento de metas conjuntas.

Los estudiantes se mostraron entusiasmados al realizar la actividad. Se formaron 4 equipos por cuestiones de tiempo en la sesión para pasar al frente a realizar la

demostración al resto del grupo. En general los estudiantes emplearon diferentes herrami

entas de negociación antes ya vistas, así como también la escucha activa, estableciendo tratamientos más flexibles y específicos para cada paciente.

En la reflexión final, los estudiantes mencionan que fue una experiencia nueva y que muchas veces no se les da esta libertad ni a ellos como estudiantes ni a las personas como pacientes, por lo que les gustaría que se dieran más relaciones y oportunidades en donde se pueda dar un trato más individualizado tomando en cuenta las condiciones del paciente y dejando que él intervenga en las decisiones que se tomen respecto a su salud. También se mencionó que con estas estrategias se podría lograr que las personas cumplieran correctamente con su tratamiento y aumentara la aceptación de los servicios de salud en comunidades indígenas o rurales.

Sesión: Cierre

Se inicio la sexta sesión el 06 de julio del 2022, a las 12 horas con la asistencia de 15 estudiantes.

De actividad final se les llevó un juego de mesa elaborado por el responsable de esta investigación para recapitular todos los temas vistos dentro del curso. El juego consistió en un tablero donde se les realizaba preguntas individuales o grupales de los temas visto, si contestaban correctamente podían seguir avanzando, el primer equipo que llegara al final ganaba. Los estudiantes presentaron buena aceptación por participar, así como en su mayoría contestaban correctamente las preguntas.

Posterior a la actividad se prosiguió a contestar de manera virtual la escala de medición de competencia cultural y de manera impresa la evaluación de satisfacción. Como trabajo final se les pidió a los estudiantes que en una cuartilla colocaran una propuesta de como integrarían ellos a la población indígena en el sistema de salud. Ya para finalizar el curso se les agradeció a los estudiantes su participación y se les proporcionó su contacto para cualquier duda o aclaración.

3. Fase de evaluación

Evaluación de resultados

El propósito de esta evaluación fue identificar los resultados respecto a las competencias interculturales que presentaron los participantes después de tomar el curso-taller de esta iniciativa educativa.

Componente cualitativo

A continuación, se presenta el componente cualitativo, tras realizar el análisis de contenido del ensayo final, identificando sistemáticamente la información de cada uno de los trabajos, se presentan los siguientes resultados.

Consideraciones socioculturales

Desde el trabajo final, se pudo identificar la capacitación del personal de salud como uno de los aspectos que la mayoría de los participantes consideraron en sus propuestas, obedeciendo a la necesidad de conocer el contexto sociocultural, así como otros sistemas médicos y sus prácticas. Reconociendo que ningún sistema médico es capaz de satisfacer por sí solo todas las demandas de salud que presenta la población, y que por lo tanto el modelo médico occidental no es el único válido para comprender y atender el proceso s/e/a-p.

Considero que para lograr incluir a la población indígena en los servicios de salud es vital conocer su cultura, tradiciones, costumbres y creencias tanto religiosas como en salud. (Participante 9)

Una de las barreras identificada para mejorar las condiciones de acceso a los servicios de salud de la población indígena fue la falta de personal hablante de lenguas indígenas, por ello los estudiantes proponen la capacitación de promotores de salud en diferentes lenguas indígenas en beneficio de la población receptora de los servicios de salud.

Otro aspecto importante por considerar es la lengua, en donde se puede apreciar una falta de comunicación muy considerable, debido a que si no hay entendimiento no hay una atención integral. (participante 8)

Considero que para poderlos incluir primeramente se tendría que capacitar al personal de salud para aprender una lengua indígena, para así poder mejorar la comunicación entre el personal y el paciente. (participante 3)

También se incluyeron estrategias de prevención, promoción y protección a través de materiales visuales y en su lengua materna con el objetivo de orientar y facilitar a los hablantes de lenguas indígenas, principalmente aquellos que no hablan español o que no lo entienden, para que puedan recibir la orientación necesaria.

Contar con estrategias que nos ayuden a comunicar de manera efectiva temas en salud como, por ejemplo: trípticos, carteles, material didáctico, etc. (participante 2)

Los participantes creen necesario que el personal que brinda atención en salud en zonas donde hay presencia de población indígena logre una mayor comprensión de la diversidad y dinámica cultural y social en la que están insertos los usuarios de salud.

Se podría empezar con reconocer la existencia de este grupo/sociedad que se ha y hemos mantenido marginado, ya sea por falta de interés o desconocimiento. (participante 7)

Una de las razones por las cuales la población indígena no se integra en estos servicios es debido a que se siente excluida y no comprendida en diferentes estructuras que forman su estilo de vida. (participante 8)

El grupo reconoce que muchas veces el sistema de medicina occidental asume que los pueblos indígenas no tienen interés por integrarse a los servicios de salud, así como ignoran que existen otros conceptos del proceso de salud-enfermedad en los que se consideran factores espirituales, comunitarios y ambientales.

También se debería de dejar de suponer que esta población no encuentra interés en cuidar su salud, haciéndoles llegar los servicios sanitarios básicos. (participante 7)

Se debe reconocer que muchas veces las personas no acuden a los sistemas de salud debido a la falta de recursos y oportunidades. (participante 6)

Relación personal de Salud-Población indígena

Un aspecto que se identificó dentro de varias de las propuestas sobre capacitación fue el trato digno, un tema visto de forma teórica y práctica dentro del curso-taller.

Las propuestas retoman la importancia de tratar al paciente indígena con respeto, estableciendo una relación con el personal de salud equitativa y sin aptitudes discriminatorias o de prejuicios.

Así como también enseñar a los profesionales las acciones adecuadas para tratar al paciente con respeto e igualdad, sin discriminación, sin importar su cultura, vestimenta, etc. (Participante 2)

Los prejuicios son otras cosas que influye en el acceso a la salud, debido a que se tiene a esta población enmarcada en un concepto negativo y que muchas veces se piensa que son personas que no se atienden por que no quieren. (participante 3)

Durante el curso se presentaron situaciones de la práctica cotidiana donde muchas veces el personal de salud se enfrenta con situaciones en donde la protección a la salud y la dignidad de las personas se confrontan. Es por ello por lo que el conocer el trato digno sus dimensiones y sus indicadores específicos contribuye al respeto de los derechos humanos como también a la calidad de los servicios.

Dar a conocer la importancia de la atención digna, basándose en valores, aptitudes y el trato profesional. (Participante 11)

Incluir el tema de estructuras sociales de desigualdad como eje principal para mejorar la relación personal de salud-población indígena, permitió revelar las relaciones de poder e inequidad que se establecen en los servicios de salud, logrando que los participantes pudieran proponer estrategias para disminuir estas barreras de acceso.

Otra necesidad que noté durante el curso fue la desigualdad en la atención, haciendo distinción por su situación económica, educación, etnia, etc. (participante 8)

Luchar contra el clasismo que existe, ya que todos deberíamos de tener el derecho de una atención digna. (participante 7)

La mayoría de los participantes presentaron al final de la intervención una idea más clara de las estructuras sociales de desigualdad y sus posibles consecuencias y repercusiones en los servicios de salud. Los participantes consideran que estas estructuras podrían llegar a manifestarse en situaciones de discriminación y violación de los derechos humanos. Por lo que fueron aspectos que se tomaron en cuenta a la hora de dar sus propuestas para integrar a la población indígena en los servicios de salud.

Participación social

Por medio de las sesiones educativas los participantes reconocieron la importancia de integrar el enfoque intercultural en los programas y campañas de salud desde la etapa de diseño y planeación a través de la participación comunitaria, para lograr implementar las intervenciones considerando la visión del mundo de los usuarios.

Además, considero que se podría realizar campañas de salud que acudan a los pueblos indígenas para identificar las necesidades y enfocarse en aquellos problemas que seas primordiales. (participante 3)

Para ello, los participantes propusieron diagnósticos comunitarios para el reconocimiento de las necesidades y expectativas de salud a través de la participación de la comunidad indígena, con el objetivo de establecer mejores estrategias que consideren los determinantes sociales, las prácticas religiosas y de salud empleadas en las zonas, así como su cosmovisión del proceso de s/e/a-p, para poder trabajar en armonía ambos sistemas y así poder satisfacerlas.

Estaría muy interesante que pudieran participar personas o grupos vulnerables como las personas indígenas para que se obtengan diferentes ideas en cómo llevar a cabo las actividades en los centros de salud.

De manera que no solo lidere el personal de salud si no que a través de personas con conocimientos sobre sus tradiciones y costumbres hagan capacitación del resto del personal. (Participante 4)

En esta iniciativa educativa se partió del concepto de interculturalidad entendida como el reconocimiento e interacción de los diferentes grupos sociales, y para que se dé la interculturalidad idealmente se deben de tener condiciones específicas para la interacción equitativa entre los grupos culturalmente diversos. Integrar en la formación del personal de salud diagnósticos de salud con un enfoque intercultural crea las brechas de comunicación necesarias para el acceso equitativo de los servicios de salud.

Dar a conocer a las instituciones educadoras la importancia de estos temas y no solo como una Unidad Didáctica, sino por el hecho de que, aunque son temas poco comunes, son importantes en nuestra práctica profesional. (Participante 6)

Componente cuantitativo

Para el componente cuantitativo en la fase de evaluación, se les aplico a los participantes la EMCC-14 al finalizar la iniciativa educativa. A continuación, se presentan ambos resultados con el fin de realizar una comparación de los datos obtenidos.

Dimensión: sensibilidad cultural

Al finalizar la iniciativa educativa los participantes obtuvieron en la dimensión de sensibilidad cultural una media global de 19.3 mostrando un aumento en la puntuación de 2.7 puntos (recordando que los puntajes de la dimensión van desde los 4 hasta los 20 puntos) y una D.E de 0.90. En la tabla 8 se presenta la comparación entre las medias y la desviación estándar (D.E) de cada uno de los ítems de la dimensión.

Tabla 8.

Dimensión: Sensibilidad cultural resultados pre y post según media, desviación estándar y puntajes mínimos y máximos

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ítems dimensión sensibilidad cultural	Media		D.E		Mín.	Máx.
	Pre	Post	Pre	Post		
1. Creo que los pacientes tienen distintas expectativas y/o necesidades en la atención en salud de acuerdo con sus diferentes creencias y costumbres.	4.67	5.00	0.72	0.00	1	5
2. Creo que las creencias, valores y costumbres de los pacientes podrían afectar su salud.	4.73	4.93	0.46	0.26	1	5
3. Creo que mi contexto cultural influye sobre mis actitudes y creencias acerca de otros grupos culturales.	3.67	4.53	1.18	0.64	1	5
4. Soy consciente de que mis creencias acerca de los pacientes influyen en el trato que les brindo y en las recomendaciones terapéuticas que les entrego.	3.53	4.87	1.46	0.35	1	5

Fuente: Elaboración propia.

En una visión más global retomando el componente cualitativo, podemos respaldar como la sensibilidad cultural mejoró, ya que los participantes incluyeron en sus propuestas aspectos culturales dentro del proceso s/e/a-p de una forma participativa con la comunidad, esto como una medida para crear programas y servicios de salud en un marco de equidad, horizontalidad y respeto a otros grupos culturales, estableciendo diálogos y negociaciones de igualdad de oportunidades.

Dimensión: conocimientos

Para la dimensión de conocimiento los participantes obtuvieron una media global de 19.8, mostrando un aumento de 2 puntos, y una D.E de 0.5. En la tabla 9 se presenta la comparación entre las medias y la desviación estándar (D.E) de cada uno de los ítems de la dimensión.

Tabla 9

Dimensión: Conocimiento, resultados pre y post según media, desviación estándar y puntajes mínimos y máximos						
ítems dimensión conocimiento	Media		D.E		Mín.	Máx.
	Pre	Post	Pre	Post		
5. Las creencias, valores y costumbres de los pacientes deben ser valorados y contemplados en la atención en salud.	4.27	5.00	1.03	0.00	1	5

6. Considero que conocer mejor las creencias y costumbres de los pacientes me ayuda a plantear un plan de cuidados más adecuado.	4.4	5.00	0.99	0.00	1	5
7. Considero que es importante reconocer que cada paciente tiene su propio concepto de salud y enfermedad.	4.6	4.93	0.83	0.2	1	5
8. Considero que los problemas de salud del paciente deben ser comprendidos dentro de su contexto cultural (creencias, valores y costumbres).	4.5	4.87	0.83	0.3	1	5

Fuente: Elaboración propia

Respecto a la dimensión de conocimiento, y triangulándola con las propuestas realizadas por los estudiantes, retoman aspectos como la capacitación intercultural del personal de salud, respecto a conocimientos socioculturales, lengua, otras prácticas, etc. Dejando ver que los alumnos ahora consideran que el proceso salud/enfermedad no solo es un elemento de carácter curativo, sino que también está determinado por las condiciones sociales y culturales.

Dimensión: habilidades

Respecto a la dimensión de habilidades, los participantes obtuvieron una media global en la post evaluación de 28.7, con un aumento de 3.7 puntos, y una D.E de 1.3, en la tabla 10 se muestra la comparación entre las medias y la desviación estándar (D.E) de cada uno de los ítems de la dimensión.

Tabla 10

Dimensión: Habilidades, resultados pre y post según media, desviación estándar y puntajes mínimos y máximos						
ítems dimensión habilidades	Media		DE		Mín.	Máx.
	Pre	Post	Pre	Post		
9. Les pido al paciente y a su familia que manifiesten las expectativas que tienen con respecto al cuidado y atención en salud.	4.27	4.7	0.96	0.5	1	5
10. Soy capaz de reconocer barreras potenciales para acceder a servicios de salud a las que se pueden ver enfrentados los diferentes pacientes.	4.2	4.7	0.94	0.5	1	5
11. Soy capaz de establecer metas y/o objetivos terapéuticos considerando el contexto cultural (creencias y	4	4.7	1	0.5	1	5

costumbres) de mis pacientes y sus necesidades.						
12. Registro en el expediente clínico los datos sobre creencias y costumbres recogidas en la valoración del paciente.	3.87	4.6	1.3	0.6	1	5
13. Me esfuerzo por explicar al paciente su tratamiento médico, incluso si él cree que la causa de su enfermedad es sobrenatural.	4.27	5	0.96	0	1	5
14. Estoy atento a posibles dificultades que puedan surgir durante la atención en salud debido a las diferencias culturales entre el paciente y yo.	4.47	5	0.83	0	1	5

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al tema de habilidades, los estudiantes dentro de sus propuestas reconocen que el personal de salud requiere más que conceptos técnicos para brindar una atención de calidad. Se expone la relevancia de establecer un puente de comunicación basado en la apertura de otras expectativas y realidades de la atención. Proponiendo aplicar habilidades de forma consciente como la escucha activa, establecer relaciones horizontales, actitudes proactivas, etc. Mejorando como se mostró con anterioridad las puntuaciones en esta dimensión.

Evaluación de proceso

Durante la evaluación de proceso fue importante conocer lo que las y los participantes esperaban del curso-taller:

Yo espero que el curso no sea pesado, o que nos deje más trabajo para llevarnos en casa (ríe), porque estamos ya cerrando semestre y es pesado. (participante 2)

Me siento entusiasmada por el curso, ojalá tenga más dinámicas, porque muchos profesores solo ponen diapositivas. (participante 5)

Solo quisiera que nos diera chance de comer durante la clase, porque vamos saliendo de una clase de 4 horas. (participante 8)

Yo quisiera que este curso nos enseñe cosas que podamos aplicar en nuestra práctica clínica y comunitaria, ya sea para población indígena o en general, verdad, para que los pacientes quieran regresar y también que el nombre de la universidad sobresalga de las demás por el buen trato. (Participante 10)

Se tomó en consideración el dinamismo y practicidad que los alumnos esperaban del curso para evitar que este fuera cansado, realizando actividades didácticas y prácticas para interiorizar las competencias interculturales, sin que estas representaran trabajo o esfuerzo extra a las horas establecidas en el curso-taller.

Los días y horarios que se establecieron también fueron una decisión conjunta con los participantes, para potencializar la participación y evitar el ausentismo, los estudiantes se mostraron sumamente proactivos incluso para agendar dos sesiones a la semana esto para poder abarcar todos los temas establecidos al inicio.

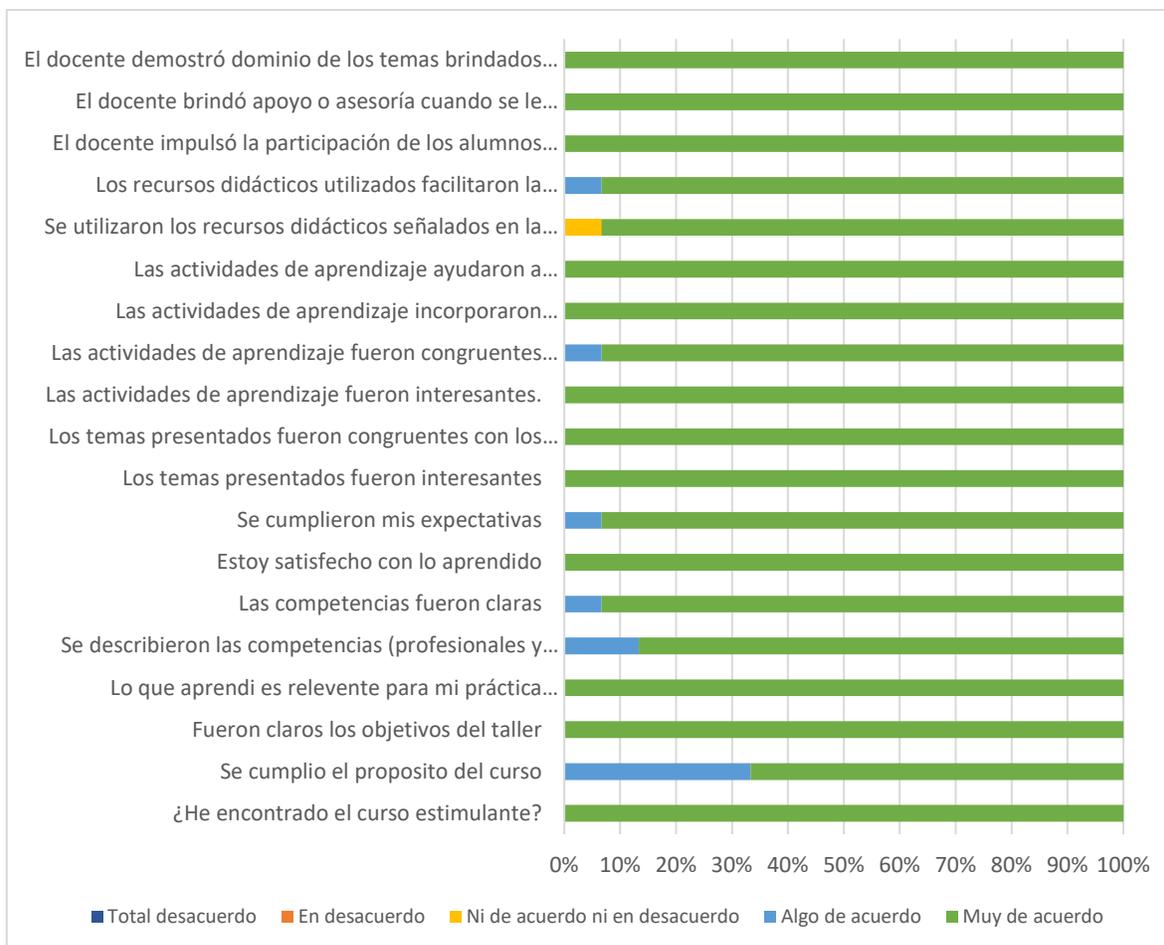
En cada sesión se les explicaba el objetivo y las competencias que se pretendía desarrollar, al terminar las sesiones se les preguntaba que les parecían las actividades y temas:

Estoy muy contenta de que el curso lleve dinámicas para explicar los temas, la verdad es que no siento el tiempo, de pronto ya pasaron las dos horas. (participante 12)

Me gustaría que hubiera clases como estas dentro del mapa curricular, ya había visto algunos de los temas, pero no de esta manera, tan dinámicos y prácticos. (participante 15)

Al finalizar las sesiones educativas se les aplicó una escala de satisfacción a los y las participantes en el que se abordó una evaluación general, el desarrollo del curso, y la calidad del docente. En la figura 5 se muestran los resultados representados por colores.

Figura 5. Escala de satisfacción. Análisis descriptivo por ítem



Fuente: Elaboración propia

También se les pidió de manera voluntaria escribir un comentario general sobre el curso:

Creo que durante este taller pude aprender mucho más sobre temas de interculturalidad, fue mucho de mi agrado ya que como se plantearon las actividades hubo más interacción con los temas y la información pudo quedar más clara. Me gustó y espero que más personas puedan brindar temas como estos. (participante 2)

Es un tema en general muy interesante del cual no muchas personas hablan y menos relacionado a la salud, creo que con este curso pudimos darnos cuenta de la importancia que tenemos los profesionales de la salud en el proceso de salud del paciente indígena. (participante 4)

El curso supero mis expectativas totalmente y todos los conocimientos estoy segura de que los aplicaré en mi práctica profesional. La docente es muy buena abordando los temas. (participante 6)

Me pareció un curso bastante estimulante ya que me permitió aplicar los conceptos que íbamos aprendiendo de forma práctica y aterrizada a nuestro ámbito laboral. [La instructora] me pareció muy entusiasta en cada actividad y lo agradezco mucho.

Los estudiantes de forma general se mantuvieron entusiastas y colaborativos durante todo el curso, a pesar de que el contexto tuvo sus dificultades ya que apenas se estaban integrando a clases presenciales y se encontraban terminando el semestre.

X. Discusión

El fomento de la Competencia Intercultural (CI) en estudiantes de áreas de la salud a través de la educación debe ser una prioridad, dado que los servicios de salud trabajan muy de cerca con población en contextos cada vez más diversos culturalmente. Esta iniciativa tuvo como principal objetivo el fomento de la CI en estudiantes de enfermería de la Universidad de Guanajuato. Se planteó que a través de una metodología constructivista se implementara un curso-taller que permitiera la integración de un enfoque intercultural y de salud pública a la formación académica de las y los estudiantes; buscando el fomento de la equidad para contribuir a la mejora de la calidad en los servicios de salud y disminuir las desigualdades en salud.

Para lograr el cometido principal, se definieron tres objetivos específicos, el primero de ellos buscó conocer las percepciones y competencias con las que contaban los estudiantes acerca de la población indígena; el segundo, en base a los resultados del diagnóstico, fue crear e implementar el curso-taller para el desarrollo de la competencia intercultural; y finalmente la evaluación del proceso y resultados de esta.

Respecto al primer objetivo, los resultados reportan que la dimensión de sensibilidad cultural fue una de las áreas con menor puntuación, develando la importancia de fortalecer y proponer estrategias educativas sobre la CI y que los estudiantes tengan un mayor acercamiento a estos temas de salud intercultural. La dimensión de conocimientos y la dimensión de habilidades obtuvieron mayores puntuaciones, lo que podría indicar que los estudiantes cuentan con las competencias necesarias para un mejor desarrollo de la CI.

En la dimensión de sensibilidad cultural, la escala mostró que los ítems sobre la comprensión de las influencias culturales sobre la salud, relacionada con las reacciones emocionales hacia otros grupos culturales obtuvo una puntuación baja con respecto a las otras dos, lo que podría indicar que aún falta exponer más a los estudiantes a información sobre aspectos culturales y su impacto en la atención en

salud, buscando una atención culturalmente competente en sus futuros pacientes. Según otros estudios el personal de enfermería reporta recibir nada o muy poca información y capacitación sobre la diversidad cultural en su formación académica (Oikarainen et al., 2019), incluso expresan sentirse incapaces de dar atención en salud a población culturalmente diversa (O'Brien et al., 2021).

Los hallazgos cualitativos de la dimensión de sensibilidad cultural mostraron que la comprensión de la diversidad cultural de los estudiantes proviene principalmente de forma empírica, de lo que han escuchado entre amigos, familiares, así como experiencias personales o familiares que les permiten tener este acercamiento a personas indígenas y su cosmovisión. Un aspecto importante de la CI es que se necesita desarrollar a través de un proceso intercultural con base pedagógica a través de interacciones personales, colectivas y profesionales para poder relacionar aspectos socioculturales propios y de otros grupos en la práctica clínica y comunitaria (J. Almaguer et al., 2003).

En la dimensión de conocimientos, la escala mostró una puntuación más alta con respecto a las otras dos, es decir que los estudiantes comprenden la necesidad de conocer más acerca del contexto cultural para poder brindar una atención en salud culturalmente competente. Esto tiene fundamento ya que para llevar a cabo el proceso intercultural se deben reconocer otras realidades y formar de ver el mundo (O'Brien et al., 2021), así como comprender los determinantes sociales de la salud, las estructuras sociales de desigualdad y sus dinámicas de poder en los entornos clínicos. Esta base teórica y conceptual es necesaria para ejecutar el cuidado en un contexto de diversidad. Sin embargo, a la hora de triangular con los resultados cualitativos, los estudiantes manifestaban desconocer las creencias, costumbres y valores de las personas indígenas que habitaban a los alrededores, así como el concepto de interculturalidad y sus elementos, por lo cual se puede concluir que no contaban con la información suficiente para lograr establecer relaciones interculturales.

En la dimensión de habilidades, los resultados cuantitativos indicaron que los estudiantes cuentan con habilidades interpersonales, ya que la media resultante

solo estuvo 5 puntos por debajo de la puntuación máxima. Varios autores aseguran que los estudiantes de la salud cuentan con competencias interpersonales genéricas y sistemáticas (Rojo & Navarro, 2016) para brindar atención en salud a la población en general que, si bien es una muy buena base para brindar atención clínica, aun se requiere desarrollar habilidades de intervención y comunicación culturalmente apropiadas. Lo anterior también fue visto en los datos cualitativos, ya que los participantes manifiestan contar con habilidades como el respeto, la empatía, la paciencia, etc. Sin embargo, también se menciona que no cuentan con habilidades específicas para dar atención culturalmente adecuada.

Como es posible notar, el fomento de la competencia intercultural dentro de la formación educativa del personal de salud no debe perder el interés en seguir desarrollando las habilidades interpersonales específicas y sobre todo integrar el reconocimiento y manejo de las emociones para la atención en salud en contextos de diversidad cultural (Sanhueza et al., 2012).

Respecto a la falta de un enfoque intercultural en la etapa formativa del estudiante de la salud, los participantes manifestaron conocer la construcción social y cultural del sistema médico occidental plasmándolo como un modelo biomédico, que es capaz de resolver las necesidades en salud de la población independientemente del contexto social y cultural (Alarcón A et al., 2004). Esto resulta en un sistema educativo en donde los profesionales de la salud reproducen jerarquías, relaciones de poder y dominio, rutinas técnicas y sistematizadas, formas de pensar y comunicar desde una perspectiva hegemónica hacia el cuerpo humano, sus funciones y malestares. En este sistema educativo es común reproducir estructuras sociales de desigualdad que establecen relaciones autoritarias que menosprecian la cultura, creencias, tradiciones y costumbres de la comunidad en la que brindan atención (Murillo, 2013). Los estudiantes indicaron enfrentarse a dificultades al brindar atención en salud al no considerar el contexto cultural de la población. Dificultades como rechazo a los servicios médicos, baja adherencia al tratamiento, barreras para comunicar el tratamiento terapéutico, situaciones de discriminación y maltrato, entre otros. Esta necesidad de desarrollar sistemas educativos donde se

fortalezcan las competencias interculturales desde la etapa formativa permitiría establecer un sistema sanitario más equitativo, flexible y accesible para la realidad cultural de México.

Lo que nos lleva al segundo objetivo, se realizó una iniciativa con enfoque intercultural en la etapa formativa del estudiante de la salud, para desarrollar la CI. Se hizo énfasis en la capacidad de reconocer las perceptivas socioculturales, las estructuras sociales de desigualdad, y la integración del proceso intercultural en la relación personal de salud-población indígena, enfocada en el respeto, trato digno y lineamientos interculturales. El porqué de utilizar una pedagogía constructivista en lugar de una pedagogía tradicional radica en la integración de lo social versus lo individual en los procesos de enseñanza y aprendizaje. Todo conocimiento humano se genera dentro de un contexto sociocultural organizado y determinado. Lograr construir el conocimiento en el contexto comunitario hace que la persona lo manifieste en la práctica operativa. El eje principal fueron las actividades didácticas como lluvia de ideas, sociodramas y juego de roles como estrategia para interiorizar las competencias que se querían desarrollar. Varios estudios demuestran que las actividades que se llevan a cabo de forma práctica tienen mayor impacto en el desarrollo de las competencias y aprendizajes significativos (O'Brien et al., 2021).

Al final de las sesiones educativas se crearon grupos de discusión acerca de los temas tratados dentro de las actividades, para promover un pensamiento más reflexivo y crítico. Hay sustento teórico que señala que los planes educativos para el profesional de salud deben incluir aspectos de interculturalidad (Veliz-Rojas et al., 2019). Actualmente los aspectos relacionados con la CI es muy escasa y poco prioritaria, en general los estudiantes mencionan que es ofrecida a través de cursos optativos en donde pocas veces se profundiza en los temas.

Para el tercer objetivo, en la evaluación de resultados los estudiantes después de tomar el curso-taller, mostraron un aumento de la puntuación en todas las dimensiones, lo que se sustenta con los datos cualitativos. Primeramente, los estudiantes reconocen como un aspecto importante el tener conocimiento formal acerca de los grupos culturales, ellos propusieron contar con capacitaciones para

los trabajadores de la salud o en su defecto comenzar a integrar unidades de aprendizaje con enfoque intercultural desde la etapa formativa. Acorde con lo anterior, se podría decir que el deseo del conocimiento cultural sería el primer paso para desarrollar y fortalecer la formación de los estudiantes de la salud con capacidades para dar cuidados en salud con un enfoque intercultural.

Los datos cualitativos también informaron el especial interés de los estudiantes por integrar la participación, entendida como la intervención de la comunidad indígena para la toma de decisiones, descentralizar y democratizar el poder, dentro de los servicios de salud, lo cual también se llegó a la comprensión de la necesidad de fortalecer las capacidades interculturales dentro de un marco de equidad, horizontalidad y respeto con otros grupos culturales, estableciendo canales de diálogo y negociación con igualdad de oportunidades (Roux et al., 1990).

XI. Conclusiones

Este trabajo demuestra que los estudiantes de enfermería de la Universidad de Guanajuato cuentan con competencias cognitivas y conductuales que les permiten establecer una comunicación de respeto y una atención de calidad, esto se explica por los procesos educativos formales e informales que llevan en su formación universitaria. Por lo que al integrar aspectos interculturales específicos a través de esta iniciativa se logró un aumento de las competencias presentes, ampliándolas hacia un abordaje de la diversidad cultural en el contexto de atención sanitaria. Esperando que la interacción de los estudiantes con la población indígena aumente en pertinencia cultural y que los beneficios de integrar este enfoque intercultural sean alcanzados en las relaciones terapéuticas que establezcan.

Las competencias interculturales en salud aún son un tema poco explorado dentro de la formación educativa de los futuros profesionales de la salud, evidenciando la necesidad de seguir investigando sobre la interculturalidad en salud pues aún no se cuenta con suficiente información para su implementación a nivel formativo. Con respecto al campo de la enfermería esta ha sido reducida a un enfoque bio-psico-social en la prestación de los servicios sanitarios donde se vislumbran elementos culturales e incluso transculturales que, si bien nos da una buena base, deja de lado diversas dimensiones de la competencia intercultural.

Cada día el aumento de la importancia por las minorías étnicas y el respeto a la diversidad cultural constituyen un desafío para el sistema de salud y la necesidad de contar con recursos humanos capaces de brindar atención en salud culturalmente competente. Por todo este contexto, integrar actividades y contenidos orientados a fijar valores y actitudes interculturales en el sistema formador permiten introducir cambios en las esferas dentro del proceso s/e/a-p. Sin embargo, se fue consiente de las enormes limitaciones que enfrenta una unidad de aprendizaje nueva, que corresponde a un limitado número de horas respecto al resto de las unidades de aprendizaje. Además de que es difícil deconstruir patrones de aprendizaje desde la pedagogía constructivista, cuando en el resto de las asignaturas se sigue llevando a cabo un componente educativo tradicional.

Se espera que integrar asignaturas con estas características en los primeros años de formación pueda generar la movilización de conocimientos, habilidades, sentimientos y emociones que ayuden a la construcción de un sistema más inclusivo y equitativo para todos, alcanzando la reflexión sobre la relación entre la medicina, la cultural y la sociedad. Este trabajo se aborda desde la construcción de competencias interculturales como un proceso en donde incluso logrando el éxito educativo, todavía se está lejos del logro a nivel profesional, en donde se requiere no solamente la capacidad de empatía y respeto, sino también de la capacidad de negociación y de toma de decisiones adecuadas logrando sinergias positivas con individuos y culturas diferentes todo esto dentro de su desempeño práctico (Veliz-Rojas et al., 2019). Lo anterior admitiría la consolidación de una cosmovisión integradora del ser, por parte de los estudiantes en su periodo formativo y un adecuado desempeño en escenarios interculturales en su ejercicio profesional futuro.

XII. Referencias

- Abbott, R. (2014). Documenting Traditional medical Knowledge. *World Intellectual Property Organization*.
- AERA, & APA. (2014). Standards for Educational and Psychological Testing. *National Council on Measurement in Education (NCME)*.
- Alarcón A, Astudillo, P., Barrios, S., & Rivas, E. (2004). Política de salud intercultural: perspectiva de usuarios mapuches y equipo de salud en la IX región, Chile. *Revista Médica Chile*.
- Alizadeh, S., & Chavan, M. (2016). *Cultural competence dimensions and outcomes: a systematic review of the literature. Health Soc Care Community*. 117–130.
- Almaguer, A., & Vargas, V. (2014). *Interculturalidad en salud* (Gobierno de la Republica, Ed.; Tercera). Biblioteca Mexicana del Conocimiento.
- Almaguer, J., Vargas, V., & García, H. (2003). El enfoque intercultural, herramienta para apoyar la calidad de los servicios de salud. *Dirección General de Planificación y Desarrollo En Salud*.
- Alonso-Palacio, L. M., Cepeda-Díaz, J., Castillo-Riascos, L. L., Pérez, M. A., Vargas-Alonso, A., & Ricardo-Barreto, C. (2017). Interculturality in the formation of health students: A Colombian experience. *HORIZONTE SANITARIO*, 16(3). <https://doi.org/10.19136/hs.a16n3.1837>
- Anas, M. (2005). Competencia Intercultural, concepto, efectos e implicaciones en el ejercicio de la ciudadanía. *Revista Iberoamericana de Educación.*, 35.
- Arenas, L., Maya, P., Hernandez, I., & Valdez, S. (2005). Educación popular en salud con mujeres campesinas del estado de Morelos. In *Género y Educación*. ECOSUR, COESPO.
- Asamblea General. (1948). *La Declaración Universal de Derechos Humanos*.
- Banco Mundial. (2021, March 21). *Pueblos indígenas: Panorama general*.
- Bartolomé, M., & Barabas, A. (1996). *La pluralidad en peligro, proceso de transfiguración y extinción cultural en Oaxaca (chochos, chontales, ixcatecos y zoques)*. Instituto Nacional de Antropología e Historia/Instituto Nacional Indigenista.
- Bleszynska, K. (2008a). Constructing intercultural education. . *Intercultural Education*, 19, 537–545.
- Bleszynska, K. (2008b). Constructing intercultural education. *Intercultural Education*, 19, 537–545.
- Byram, M. (1997). *Enseñanza y evaluación de la competencia comunicativa intercultural*. (Clevedon, Ed.). Multilingual.
- Camacho, R. (2002). La práctica social y la medicina. *Documento Mecano Escrito*.
- Campos, R. (2004). Experiencias sobre salud intercultural en América Latina. In G. Juárez (Ed.), *Salud intercultural en América Latina. Perspectivas antropológicas* (Abya-Yala, Vol. 1). Abya-Yala.

- Clifford, A., McCalman, J., Bainbridge, R., & Tsey, K. (2015). Intervenciones para mejorar la competencia cultural en la atención de la salud de los pueblos indígenas de Australia, Nueva Zelanda, Canadá y los Estados Unidos: una revisión sistemática. *Health Care*, 27, 89–98.
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. (2015). *Indicadores socioeconómico de los pueblos indígenas de México, 2015*. Encuesta Intercensal de Población y Vivienda.
- CONEVAL. (2018). *Medición de la pobreza 2008-2018*. Pobreza de La Población Indígena.
- Contreras, A., Reyes, M., & Sánchez, R. (2003, December). Dónde es más peligroso ser... Grupos vulnerables. *La Jornada*, 6.
- Contreras, R. (2015). Discriminación a los grupos indígenas: acercamiento al planteamiento general. In D. Wright & D. Vega (Eds.), *Los pueblos originarios en el estado de Guanajuato* (1st ed., pp. 78–102). PEARSON.
- Dalziel, M., Cubeiro, J., & Fernández, G. (1996). *Las competencias: clave para una gestión integrada de los recursos humanos.: Vol. q* (Deusto).
- Deardorff D. K. (2004). In Search of Intercultural Competence. . *International Educator*.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos. (n.d.). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Naciones Unidas.
- DOF - *Diario Oficial de la Federación*. (n.d.). Retrieved January 21, 2022, from http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019
- Dolores, M., Morales, L., Jonnathan, C., Mijangos, R., & Rojas, G. (2018). La Salud/Enfermedad, ¿Un Proceso Global? *Salud y Administración*, 5, 41–46.
- Dörr, N., & Dietz, G. (2020). Racism against Totonaco women in Veracruz: intercultural competences for health professionals are necessary. *Plos One*.
- Echeverría, B. (2005). *Competencia de acción de los profesionales de la Orientación*. . ESIC.
- Egon, G. (1989). Criterios de credibilidad en la investigación naturalista. In J. Gimeno & A. Pérez (Eds.), *La enseñanza: su teoría y su práctica*. (3rd ed., pp. 148–165). Akal.
- Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS). (2017). *Estadísticas a propósito del día internacional de la eliminación de la discriminación racial*.
- Fernández, J. (2004). Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas. . In *Cuadernos de Antropología Social: Vol. Quinto* (Abya Yala).
- Fleckman, J., Dal Corso, M., Ramírez, S., Begaliev, M., & Johnson, C. (2015). Intercultural competency in public health: a call for action to incorporate training into public health education. *Frontiers in Public Health*, 3, 1–7.
- Govere, L., & Govere, E. M. (2016). ¿Qué tan efectiva es la capacitación en competencia cultural de los proveedores de atención médica para mejorar la satisfacción del paciente de los grupos minoritarios? Una revisión sistemática de la literatura. *Worldviews Evidence-Based Nurs*, 13, 402–410.

- Hammer, M., Bennett, M., & Wiseman, R. (2003). Measuring intercultural sensitivity: The intercultural development inventory. *International Journal of Intercultural Relations*, 1.
- Henderson, S., Hills, R., & Kendall, E. (2028). *Cultural competence in healthcare in the community: A concept analysis. Health Soc Care Community*. 509–603.
- Hernández, G. (2011). Relación Médico-paciente y la calidad de la atención médica. *CONAMED*, 9, 25–29.
- Indicadores de la Población Indígena | INPI | Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas | Gobierno | gob.mx.* (n.d.). Retrieved September 19, 2021, from <https://www.gob.mx/inpi/documentos/indicadores-de-la-poblacion-indigena>
- INEGI. (2015). *Encuesta Intercensal 2015*. Principales Resultados.
- INEGI. (2021). “*Censo de Población y Vivienda 2020.*” https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/Censo2020_Principales_resultados_EUM.pdf
- INPI. (2020). *Programa Institucional 2020-2024 del instituto Nacional de los pueblos indígenas.*
- INSP. (2019). *Salud de los pueblos indígenas.*
- Jary, D., & Jary, J. (1991). *The HarperCollins dictionary sociology*. HarperCollins.
- Jirme, M., Gerrish, K., & Emami, A. (2009). Identifying the core components of cultural competence: findings from a Delphi study. *Clinic Nurse*, 18, 2622–2634.
- Jongen, C., McCalman, J., & Bainbridge, R. (2018). Health workforce cultural competency interventions: a systematic scoping review. *BMC Health Services Research*.
- Kumas-Tan, Z., Beagan, B., & Loppie, C. (2007). Measures of Cultural Competence: Examining Hidden Assumptions. *Academy Medicin*, 6, 548–557.
- Lawshe, C. (1975). A QUANTITATIVE APPROACH TO CONTENT VALIDITY. *Pers Psychol*.
- Levy-Strauss, C. (1991). *Las estructuras elementales del parentesco*. Paidós.
- Leyva, R., Infante, C., Gutiérrez, J. P., & Quintino, F. (2013). Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México. *Salud Pública Mex*, 55, 123–128.
- Manuel Muñoz-Cano, J., Maldonado-Salazar, T., & Bello, J. (2014). Desarrollo de proyectos para la formación de la competencia intercultural por estudiantes de medicina. In *www.fundacioneducacionmedica.org FEM* (Vol. 17, Issue 3). www.fundacioneducacionmedica.org
- Méndez, M. (1997). Orientaciones para la interculturalidad: Valores culturales dominantes. *Grupo de Profesores de Educación Compensatoria de La Subdireccional Territorial*.
- Menéndez, E. (2016). Intercultural health: Proposals, actions and failures. *Ciencia e Saude Coletiva*, 21(1), 109–118. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015>
- Meneses, S., & Pelcastre, B. (2019). *Trato digno en la atención obstétrica.*

- Meneses, S., Pelcastre, B., Bautista, O., Toledo, R., Rosa, S., Alcalde, J., & Mejía J.A. (2021). Innovación pedagógica para mejorar la calidad del trato en la atención de la salud de mujeres indígenas. . *Salud Pública Mex*, 63, 51–59.
- Meyer, M. (1994). Developing transcultural competence: Case studies of advanced language learners. *New York: Cambridge University Press.*, 1.
- Murillo, J. P. (2013). Construcción de competencias interculturales para el desarrollo de una propuesta de experiencias de aprendizaje para alumnos de primer año de medicina. *An Facultad de Medicina.* , 1, 01–11.
- O'Brien, E. M., O' Donnell, C., Murphy, J., O' Brien, B., & Markey, K. (2021a). Intercultural readiness of nursing students: An integrative review of evidence examining cultural competence educational interventions. *Nurse Education in Practice*, 50, 102966. <https://doi.org/10.1016/J.NEPR.2021.102966>
- O'Brien, E. M., O' Donnell, C., Murphy, J., O' Brien, B., & Markey, K. (2021b). Intercultural readiness of nursing students: An integrative review of evidence examining cultural competence educational interventions. *Nurse Education in Practice*, 50, 102966. <https://doi.org/10.1016/J.NEPR.2021.102966>
- Oikarainen, A., Mikkonen, K., Kennyb, A., Tomietto, M., & Tuomikoskia, A. (2019). Educational interventions designed to develop nurses' cultural competence: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 98, 75–86.
- Paul, D., Carr, S., & Milroy, H. (2006). Making a difference: the early impact of an aboriginal health undergraduate medical curriculum. *Med J Aust.*, 15, 522–550.
- Pedrero, V., Benales, M., & Chepo, M. (2019). *Escala de medición competencia cultural (EMCC-14): Manual de aplicación.* (1st ed.). Universidad del Desarrollo.
- Pedrero, V., Bernales, M., & Chepo, M. (2019). *Escala de Medición Competencia Cultural (EMCC-14): Manual de Aplicación.* (1st ed.).
- Pelcastre, B., Meneses, S., Reyes, H., & Rivera, J. (2020). La salud de los pueblos indígenas: retos y perspectivas. . *Salud Pública México*, 62, 235–236.
- Pelcastre, B., Meneses, S., Sánchez, M., Meléndez, D., & Freyermuth, G. (2020). Condiciones de salud y uso de servicios en pueblos indígenas de México. *Salud Pública Mex*, 62, 810–819.
- PNUD. (2020). *Impacto y situación de la población indígena Latinoamericana.*
- Pulido, R. (2003). Entonces, ¿cuántas culturas distintas tienes en tu clase? . *Educación, Desarrollo y Diversidad*, 6, 7–24.
- Quilaqueo, D., & Torres, H. (2013). MULTICULTURALIDAD E INTERCULTURALIDAD: DESAFÍOS EPISTEMOLÓGICOS DE LA ESCOLARIZACIÓN DESARROLLADA EN CONTEXTOS INDÍGENAS 1 Multiculturalism and Interculturalism: Epistemological Challenges of Schooling in Indigenous Contexts. *ALPHA*, 283–300.

- Ramaswamy, M., & Kelly, P. (2015). El racismo institucional como determinante social crítico de la salud. *Salud Pública Nurs.*
- Renzaho, A. (2013). The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient-centered health care a systematic review of the literature. *Int J Qual Health Care.*, 25, 261–269.
- Rodrigo, M. (1999). *La comunicación intercultural.* . Barcelona: Anthropos.
- Rojo, R., & Navarro, N. (2016). Competencias genéricas adquiridas, según estudiantes de una carrera de la salud. *Investigación En Educación Médica.*, 5, 172–181.
- Roux, G., Pedersen, D., Pons, P., & Pracilio, H. (1990). *Participación social y sistemas de salud* (No. 519).
- Sanhueza, S., Pukner, F., San Martín, V., & Friz, M. (2012). Dimensiones de la competencia comunicativa intercultural y sus implicaciones para la práctica educativa. *Segunda Epoca*, 36, 131–151.
- Secretaría de Salud. (2008). *Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud.*
- Secretaría de Salud. (2020). *Política Intercultural en Salud.*
- Serván, E., Orozco, E., Heredia, I., Armenta, N., Wirtz, V., Meneses, S., & Nigenda, G. (2021). Public health insurance and ethnic disparities in maternal health care: the case of vulnerable Mexican women over the last 25 years. *Health Policy and Planning*, 36, 1671–1680.
- Soriano, E. (2001). *Tratamiento de la interculturalidad en Educación Secundaria. De los creces culturales a la construcción de una ciudadanía intercultural responsable.* (T. Pozo, Ed.).
- Sue, D. (2001). Multidimensional Facets of Cultural Competence. *Couns Psychol.*
- Sue, D., Bernier, J., Durran, A., Feinberg, L., Pedersen, P., & Smith, E. (1982). Position Paper: Cross-Cultural Counseling Competencies. *Couns Psychol*, 2, 45–52.
- Sue, D., & Sue, D. (2008). *Counseling the culturally diverse: theory and practice* (J. Wiley, Ed.; 5th ed.). Hoboken.
- Truong, M., Paradies, Y., & Sacerdote, N. (2014). Intervenciones para mejorar la competencia cultural en la atención sanitaria: una revisión sistemática de las revisiones. *BMC Health*, 14, 99.
- Vega, D., & Partida, V. (2014). Volumen, distribución territorial y estructura por edad de los indígenas. In F. Román & C. Romero (Eds.), *Los pueblos originarios en el estado de Guanajuato* (2nd ed., pp. 41–54). Pearson educación.
- Veliz, L., & Bianchetti, A. (2021). Situación del desarrollo de competencias interculturales en estudiantes de la facultad de medicina de la universidad católica del norte, Chile. *Calidad En La Educación*, 54, 303–338.

- Veliz-Rojas, L., Bianchetti-Saavedra, A. F., & Silva-Fernández, M. (2019). Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(1).
<https://doi.org/10.1590/0102-311x00120818>
- Veliz-Rojas, L., Bianchetti-Saavedra, A., Veliz-Rojas, L., & Bianchetti-Saavedra, A. (2021). Situación del desarrollo de competencias interculturales en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica del Norte, Chile. *Calidad En La Educación*, 54(54), 303–338.
<https://doi.org/10.31619/CALEDU.N54.955>
- Vilá, R. (2004). La sensibilidad intercultural, una competencia básica en la educación para una ciudadanía intercultural: un estudio diagnóstico en el primer ciclo de la ESO. *Girona: Universitat de Girona*. .
- Walton, J. (2011). Can a one-hour presentation make an impact on cultural awareness? *Nephrol Nurs*, 38, 21–30.
- Williams, D. R., & Rucker, T. D. (2000). Understanding and Addressing Racial Disparities in Health Care. *Health Care Financing Review*, 21(4), 75. /pmc/articles/PMC4194634/
- Zimmermann, K. (1999). Política del lenguaje y planificación para los pueblos amerindios. In *Ensayos de ecología lingüística*. (Vol. 1, pp. 66–80). Iberoamérica .
- Zweifler, J., & González, A. M. (1998). Teaching residents to care for culturally diverse populations. *Acad Med*.

XIII. Anexos

Anexo 1.

Guía de entrevista semiestructurada a estudiantes de enfermería de la Universidad de Guanajuato, sede Celaya-Salvatierra.

Instituto Nacional de Salud Pública- Escuela de Salud Pública de México
Maestría en Salud Pública- Ciencias Sociales y del Comportamiento

Iniciativa educativa

“Competencias interculturales para la atención de poblaciones indígenas. Una iniciativa educativa con estudiantes de enfermería en el estado de Guanajuato”

Guía de entrevista semiestructurada a estudiantes de enfermería de la Universidad de Guanajuato, sede Celaya-Salvatierra.

Objetivo general:

Obtener información primaria, sobre las experiencias de los estudiantes de enfermería sobre las Personas, Pueblos y Comunidades Indígenas durante sus prácticas clínicas y comunitarias.

Objetivos específicos:

- Obtener información de los estudiantes de enfermería sobre su concepto de salud, enfermedad y las experiencias que tiene sobre otras prácticas, durante el proceso salud/enfermedad/atención.
- Conocer la percepción y conocimiento que tienen los estudiantes de enfermería sobre la población, pueblo y comunidad indígena.
- Explorar el conocimiento que tienen los estudiantes de enfermería sobre la interculturalidad en los servicios de salud y sus experiencias dentro de sus prácticas clínicas.
- Conocer las experiencias de los estudiantes de enfermería respecto a situaciones de discriminación y exclusión social durante sus prácticas clínicas y comunitarias.
- Identificar los elementos de las relaciones de poder entre el personal de salud y la población indígena usuaria.
- Reconocer la necesidad del fomento de competencias interculturales dentro de la formación de los estudiantes de enfermería

Presentación

[Saludo cordial] Buenos días o tardes ¿Cómo te encuentras? Mi nombre es Karen Paulina Aguilera Rodríguez, soy licenciada en enfermería y obstetricia, estoy

cursando la maestría de Salud Pública en la Escuela de Salud Pública de México del Instituto Nacional de Salud Pública.

Hoy estoy contigo porque me interesa conocer tu experiencia, conocimiento y opinión sobre la atención a Personas, Pueblos y Comunidades Indígenas durante tus prácticas clínicas y comunitarias. Para el cual si tú estás de acuerdo te aplicare una entrevista que dura aproximadamente 45-60 minutos.

La información que tú me proporciones será confidencial y sólo será utilizada con fines académicos. Tu participación es voluntaria para mi es muy importante tu opinión sobre los temas, por lo que no hay respuestas buenas o malas, y tienes el derecho a aceptar participar o no participar en la entrevista y de no responder alguna pregunta o suspender la entrevista en cualquier momento si no te sientes cómodo.

¿Tienes alguna duda? Para conocer si está interesado(a) en participar y contar con su aprobación para audio grabar esta plática cuentas con la carta de consentimiento informado. Si tu deseas participar te pido firmar la carta.

¿Podemos comenzar con la entrevista?

1. Componentes para explorar la opinión de los alumnos sobre la atención a Personas, Pueblos y Comunidades Indígenas durante sus prácticas clínicas y comunitarias.

Temas	Componentes
Percepciones sobre la salud y la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer la definición del estudiante sobre salud/enfermedad • Reconocer si los estudiantes identifican otras definiciones sobre salud/enfermedad
Percepciones de la población indígenas	<ul style="list-style-type: none"> • Conceptualización de la persona indígena • Cultura: Otras prácticas en salud
Interculturalidad en salud	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto de interculturalidad • Interculturalidad en salud
Estructuras sociales de desigualdad	<ul style="list-style-type: none"> • Discriminación • Exclusión social • Percepción de las personas indígenas como sujetos de derecho
Relación personal de salud-paciente indígena	<ul style="list-style-type: none"> • Trato digno • Servicios de salud

Formación de competencias interculturales en la formación en enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer si en el ámbito universitario en el cual el estudiante se ha desenvuelto, se consideran competencias interculturales.
--	---

Tema: Datos personales

1. ¿Cómo te gustaría que te llame durante la entrevista?
2. ¿Qué edad tienes?
3. ¿Cuál es tu lugar de nacimiento (localidad, municipio, estado)? / ¿lugar de residencia actual?
4. ¿Qué semestre te encuentras cursando?
5. ¿Te encuentras o ya cursaste alguna práctica clínica o comunitaria? ¿Cuál?

Tema: Consideraciones étnicas

6. ¿Pertenece a un pueblo o a una comunidad indígena?
7. ¿Hablas algún dialecto o lengua indígena?
8. ¿Algún familiar cercano habla (o habló) una lengua indígena o dialecto?

Tema: Percepciones sobre la salud y la enfermedad

9. ¿Para ti qué es salud?
10. ¿Para ti que es enfermedad?
11. ¿Cuáles son los modelos médicos de atención a la salud?
12. ¿Sabes sobre otros recursos en salud con los que cuenta la comunidad donde has brindado tus prácticas?
13. ¿Has tenido alguna experiencia viendo otras practica en salud, fuera o dentro de tus prácticas clínicas o comunitarias?

Tema: Percepciones de la población indígena

14. ¿Qué piensas cuando escuchas “población indígena”?
15. ¿Sabes cuales con los elementos que identifican a la población indígena?
16. ¿Crees que las prácticas en salud es una de ellas? ¿Por qué?
17. ¿Has tenido alguna experiencia o acercamiento con alguna persona indígena?

Tema: Interculturalidad en salud

18. ¿Puedes contarme que entiendes por interculturalidad?
19. ¿Crees que la interculturalidad puede manifestarse en los servicios de salud? ¿Por qué?
20. ¿Crees que has tenido experiencias interculturales en tus practicas clínicas o comunitarias?

Tema: Estructuras sociales de desigualdad

21. ¿De qué manera crees tú que se integra la población indígena a los servicios de salud?
22. ¿Crees que ellos deberían cambiar su estilo de vida? ¿Por qué?
23. ¿Has experimentado situaciones donde se discrimine o excluya a población indígena? ¿Podrías contarnos?
24. ¿Qué acciones harías para evitar situaciones de discriminación en personas culturalmente diversas?
25. ¿Por qué crees que las personas indígenas no acuden a los servicios de salud?

Tema: Percepción acerca de la relación personal de salud- población indígena

26. Según tu experiencia, ¿cuál es la relación que se establece entre el personal de salud y la población indígena receptora de servicios de salud?
27. ¿Para ti qué es el trato digno?
28. ¿Qué haces para que un paciente indígena se sienta en confianza y seguridad?
29. ¿Qué genera desconfianza e inseguridad en los pacientes indígenas?

Formación de competencias interculturales en la formación en enfermería

30. ¿Cómo crees que te prepararon para abordar situaciones interculturales?
31. En tu opinión ¿Qué necesidades de formación percibes que son necesarias para abordar la relación personal de salud-paciente indígena?

Anexo 2.

Guía de grupo focal a estudiantes de enfermería de la Universidad de Guanajuato, sede Celaya-Salvatierra.

Instituto Nacional de Salud Pública- Escuela de Salud Pública de México
Maestría en Salud Pública- Ciencias Sociales y del Comportamiento

Iniciativa educativa

“Competencias interculturales para la atención de poblaciones indígenas. Una iniciativa educativa con estudiantes de enfermería en el estado de Guanajuato”

Guía de grupo focal a estudiantes de enfermería de la Universidad de Guanajuato, sede Celaya-Salvatierra.

Objetivo general:

Obtener información primaria, sobre la percepción de los estudiantes de enfermería sobre las Personas, Pueblos y Comunidades Indígenas.

Objetivos específicos:

- Obtener información de fuentes primarias sobre las experiencias que tiene los estudiantes de enfermería sobre otras prácticas, durante el proceso salud/enfermedad/atención.
- Explorar el conocimiento acerca de la interculturalidad en salud.
- Conocer las experiencias de los estudiantes de enfermería respecto a situaciones de discriminación y exclusión social durante sus prácticas clínicas y comunitarias.
- Identificar los elementos de las relaciones entre el personal de salud y la población indígena usuaria.

[Saludo cordial] Buenos días o tardes ¿Cómo se encuentran? Mi nombre es Karen Paulina Aguilera Rodríguez, soy licenciada en enfermería y obstetricia, estoy cursando la maestría de Salud Pública en la Escuela de Salud Pública de México del Instituto Nacional de Salud Pública y estoy realizando mi trabajo terminal “Competencias interculturales para la atención de poblaciones indígenas. Una iniciativa educativa con estudiantes de enfermería en el estado de Guanajuato”

Se dará paso a presentar al moderador y el relator y observador. La o el relator, después de presentarse, explica al grupo las funciones que va a desempeñar y la importancia de cumplirlas, así mismo, explica que no participará activamente en la discusión del tema.

Hoy estamos aquí con ustedes porque me interesa conocer su experiencia, conocimiento y opinión sobre la atención a Personas, Pueblos y Comunidades Indígenas durante sus prácticas clínicas y comunitarias. Para el cual si estan de acuerdo participaran en un grupo focal que dura aproximadamente 60-90 minutos.

Se difundirá una hoja de registro a los participantes (nombre, sexo, edad, semestre que cursan y lugar de nacimiento)

La información que me proporcionen será confidencial y sólo será utilizada con fines académicos. Su participación es voluntaria, para mi es muy importante su opinión sobre los temas, por lo que no hay respuestas buenas o malas, y tienen el derecho a aceptar participar o no participar en la actividad y de no responder alguna pregunta o suspender su participación en cualquier momento si no se sienten cómodos.

Dinámica de presentación

El moderador implementará una dinámica de integración la cual consiste en que el tendrá una pelota y la proporcionará a un participante, le solicitará que mencione su nombre, semestre y lugar procedencia y, brevemente, por qué decidió acudir al grupo focal, posterior a esto el participante se la pasará a otro hasta que todos se hayan presentado.

Encuadre

Se explica brevemente el objetivo de esta actividad, el grupo focal, y la dinámica que el grupo va a seguir para lograr el objetivo, incluyendo el tiempo que se va a dedicar a esta actividad y los temas generales.

Objetivo

Las reglas del grupo

Se explica a las personas participantes que todo grupo funciona con reglas, así bien las reglas mínimas de este grupo son:

Respetar el uso de la palabra

- No pueden hablar dos personas al mismo tiempo.
- No vale arrebatarse la palabra.
- Quien quiera hacer uso de la palabra lo solicita levantando la mano.

No juzgar.

- Todas las participaciones son igualmente valiosas
- No vale descalificar la participación de nadie
- Se puede estar en desacuerdo y manifestarlo, pero eso no significa que yo tenga la razón y la otra persona no.
- El acuerdo del grupo puede ser que no estamos de acuerdo

No interpretar.

- Todas las participaciones son igualmente respetables
- No vale interpretar lo que otra persona “quiso decir”. (“Lo que quiso decir es que...”)
- Se puede preguntar para verificar si lo que entendí es lo que la persona quiso decir. (“A ver si entendí bien, ¿lo que usted quiso decir es que...?”)

No dar consejos.

- Lo que funcionó para una persona en una situación dada no significa que vaya a funcionar para otra persona.
 - La regla aplica incluso para la o el coordinador del grupo, el relator y, de haberlos, los observadores.

Lo que aquí se dice, aquí se queda.

- Asegurar la confidencialidad dentro del grupo.
- En ocasiones las personas cuentan experiencias que corresponden a su vida privada e íntima. Participar en el grupo implica el compromiso ético que asume cada participante de no divulgar fuera del grupo esas experiencias

Al finalizar se les pregunta a los participantes si quisieran agregar alguna otra regla.

¿Tienen alguna duda? Para conocer si están interesados(as) en participar y contar con su aprobación para audio grabar esta actividad cuentan con la carta de consentimiento informado. Si desean participar les pediré firmar la carta.

¿Podemos comenzar con el grupo focal?

2. Componentes para explorar la opinión de los alumnos sobre la atención a Personas, Pueblos y Comunidades Indígenas durante sus prácticas clínicas y comunitarias.

Temas	Componentes
Percepciones sobre la salud y la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer la definición del estudiante sobre salud/enfermedad • Reconocer si los estudiantes identifican otras definiciones sobre salud/enfermedad
Percepciones de la población indígenas	<ul style="list-style-type: none"> • Conceptualización de la persona indígena • Cultura: Otras prácticas en salud
Interculturalidad en salud	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto de interculturalidad • Interculturalidad en salud
Estructuras sociales de desigualdad	<ul style="list-style-type: none"> • Discriminación • Exclusión social • Percepción de las personas indígenas como sujetos de derecho
Relación personal de salud-paciente indígena	<ul style="list-style-type: none"> • Trato digno • Servicios de salud
Formación de competencias interculturales en la formación en enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer si en el ámbito universitario en el cual el estudiante se ha desenvuelto, se consideran competencias interculturales.

3. Tema introductorio

“Vamos a empezar con las preguntas. Recuerden que pueden responder libremente lo que ustedes consideren conveniente. Únicamente se les pide que si quieren hacer uso de la palabra me lo hagan saber levantando su mano. Yo les iré dando su turno conforme el orden en que hayan levantado su mano”

“Tienen alguna duda”

De haber dudas, se responderán las preguntas de manera tan precisa y breve como sea posible. Si no hay preguntas o respondió las ya expresadas, se comenzará con la primera pregunta y coordinará el diálogo.

Tema: Percepciones sobre la salud y la enfermedad

Concepto de salud/enfermedad

1. ¿Para ustedes que es salud? /¿Qué es enfermedad?

Explore:

- 1.1 ¿Cuáles son los elementos que influyen en la salud/enfermedad?
 2. ¿Conocen otros modelos médicos de atención a la salud?
- Explore:
- 2.1 ¿Qué piensan sobre otras prácticas en salud?
 - 2.1 Creen que las diferentes prácticas en salud son complementarias o excluyentes? ¿Por qué?

Tema: Perspectiva de los grupos socioculturales

Reconocimiento y consideración del trasfondo cultural

1. *¿Para ustedes que es la determinación/contexto cultural?*

Explore:

- 1.1 ¿Cuáles son sus características?
Por ejemplo, si alguien dijera costumbres ¿qué entendemos por costumbre?
- 1.2 ¿Qué características piensan ustedes que definen a una persona indígena?

2. ¿Por qué los pacientes con un contexto cultural diferente al de nosotros tienen distintas expectativas o necesidades en salud?

Explore:

1. ¿Creen que las creencias, valores y costumbres de los pacientes podrían afectar su salud? ¿Por qué?
2. En esta diferencia del contexto cultural entre el personal de salud y los pacientes, ¿Qué tanto creen que influyen sobre las actitudes que tomamos hacia ellos? ¿Por qué? ¿Cómo se traducen estas actitudes?

Tema: Interculturalidad en salud

Concepto de interculturalidad

1. ¿Qué entienden por interculturalidad?

Explore:

- 1.1 ¿Cuáles son los elementos que integran el concepto de interculturalidad?
Por ejemplo, si alguien dice **equidad**, preguntar al grupo ¿Qué entendemos por **equidad**?
- 2.2 ¿Ahora en el contexto de la salud? ¿Qué es la interculturalidad en salud?

Tema: Estructuras sociales de desigualdad

Discriminación y exclusión social

1. *¿De qué manera se integran los indígenas al sistema de salud?*

Explore:

- 1.1 ¿Conocen posibles dificultades que se puedan presentar a la hora de buscar atención en salud?
- 1.2 ¿Y durante la atención en salud? esto debido a las diferencias culturales
- 1.2 ¿La valoración o no en el sistema de salud de los pueblos indígenas impactan en su salud? ¿de qué manera?

2. *¿Qué tipo de violación o abuso saben que sufren los indígenas en los servicios de salud?*

Explore:

2.1 *¿Consideran que estas acciones son justas? ¿Por qué?*

Percepción de las personas indígenas como sujetos de derecho

1. *¿Qué derechos humanos conocen? ¿Se aplican para todas las personas sin importar sus condiciones?*

Explore:

1.1 *¿Considera que sus derechos serían los mismos como personas indígenas?*

2. *¿Con qué derechos en salud creen que cuentan las personas indígenas?*

Explore:

Ejemplo, si alguien dijera, algún ejemplo, preguntar *¿Consideran que están cubiertos estos derechos?*

2.1 *¿Cómo podemos mejorar o propiciar a que se cumplan estos derechos en salud?*

Tema: Relación personal de salud-paciente indígena

1. *¿Cuál es la relación que se establece entre el personal de salud y la población indígena receptora?*

Explore:

1.1 Por ejemplo, si alguien dijera **de poder**, pregunte al grupo **¿qué entendemos por poder?**

Trato digno

1. *¿Qué entendemos por trato digno?*

Servicios de salud

1. Como estudiantes que brindan atención en los servicios de salud *¿Cuáles son las fortalezas que tienen los servicios de salud para poder brindar un trato digno a los pacientes indígenas?*

Explore

1.1 *¿Cuál es el significado que dan a la fortaleza que sea nombrada?*

1.2 *¿Por qué es una fortaleza de la atención que otorgan los servicios de salud?*

1.3 *¿Cómo podemos ayudar a mejorar o aumentar las fortalezas que hemos identificado del centro de salud y de los servicios que nos otorga?*

2. Como estudiantes que brindan atención en los servicios de salud ¿Cuáles son las debilidades que tienen los servicios de salud para poder brindar un trato digno a los pacientes indígenas?

Explore

- 1.1 ¿Cuál es el significado que dan a la fortaleza que sea nombrada?
- 1.2 ¿Por qué es una debilidad?
- 1.3 ¿Cómo podemos contribuir a superar las debilidades que hemos identificado en los servicios de salud para otorgar un trato digno a la población indígena?

Tema: Formación de competencias interculturales en la formación en enfermería.

Competencias interculturales

2. ¿Cómo crees que te prepararon para abordar situaciones interculturales?

Explore:

- 1.1 ¿Cuáles aspectos consideran que son necesarios para brindar atención a personas diversas culturalmente?

Cierre

Cuando el grupo no tenga más respuestas que aportar a las preguntas, se realizará una síntesis de las respuestas que el grupo ha dado, recapitulando las ideas más frecuentes y motivando a los participantes a agregar su propia conclusión a partir de lo que los demás integrantes han comentado.

Si se da la oportunidad y tiempo para invitar a los estudiantes a exponer qué aprendizaje se lleva de la sesión o alguna opinión que quiera compartir como conclusión.

Se informa a los estudiantes que las respuestas del grupo se integrarán con las respuestas de los demás grupos que se hayan formado, recordarles que sus experiencias y opiniones aquí compartidas serán confidenciales y no se compartirá con nadie ajeno a la actividad.

Al finalizar, se les agradecerá de nuevo por la participación de las personas en el grupo focal.

Anexo 3.

Escala de Medición de Competencia Cultural para Estudiantes de Salud (EMCC-14).

Instituto Nacional de Salud Pública- Escuela de Salud Pública de México
Maestría en Salud Pública- Ciencias Sociales y del Comportamiento

Iniciativa educativa

“Competencias interculturales para la atención de poblaciones indígenas. Una iniciativa educativa con estudiantes de enfermería en el estado de Guanajuato”

Escala de Medición de Competencia Cultural para Estudiantes de Salud (EMCC-14).

Pensando en su práctica clínica habitual, frente a cada pregunta, indique qué tan de acuerdo o desacuerdo se encuentra usted.	Totalmente en desacuerdo (1 punto)	En desacuerdo (2 puntos)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3 puntos)	De acuerdo (4 puntos)	Totalmente de acuerdo (5 puntos)
1. Creo que pacientes con diferentes creencias y costumbres tienen distintas expectativas y/o necesidades en la atención en salud.					
2. Creo que las creencias, valores y costumbres de los pacientes afectan su salud.					
3. Creo que mi contexto cultural influye sobre mis actitudes y creencias acerca de otros grupos culturales.					
4. Soy consciente de que mis creencias acerca de los pacientes influyen en el trato que les brindo y en las recomendaciones que les entrego.					
5. Las creencias, valores y costumbres de los pacientes deben ser contemplados en la atención en salud.					
6. Considero que conocer mejor las creencias y costumbres de los pacientes me ayuda a plantear un tratamiento más adecuado.					
7. Considero que es importante reconocer que cada paciente tiene su propio concepto de salud y enfermedad.					
8. Considero que los problemas de salud del paciente deben ser comprendidos dentro de su contexto cultural (creencias, valores y costumbres).					

9. Les pido al paciente y a su familia que manifiesten las expectativas que tienen con respecto al cuidado y atención en salud.					
10. Soy capaz de reconocer las barreras potenciales para acceder a los servicios de salud que se pueden enfrentar los diferentes pacientes.					
11. Soy capaz de establecer metas y/u objetivos terapéuticos considerando el contexto cultural (creencias y costumbres) de mis pacientes y sus necesidades.					
12. Registro en el expediente clínico los datos sobre creencias y costumbres recogidas en la valoración del paciente.					
13. Me esfuerzo por explicar al paciente su condición de salud, tratamiento y el pronóstico, incluso si él cree que la causa de su enfermedad es sobrenatural.					
14. Estoy atento a posibles dificultades que puedan surgir durante la atención en salud debido a las diferencias culturales entre el paciente y yo.					

Puntaje total	
Subárea aptitud (preguntas de la 1 a la 4)	
Subárea conocimiento (Preguntas de la 5 a la 8)	
Subárea habilidades (Preguntas de la 9 a la 14)	

Anexo 4.

**Instituto Nacional de Salud Pública
Escuela de Salud Pública de México**

**Informe de validación de contenido de la Escala de Medición de
Competencia Cultural (EMCC-14) para su uso en el Proyecto de Titulación**

“Competencias interculturales para la atención de poblaciones indígenas:
una iniciativa educativa con estudiantes de enfermería en el estado de
Guanajuato”

Karen Paulina Aguilera Rodríguez
paulina.aguilera@insp.edu.mx
4612989227

Maestría en Salud Pública - Área de concentración en Ciencias Sociales y
del Comportamiento
Generación 2020-2022

Comité asesor

Director: Dr. Sergio Meneses Navarro
Asesor: Dr. Daniel Vega

Cuernavaca, Morelos a 28 de abril

Índice

Introducción	112
Antecedentes teóricos: Modelo multidimensional	114
Metodología para la validación de EMCC-14 en el contexto mexicano	116
<i>Validez de contenido de EMCC-14</i>	116
Resultados	117
Conclusiones	121
Anexos	128
Anexo1. Matriz de comentarios del grupo de experto.	128
Anexo 2. Ítems de la Escala de Medición Competencia Cultural (EMCC-14) y las modificaciones correspondientes.....	131

Introducción

El presente informe tiene por objeto presentar los resultados del proceso de validación de contenido de la escala de medición de competencia cultural (EMCC-14). Actualmente existen varios instrumentos los cuales miden la competencia cultural en salud, en su mayoría desarrollados en Estados Unidos o Europa, lo que significa una limitación para su aplicación en otros contextos culturales como el de México (Jirne et al., 2009). Por lo que se plantea la importancia de reconocer las diferencias en los aspectos sociales y culturales de la atención en salud entre los países y la necesidad de contar con instrumentos específicos para medir las competencias culturales en el personal de salud. A esto se le suma el contar con instrumentos que homologuen el concepto de cultura con otros conceptos como el de “raza” o etnia que se emplean para hacer referencia a grupos sociales históricamente diferenciados en los que persisten relaciones de dominación/subordinación. El propósito de estos instrumentos de medición de competencias culturales es que contribuyan a mejorar la calidad interpersonal de la atención en salud a los diversos grupos sociales (Kumas-Tan et al., 2007), su interacción con el sistema de salud y afrontar, prevenir y erradicar cualquier forma de discriminación.

La escala de medición de competencia cultural (EMCC-14) fue el primer instrumento diseñado para medir el nivel de competencia cultural en trabajadores de la salud en Chile (Pedrero, Benales, et al., 2019). Para el desarrollo de esta escala se consideraron recomendaciones internacionales. De acuerdo con estos lineamientos, se desarrolló un banco de ítems para su validez, confiabilidad y análisis de sesgo.

Este informe presenta la validación de contenido para el contexto mexicano de la herramienta de medición de competencia cultural, siguiendo las recomendaciones de un grupo de expertos y utilizando el coeficiente de validez de contenido de Lawshe (Lawshe, 1975) a través de una escala de medición tipo Likert. De acuerdo con los lineamientos, se contempló la modificación del banco de ítems.

Antecedentes teóricos: Modelo multidimensional

La escala de medición de competencia cultural (EMCC-14) tiene como base el Modelo Multidimensional de Competencia Cultural (CC) de Sue & Sue (Sue & Sue, 2008) que ofrece un marco conceptual donde se integran diferentes dimensiones de la competencia cultural:

- 1) La necesidad de apreciar el efecto que ejercen los grupos socioculturales en la visión de la realidad.
- 2) Los conocimientos, las habilidades y las aptitudes.
- 3) El nivel individual, profesional, organizacional y social (Sue & Sue, 2008). (Sue et al., 1982).

Perspectivas de los grupos socioculturales

El trasfondo cultural está determinado por los grupos socioculturales. De acuerdo con Sue y Sue, (Sue et al., 1982) cada persona nace en un contexto cultural en el cual existen valores, creencias y prácticas determinadas. Quienes nacen en un mismo contexto suelen tener valores y creencias compartidos. Durante el desarrollo académico y sobre todo laboral se participa en múltiples grupos socioculturales, los cuales ejercen una poderosa influencia sobre la forma en que se interpreta la realidad y se actúa sobre ella. En la atención de salud es necesario reconocer y considerar los diferentes grupos a los que pertenecen tanto los trabajadores de la salud como los usuarios.

Conocimientos, habilidades y aptitudes

- **Aptitud:** Corresponde a la comprensión de las propias influencias culturales que afectan las creencias, valores y actitudes. Se relaciona con la conciencia de la herencia cultural, experiencias, reacciones emocionales hacia otros grupos culturales, prejuicios y estereotipos. Así como también con el respeto y valoración de la diversidad cultural.
- **Conocimiento:** Se relaciona con la comprensión de las visiones de individuos y grupos culturalmente diferentes. Incluye estar al tanto del impacto social, estilo de comunicación, conocimiento sobre los grupos con los que se está

en contacto, influencias sociopolíticas, inmigración, prácticas discriminatorias en la comunidad, efectos de barreras institucionales, entre otras.

- **Habilidades:** Se entienden como el uso de habilidades de intervención y comunicación culturalmente apropiadas. Se relacionan con maneras de adaptar las intervenciones a los diferentes receptores y contextos culturales de los que provienen, de practicar diferentes estilos de comunicación verbales y no verbales, de adoptar formas de disminuir los prejuicios y discriminación en las prácticas, de familiarizarse con investigaciones relevantes sobre grupos raciales o étnicos, y otras asociadas.

Nivel de enfoque de las competencias culturales

El personal de salud culturalmente competente no solo debe tener un enfoque individual, sino que también debe tomar en cuenta el nivel organizacional y social y ser un elemento de cambio para cada uno (Sue, 2001).

- **Nivel individual:** Para proveer cuidados de salud culturalmente pertinentes, los trabajadores de la salud deben lidiar con sus propios sesgos y nociones preconcebidas, así como con la escasa información sobre ciertos grupos sociales. Para lograr este propósito, debe trabajar sobre sus propias creencias, actitudes, emociones y comportamientos hacia otros grupos sociales. Sobre todo, debe vigilar sus prejuicios y estereotipos que pueden conducirlos a actitudes de discriminación y maltrato.
- **Nivel profesional:** Mucho de nuestro conocimiento actual forjado en la escuela y medios de comunicación tiene sus raíces en el mundo occidental y frecuentemente asume una posición eurocéntrica. Esto hace que poseamos estándares profesionales en varias áreas (por ejemplo, psicología, educación, comunicación) que no reflejan una visión multicultural del mundo. Para ser culturalmente competentes, es necesario incorporar esta visión de diversidad en nuestras diferentes disciplinas.
- **Nivel social/organizacional:** Para entregar una atención culturalmente competente, es necesario contar con el compromiso institucional. Las instituciones deben valorar la diversidad y esforzarse por promover prácticas

orientadas a esto, lo que se traduce, por ejemplo, en contar con una misión y visión que valore este aspecto, políticas internas acordes, programas de capacitación que apoyen el desarrollo de la competencia cultural, entre otros. Desde un punto de vista social, se debe promover que todos los segmentos de la sociedad sean culturalmente sensibles y respetuosos en sus acciones hacia los diferentes grupos culturales.

La escala de medición de competencia cultural (EMCC-14) es el primer instrumento diseñado para medir el nivel de competencia cultural en trabajadores de salud en Chile. Para su desarrollo se consideraron las recomendaciones internacionales para la creación de una prueba, (AERA & APA, 2014). De acuerdo con estos lineamientos, se desarrolló un banco de ítems para su validez, confiabilidad y análisis de sesgo.

Metodología para la validación de EMCC-14 en el contexto mexicano

Validez de contenido de EMCC-14.

Para evaluar la validez de contenido se consultó a un grupo de expertos y se llevó a cabo una prueba piloto con trabajadores de la salud. Esta aproximación permitió evaluar tanto aspectos de formato (como redacción o uso de ciertas palabras), como el grado de acuerdo en la pertinencia de las preguntas incluidas en el instrumento asociados al contenido de la EMCC-14.

Panel de expertos:

Se consultó a 7 expertos de áreas de competencia cultural en salud, salud pública, atención clínica, estudios culturales y demográficos. En cada caso se envió por correo electrónico la escala, en conjunto con el consentimiento informado. Cada experto realizó comentarios cualitativos sobre los ítems, los cuales fueron modificados en la versión preliminar de la escala. Además, se les pidió que califiquen los diferentes ítems de acuerdo con el coeficiente de validez de contenido (CVI) propuesto por Lawshe (Lawshe, 1975). El CVI oscila entre +1 y -1 siendo las puntuaciones positivas las que indican una mejor validez de contenido. Lawshe

(1975) sugiere que un CVI es adecuado cuando tiene un valor mínimo de .99 y el número de expertos es 7 o inferior.

Prueba piloto con trabajadores de la salud:

En esta etapa se realizó una aproximación del instrumento con un muestreo similar al de la iniciativa educativa, que nos permitió mejorar la recolección de los datos, mejorar la validez y confiabilidad de los procedimientos. El objetivo fue contribuir a disminuir los posibles sesgos y errores en la obtención de datos.

El muestro fue no probabilístico por conveniencia, reclutando a un total de 20 egresados de la Lic. en enfermería de la Universidad de Guanajuato, a través de la técnica bola de nieve. Además de pedirles contestar la escala se trataron aspectos de claridad y pertinencia de las preguntas.

Resultados

Panel de expertos

Componente cuantitativo

En cuanto a la interpretación de los resultados individuales relacionados con los catorce ítems cuyo promedio fue 0.67 cabe aclarar que dicho resultado estaba asociado al criterio de claridad de los ítems y estos fueron ajustados teniendo en cuenta las recomendaciones de los expertos, por lo cual se decidió no eliminar ningún ítem del instrumento.

Tabla 1. Resultados obtenidos del índice de validez de contenido (IVC) por Lawshe.

Índice de validez de contenido (IVC) por Lawshe (1975).	Esencial	Útil pero no esencial	Innecesario	Resultados
				$\frac{n - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$
Subárea aptitud				
15. Creo que pacientes con diferentes creencias y costumbres tienen distintas expectativas y/o necesidades en la atención en salud.	6	1	0	0.71
16. Creo que las creencias, valores y costumbres de los pacientes afectan su salud.	6	0	1	0.71
17. Creo que mi contexto cultural influye sobre mis actitudes y	2	4	1	-0.42

creencias acerca de otros grupos culturales.				
18. Soy consciente de que mis creencias acerca de los pacientes influyen en las recomendaciones terapéuticas que les entrego.	5	1	1	0.42
Subárea conocimiento				
19. Las creencias, valores y costumbres de los pacientes deben ser valorados en la atención en salud.	6	0	1	0.71
20. Considero que conocer mejor las creencias y costumbres de los pacientes me ayuda a plantear un tratamiento más adecuado.	7	0	0	1
21. Considero que cada paciente tiene su propio concepto de salud y enfermedad.	5	2	0	0.42
22. Considero que los problemas de salud del paciente deben ser comprendidos dentro de su contexto cultural (creencias, valores y costumbres).	6	1	0	0.71
Subárea habilidades				
23. Les pido al paciente y a su familia que manifiesten las expectativas que tienen con respecto al cuidado y atención en salud.	7	0	0	1
24. Soy capaz de reconocer barreras potenciales para acceder a servicios de salud a las que se pueden ver enfrentados los diferentes pacientes.	7	0	0	1
25. Soy capaz de establecer metas y/o objetivos terapéuticos considerando el contexto cultural (creencias y costumbres) de mis pacientes y sus necesidades.	7	0	0	1
26. Registro en la ficha clínica los datos sobre creencias y costumbres recogidas en la valoración del paciente.	5	2	0	0.42
27. Me esfuerzo por explicar al paciente su tratamiento médico, incluso si él cree que la causa de su enfermedad es sobrenatural.	7	0	0	1
28. Estoy atento a posibles dificultades que puedan surgir durante la atención en salud debido a las diferencias culturales entre el paciente y yo.	6	1	0	0.71

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la escala de evaluación de validez de contenido por Lawshe.

Componente cualitativo

Se le pidió al grupo de expertos que después de evaluar cada ítem a través de una escala tipo Likert, colocaran algún comentario sobre la gramática, uso de palabras,

etc. La mayoría de los expertos colocó mínimo un comentario, muchos fueron comentarios de gramática, pero también se realizaron observaciones y recomendaciones de estos. En el Anexo 1 se presentan los comentarios de los expertos a los cuales se consultó.

Luego de la evaluación de expertos, se modificaron los ítems correspondientes (Anexo 2). Finalmente, el instrumento quedó conformado por 14 ítems. La escala de respuesta para cada uno fue tipo Likert de 5 puntos (1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = de acuerdo, 5 = totalmente de acuerdo).

Prueba piloto

Se les invitó a participar a egresados y egresadas de la Lic. en enfermería, con un total de 20 participantes, de los cuales 2 no contestaron completa la escala de medición, por lo cual se eliminaron en el análisis de los resultados

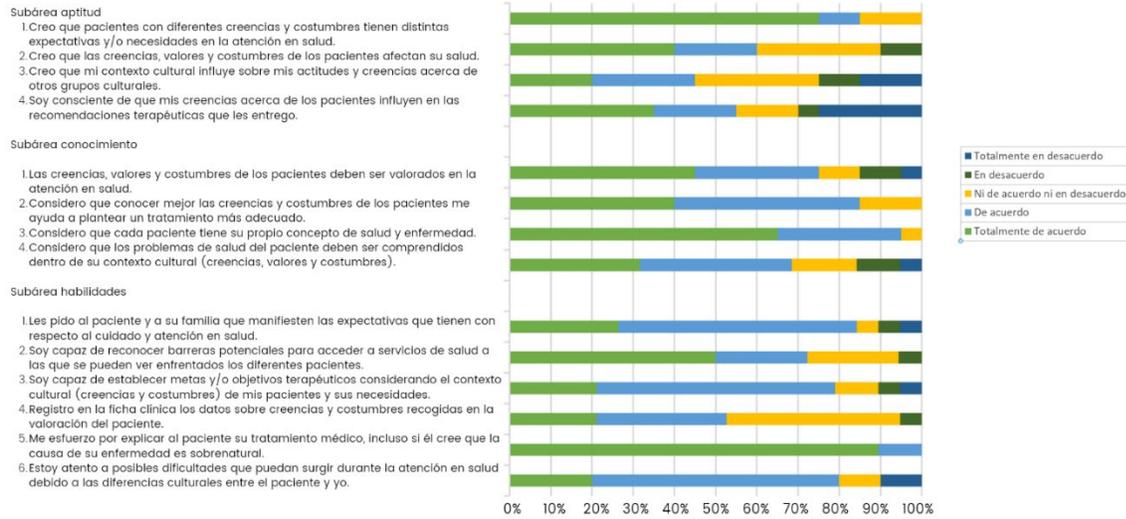
El perfil de los egresados a los que se les aplicó la escala fue en su mayoría mujeres con un 72%, el 44% se encontraba en el rango de edad de 24 a 26 años, la mayor parte cuenta con experiencia en clínica. Con respecto a las consideraciones étnicas solo el 11% pertenecía a un pueblo o comunidad indígena, mientras que el 17% tenía un familiar que habla alguna lengua indígena.

En la Figura 1. se observa la distribución porcentual de las categorías de respuestas para cada uno de los ítems evaluados. En ella se puede observar que para los ítems de las dimensiones de habilidades y conocimientos las respuestas se concentran preferentemente entre las categorías de “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo”, mientras que para los ítems de aptitud disminuye la concentración, mostrando una distribución un poco más uniforme entre las distintas categorías.

Respecto a la evaluación del instrumento el 10% no terminó el cuestionario por problemas con el uso del formulario virtual, sin embargo, por parte de los egresados el 75% se sintió más cómodo contestando en la modalidad de opción múltiple, al

90% le parecieron claras las preguntas y al 85% no le parecieron repetitivas o irrelevantes.

Figura 1. Análisis descriptivo por ítem



Fuente: Elaboración propia en base a los resultados obtenidos de la escala de medición de competencia cultural.

Conclusiones

La realización del proceso de validación de contenido con el grupo de expertos y la aplicación de la escala a los egresados de la Lic. en enfermería, ha sido una experiencia positiva que ha aportado valiosa información para mejorar y adaptar el instrumento, así como conocer la información con que se cuenta sobre las competencias culturales en el personal de salud que brinda sus servicios en diferentes instituciones de salud tanto privada como pública. Pero sobre todo el proceso para llevar a cabo este levantamiento de datos.

La participación en ambos procesos fue buena, sin embargo, ha influido el hecho que el muestreo fue a través de la técnica bola de nieve y en su mayoría los participantes fueron compañeros o conocidos. Un aspecto importante por mencionar es que la invitación al grupo de expertos así como la aplicación de la escala "EMCC-14" fue de manera virtual a través del uso de formularios Google.

El análisis de los resultados obtenidos permitió detectar aspectos a mejorar en cada uno de los ítems, así como en el proceso de aplicación del instrumento. Una de las principales conclusiones que se puede extraer de los resultados obtenidos en la prueba piloto es que existe predisposición del personal de enfermería por compartir su percepción acerca de las consideraciones culturales a la hora de brindar atención en salud.

Aunque aún queda mucho por recorrer, esta escala de medición de competencia cultural constituye un primer paso para seguir desarrollando instrumentos que nos permitan ampliar el conocimiento en el ámbito educativo sobre cuestiones de diversidad cultural y las interacciones interculturales que se crean en los diferentes escenarios de la vida.

Referencias

Abbott, R. (2014). Documenting Traditional medical Knowledge. *World Intellectual Property Organization*.

- AERA, & APA. (2014). Standards for Educational and Psychological Testing. *National Council on Measurement in Education (NCME)*.
- Alarcón A, Astudillo, P., Barrios, S., & Rivas, E. (2004). Política de salud intercultural: perspectiva de usuarios mapuches y equipo de salud en la IX región, Chile. *Revista Médica Chile*.
- Alizadeh, S., & Chavan, M. (2016). *Cultural competence dimensions and outcomes: a systematic review of the literature. Health Soc Care Community*. 117–130.
- Almaguer, A., & Vargas, V. (2014). *Interculturalidad en salud* (Gobierno de la Republica, Ed.; Tercera). Biblioteca Mexicana del Conocimiento .
- Almaguer, J., Vargas, V., & García, H. (2003). El enfoque intercultural, herramienta para apoyar la calidad de los servicios de salud. *Dirección General de Planificación y Desarrollo En Salud*.
- Alonso-Palacio, L. M., Cepeda-Díaz, J., Castillo-Riascos, L. L., Pérez, M. A., Vargas-Alonso, A., & Ricardo-Barreto, C. (2017). Interculturality in the formation of health students: A Colombian experience. *HORIZONTE SANITARIO*, 16(3). <https://doi.org/10.19136/hs.a16n3.1837>
- Anéas, M. (2005). Competencia Intercultural, concepto, efectos e implicaciones en el ejercicio de la ciudadanía. *Revista Iberoamericana de Educación*., 35.
- Arenas, L., Maya, P., Hernandez, I., & Valdez, S. (2005). Educación popular en salud con mujeres campesinas del estado de Morelos. In *Género y Educación*. ECOSUR, COESPO.
- Asamblea General. (1948). *La Declaración Universal de Derechos Humanos*.
- Banco Mundial. (2021, March 21). *Pueblos indígenas: Panorama general*.
- Bartolomé, M., & Barabas, A. (1996). *La pluralidad en peligro, proceso de transfiguración y extinción cultural en Oaxaca (chochos, chontales, ixcatecos y zoques)*. Instituto Nacional de Antropología e Historia/Instituto Nacional Indigenista.
- Bleszynska, K. (2008a). Constructing intercultural education. . *Intercultural Education*, 19, 537–545.
- Bleszynska, K. (2008b). Constructing intercultural education. *Intercultural Education*, 19, 537–545.
- Byram, M. (1997). *Enseñanza y evaluación de la competencia comunicativa intercultural*. (Clevedon, Ed.). Multilingual.
- Camacho, R. (2002). La práctica social y la medicina. *Documento Mecano Escrito*.
- Campos, R. (2004). Experiencias sobre salud intercultural en América Latina. In G. Juárez (Ed.), *Salud intercultural en América Latina. Perspectivas antropológicas* (Abya-Yala, Vol. 1). Abya-Yala.
- Clifford, A., McCalman, J., Bainbridge, R., & Tsey, K. (2015). Intervenciones para mejorar la competencia cultural en la atención de la salud de los pueblos indígenas de Australia, Nueva Zelanda, Canadá y los Estados Unidos: una revisión sistemática. *Health Care*, 27, 89–98.
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. (2015). *Indicadores socioeconómico de los pueblos indígenas de México, 2015*. Encuesta Intercensal de Población y Vivienda.

- CONEVAL. (2018). *Medición de la pobreza 2008-2018*. Pobreza de La Población Indígena.
- Contreras, A., Reyes, M., & Sánchez, R. (2003, December). Dónde es más peligroso ser... Grupos vulnerables. *La Jornada*, 6.
- Contreras, R. (2015). Discriminación a los grupos indígenas: acercamiento al planteamiento general. In D. Wright & D. Vega (Eds.), *Los pueblos originarios en el estado de Guanajuato* (1st ed., pp. 78–102). PEARSON.
- Dalziel, M., Cubeiro, J., & Fernández, G. (1996). *Las competencias: clave para una gestión integrada de los recursos humanos.: Vol. q* (Deusto).
- Deardorff D. K. (2004). In Search of Intercultural Competence. . *International Educator*.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos. (n.d.). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Naciones Unidas.
- DOF - Diario Oficial de la Federación. (n.d.). Retrieved January 21, 2022, from http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019
- Dolores, M., Morales, L., Jonnathan, C., Mijangos, R., & Rojas, G. (2018). La Salud/Enfermedad, ¿Un Proceso Global? *Salud y Administración*, 5, 41–46.
- Dörr, N., & Dietz, G. (2020). Racism against Totonaco women in Veracruz: intercultural competences for health professionals are necessary. *Plos One*.
- Echeverría, B. (2005). *Competencia de acción de los profesionales de la Orientación*. . ESIC.
- Egon, G. (1989). Criterios de credibilidad en la investigación naturalista. In J. Gimeno & A. Pérez (Eds.), *La enseñanza: su teoría y su práctica*. (3rd ed., pp. 148–165). Akal.
- Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS). (2017). *Estadísticas a propósito del día internacional de la eliminación de la discriminación racial*.
- Fernández, J. (2004). Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas. . In *Cuadernos de Antropología Social: Vol. Quinto* (Abya Yala).
- Fleckman, J., Dal Corso, M., Ramírez, S., Begalievá, M., & Johnson, C. (2015). Intercultural competency in public health: a call for action to incorporate training into public health education. *Frontiers in Public Health*, 3, 1–7.
- Govere, L., & Govere, E. M. (2016). ¿Qué tan efectiva es la capacitación en competencia cultural de los proveedores de atención médica para mejorar la satisfacción del paciente de los grupos minoritarios? Una revisión sistemática de la literatura. *Worldviews Evidence-Based Nurs*, 13, 402–410.
- Hammer, M., Bennett, M., & Wiseman, R. (2003). Measuring intercultural sensitivity: The intercultural development inventory. *International Journal of Intercultural Relations*, 1.
- Henderson, S., Hills, R., & Kendall, E. (2028). *Cultural competence in healthcare in the community: A concept analysis*. *Health Soc Care Community*. 509–603.

- Hernández, G. (2011). Relación Médico-paciente y la calidad de la atención médica. *CONAMED*, 9, 25–29.
- Indicadores de la Población Indígena | INPI | Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas | Gobierno | gob.mx.* (n.d.). Retrieved September 19, 2021, from <https://www.gob.mx/inpi/documentos/indicadores-de-la-poblacion-indigena>
- INEGI. (2015). *Encuesta Intercensal 2015*. Principales Resultados.
- INEGI. (2021). “Censo de Población y Vivienda 2020.” https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/Censo2020_Principales_resultados_EUM.pdf
- INPI. (2020). *Programa Institucional 2020-2024 del instituto Nacional de los pueblos indígenas*.
- INSP. (2019). *Salud de los pueblos indígenas*.
- Jary, D., & Jary, J. (1991). *The HarperCollins dictionary sociology*. HarperCollins.
- Jirme, M., Gerrish, K., & Emami, A. (2009). Identifying the core components of cultural competence: findings from a Delphi study. *Clinic Nurse*, 18, 2622–2634.
- Jongen, C., McCalman, J., & Bainbridge, R. (2018). Health workforce cultural competency interventions: a systematic scoping review. *BMC Health Services Research*.
- Kumas-Tan, Z., Beagan, B., & Loppie, C. (2007). Measures of Cultural Competence: Examining Hidden Assumptions. *Academy Medicin*, 6, 548–557.
- Lawshe, C. (1975). A QUANTITATIVE APPROACH TO CONTENT VALIDITY. *Pers Psychol*.
- Levy-Strauss, C. (1991). *Las estructuras elementales del parentesco*. Paidós.
- Leyva, R., Infante, C., Gutiérrez, J. P., & Quintino, F. (2013). Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México. *Salud Pública Mex*, 55, 123–128.
- Manuel Muñoz-Cano, J., Maldonado-Salazar, T., & Bello, J. (2014). Desarrollo de proyectos para la formación de la competencia intercultural por estudiantes de medicina. In www.fundacioneducacionmedica.org FEM (Vol. 17, Issue 3). www.fundacioneducacionmedica.org
- Méndez, M. (1997). Orientaciones para la interculturalidad: Valores culturales dominantes. *Grupo de Profesores de Educación Compensatoria de La Subdireccional Territorial*.
- Menéndez, E. (2016). Intercultural health: Proposals, actions and failures. *Ciencia e Saude Coletiva*, 21(1), 109–118. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015>
- Meneses, S., & Pelcastre, B. (2019). *Trato digno en la atención obstétrica*.
- Meneses, S., Pelcastre, B., Bautista, O., Toledo, R., Rosa, S., Alcalde, J., & Mejía J.A. (2021). Innovación pedagógica para mejorar la calidad del trato en la atención de la salud de mujeres indígenas. *Salud Pública Mex*, 63, 51–59.

- Meyer, M. (1994). Developing transcultural competence: Case studies of advanced language learners. *New York: Cambridge University Press.*, 1.
- Murillo, J. P. (2013). Construcción de competencias interculturales para el desarrollo de una propuesta de experiencias de aprendizaje para alumnos de primer año de medicina. *An Facultad de Medicina.* , 1, 01–11.
- O'Brien, E. M., O' Donnell, C., Murphy, J., O' Brien, B., & Markey, K. (2021a). Intercultural readiness of nursing students: An integrative review of evidence examining cultural competence educational interventions. *Nurse Education in Practice*, 50, 102966. <https://doi.org/10.1016/J.NEPR.2021.102966>
- O'Brien, E. M., O' Donnell, C., Murphy, J., O' Brien, B., & Markey, K. (2021b). Intercultural readiness of nursing students: An integrative review of evidence examining cultural competence educational interventions. *Nurse Education in Practice*, 50, 102966. <https://doi.org/10.1016/J.NEPR.2021.102966>
- Oikarainen, A., Mikkonen, K., Kenny, A., Tomietto, M., & Tuomikoski, A. (2019). Educational interventions designed to develop nurses' cultural competence: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 98, 75–86.
- Paul, D., Carr, S., & Milroy, H. (2006). Making a difference: the early impact of an aboriginal health undergraduate medical curriculum. *Med J Aust.*, 15, 522–550.
- Pedrero, V., Benales, M., & Chepo, M. (2019). *Escala de medición competencia cultural (EMCC-14): Manual de aplicación.* (1st ed.). Universidad del Desarrollo.
- Pedrero, V., Benales, M., & Chepo, M. (2019). *Escala de Medición Competencia Cultural (EMCC-14): Manual de Aplicación.* (1st ed.).
- Pelcastre, B., Meneses, S., Reyes, H., & Rivera, J. (2020). La salud de los pueblos indígenas: retos y perspectivas. . *Salud Pública México*, 62, 235–236.
- Pelcastre, B., Meneses, S., Sánchez, M., Meléndez, D., & Freyermuth, G. (2020). Condiciones de salud y uso de servicios en pueblos indígenas de México. *Salud Pública Mex*, 62, 810–819.
- PNUD. (2020). *Impacto y situación de la población indígena Latinoamericana.*
- Pulido, R. (2003). Entonces, ¿cuántas culturas distintas tienes en tu clase? . *Educación, Desarrollo y Diversidad*, 6, 7–24.
- Quilaqueo, D., & Torres, H. (2013). MULTICULTURALIDAD E INTERCULTURALIDAD: DESAFÍOS EPISTEMOLÓGICOS DE LA ESCOLARIZACIÓN DESARROLLADA EN CONTEXTOS INDÍGENAS 1 Multiculturalism and Interculturalism: Epistemological Challenges of Schooling in Indigenous Contexts. *ALPHA*, 283–300.
- Ramaswamy, M., & Kelly, P. (2015). El racismo institucional como determinante social crítico de la salud. *Salud Pública Nurs.*

- Renzaho, A. (2013). The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient-centered health care a systematic review of the literature. *Int J Qual Health Care.*, 25, 261–269.
- Rodrigo, M. (1999). *La comunicación intercultural*. . Barcelona: Anthropos.
- Rojo, R., & Navarro, N. (2016). Competencias genéricas adquiridas, según estudiantes de una carrera de la salud. *Investigación En Educación Médica.*, 5, 172–181.
- Roux, G., Pedersen, D., Pons, P., & Pracilio, H. (1990). *Participación social y sistemas de salud* (No. 519).
- Sanhueza, S., Pukner, F., San Martín, V., & Friz, M. (2012). Dimensiones de la competencia comunicativa intercultural y sus implicaciones para la práctica educativa. *Segunda Epoca*, 36, 131–151.
- Secretaría de Salud. (2008). *Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*.
- Secretaría de Salud. (2020). *Política Intercultural en Salud*.
- Serván, E., Orozco, E., Heredia, I., Armenta, N., Wirtz, V., Meneses, S., & Nigenda, G. (2021). Public health insurance and ethnic disparities in maternal health care: the case of vulnerable Mexican women over the last 25 years. *Health Policy and Planning*, 36, 1671–1680.
- Soriano, E. (2001). *Tratamiento de la interculturalidad en Educación Secundaria. De los creces culturales a la construcción de una ciudadanía intercultural responsable*. (T. Pozo, Ed.).
- Sue, D. (2001). Multidimensional Facets of Cultural Competence. *Couns Psychol*.
- Sue, D., Bernier, J., Durran, A., Feinberg, L., Pedersen, P., & Smith, E. (1982). Position Paper: Cross-Cultural Counseling Competencies. *Couns Psychol*, 2, 45–52.
- Sue, D., & Sue, D. (2008). *Counseling the culturally diverse: theory and practice* (J. Wiley, Ed.; 5th ed.). Hoboken.
- Truong, M., Paradies, Y., & Sacerdote, N. (2014). Intervenciones para mejorar la competencia cultural en la atención sanitaria: una revisión sistemática de las revisiones. *BMC Health*, 14, 99.
- Vega, D., & Partida, V. (2014). Volumen, distribución territorial y estructura por edad de los indígenas. In F. Román & C. Romero (Eds.), *Los pueblos originarios en el estado de Guanajuato* (2nd ed., pp. 41–54). Pearson educación.
- Veliz, L., & Bianchetti, A. (2021). Situación del desarrollo de competencias interculturales en estudiantes de la facultad de medicina de la universidad católica del norte, Chile. *Calidad En La Educación*, 54, 303–338.
- Veliz-Rojas, L., Bianchetti-Saavedra, A. F., & Silva-Fernández, M. (2019). Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente

a contextos de diversidad cultural. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(1).
<https://doi.org/10.1590/0102-311x00120818>

Veliz-Rojas, L., Bianchetti-Saavedra, A., Veliz-Rojas, L., & Bianchetti-Saavedra, A. (2021). Situación del desarrollo de competencias interculturales en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica del Norte, Chile. *Calidad En La Educación*, 54(54), 303–338.
<https://doi.org/10.31619/CALEDU.N54.955>

Vilá, R. (2004). La sensibilidad intercultural, una competencia básica en la educación para una ciudadanía intercultural: un estudio diagnóstico en el primer ciclo de la ESO. *Girona: Universitat de Girona*. .

Walton, J. (2011). Can a one-hour presentation make an impact on cultural awareness? *Nephrol Nurs*, 38, 21–30.

Williams, D. R., & Rucker, T. D. (2000). Understanding and Addressing Racial Disparities in Health Care. *Health Care Financing Review*, 21(4), 75. /pmc/articles/PMC4194634/

Zimmermann, K. (1999). Política del lenguaje y planificación para los pueblos amerindios. In *Ensayos de ecología lingüística*. (Vol. 1, pp. 66–80). Iberoamérica .

Zweifler, J., & González, A. M. (1998). Teaching residents to care for culturally diverse populations. *Acad Med*.

Anexos

Anexo1. Matriz de comentarios del grupo de experto.

Ítems / Área de especialidad	Educación basada en competencias	Salud pública	Jefatura de la Unidad de Medicina Tradicional	Lic. en enfermería/salud comunitaria	Psicóloga/Salud comunitaria	Salud Pública	Salud pública
Subárea aptitud							
Creo que pacientes con diferentes creencias y costumbres tienen distintas expectativas y/o necesidades en la atención en salud.	Percibo que es una frase larga y que no permite identificar la idea de forma clara	S/C	S/C	S/C	S/C	S/C	S/C
Creo que las creencias, valores y costumbres de los pacientes afectan su salud.	S/C	S/C	S/C	S/C	S/C	S/C	S/C
Creo que mi contexto cultural influye sobre mis actitudes y creencias acerca de otros grupos culturales.	S/C	S/C	Creo que mi contexto cultural influye en la forma en que veo y trato a otros grupos culturales.	S/C	El ítem 3 y 4 son muy parecidos, se podría explorar y especificar la relación que se busca médico-paciente.	S/C	S/C
Soy consciente de que mis creencias acerca de los pacientes influyen en las recomendaciones terapéuticas que les entrego.	No me parece clara la sentencia ¿Qué busca explorar?	S/C	S/C	“Soy consciente de que mis creencias acerca de pacientes culturalmente diversos influyen en el trato que brindo y las intervenciones de enfermería que les entrego”.	“Soy consciente de que mis creencias acerca de los pacientes influyen en los cuidados de enfermería que les entrego”.	“Soy consciente de que mis creencias acerca de los pacientes influyen en el trato que les brindo y en las recomendaciones terapéuticas que les entrego”.	S/C
Subárea conocimiento							
Las creencias, valores y costumbres de los pacientes deben ser valorados en la atención en salud.	Las creencias, valores y costumbres de los pacientes deben ser contemplados en la atención en salud.	S/C	¿Cómo es que se consideraría que son valorados?	S/C	S/C	S/C	S/C

Considero que conocer mejor las creencias y costumbres de los pacientes me ayuda a plantear un tratamiento más adecuado.		S/C	S/C	Considero las creencias y costumbres de los pacientes al elaborar mi plan de cuidado de enfermería para que mis intervenciones sean más adecuadas.	“Considero que conocer mejor las creencias y costumbres de los pacientes me ayuda a adaptar un tratamiento más adecuado”.	S/C	S/C
Considero que cada paciente tiene su propio concepto de salud y enfermedad.	Le hace falta una frase que ayude a identificar por qué es importante considerar el concepto de salud que tiene el paciente.	S/C	S/C	S/C	S/C	S/C	S/C
Considero que los problemas de salud del paciente deben ser comprendidos dentro de su contexto cultural (creencias, valores y costumbres).		S/C	S/C	S/C	S/C	S/C	S/C
Subárea habilidades							
Les pido al paciente y a su familia que manifiesten las expectativas que tienen con respecto al cuidado y atención en salud.		S/C	S/C	S/C	Hay que considerar que existen diferentes tipos de familia y que muchos pacientes no contarán con el apoyo de esta, lo que podría dificultar este ítem.	S/C	S/C
Soy capaz de reconocer barreras potenciales para acceder a servicios de salud a las que se pueden ver enfrentados los diferentes pacientes.	Soy capaz de reconocer las barreras potenciales para acceder a los servicios de salud a las que se que pueden ver enfrentar enfrentados los	S/C	S/C	S/C	S/C	S/C	S/C

	diferentes pacientes.						
Soy capaz de establecer metas y/o objetivos terapéuticos considerando el contexto cultural (creencias y costumbres) de mis pacientes y sus necesidades.	Soy capaz de establecer metas y/u objetivos terapéuticos considerando el contexto cultural (creencias y costumbres) de mis pacientes y sus necesidades.	S/C	¿Le toca a enfermería hacer este tipo de actividades?	Soy capaz de establecer metas y/o objetivos en mis intervenciones considerando el contexto cultural (creencias y costumbres) de mis pacientes y sus necesidades.	S/C	S/C	S/C
Registro en la ficha clínica los datos sobre creencias y costumbres recogidas en la valoración del paciente.	¿Qué intenta medir este ítem?	S/C	S/C	Registro en el expediente clínico los datos sobre creencias y costumbres recogidas en la valoración del paciente.	De importancia, pues esto causara énfasis en su origen y creencias.	Registro en el expediente clínico los datos sobre creencias y costumbres recogidas en la valoración del paciente.	S/C
Me esfuerzo por explicar al paciente su tratamiento médico, incluso si él cree que la causa de su enfermedad es sobrenatural.	S/C	S/C	S/C	Me esfuerzo por explicar al paciente su tratamiento, incluso si él cree que la causa de su enfermedad es sobrenatural.	Excelente, te felicito por tomar aspectos tan importantes en consideración, focalizados en conocimientos empíricos.	Me esfuerzo por explicar al paciente su condición de salud, tratamiento médico y el pronóstico, incluso si él cree que la causa de su enfermedad es sobrenatural.	Revisé y dice que puede aplicarse a distintos trabajadores de la salud pertenecientes a diferentes niveles de atención. Sin embargo, noto un ligero sesgo hacia el trabajo médico al mencionar que dan tratamiento médico e indicaciones terapéuticas. Te pido que desde tu conocimiento de enfermería analices si el personal de enfermería da tratamiento médico para que al

							momento de contestar no piensen que no les compete.
Estoy atento a posibles dificultades que puedan surgir durante la atención en salud debido a las diferencias culturales entre el paciente y yo.	S/C						

Fuente: Elaboración propia con base a los comentarios obtenidos en la consultoría del grupo de expertos. S/C = sin comentarios

Anexo 2. Ítems de la Escala de Medición Competencia Cultural (EMCC-14) y las modificaciones correspondientes.

Ítems	Ítem Modificado/Justificación
Subárea aptitud	
1. Creo que pacientes con diferentes creencias y costumbres tienen distintas expectativas y/o necesidades en la atención en salud.	
2. Creo que las creencias, valores y costumbres de los pacientes afectan su salud.	
3. Creo que mi contexto cultural influye sobre mis actitudes y creencias acerca de otros grupos culturales.	
4. Soy consciente de que mis creencias acerca de los pacientes influyen en las recomendaciones terapéuticas que les entrego.	Soy consciente de que mis creencias acerca de los pacientes influyen en el trato que les brindo y en las recomendaciones que les entrego".
Subárea conocimiento	
5. Las creencias, valores y costumbres de los pacientes deben ser valorados en la atención en salud.	Las creencias, valores y costumbres de los pacientes deben ser contemplados en la atención en salud.
6. Considero que conocer mejor las creencias y costumbres de los pacientes me ayuda a plantear un tratamiento más adecuado.	
7. Considero que cada paciente tiene su propio concepto de salud y enfermedad.	Considero que es importante reconocer que cada paciente tiene su propio concepto de salud y enfermedad.
8. Considero que los problemas de salud del paciente deben ser comprendidos dentro de su contexto cultural (creencias, valores y costumbres).	
Subárea habilidades	
9. Les pido al paciente y a su familia que manifiesten las expectativas que tienen con respecto al cuidado y atención en salud.	
10. Soy capaz de reconocer barreras potenciales para acceder a servicios de salud a las que se pueden ver enfrentados los diferentes pacientes.	Soy capaz de reconocer las barreras potenciales para acceder a los servicios de salud que pueden enfrentar los diferentes pacientes.
11. Soy capaz de establecer metas y/o objetivos terapéuticos considerando el contexto cultural (creencias y costumbres) de mis pacientes y sus necesidades.	Soy capaz de establecer metas y/ u objetivos terapéuticos considerando el contexto cultural (creencias y costumbres) de mis pacientes y sus necesidades.

12. Registro en la ficha clínica los datos sobre creencias y costumbres recogidas en la valoración del paciente.	Registro en el expediente clínico los datos sobre creencias y costumbres recogidas en la valoración del paciente
13. Me esfuerzo por explicar al paciente su tratamiento médico, incluso si él cree que la causa de su enfermedad es sobrenatural.	Me esfuerzo por explicar al paciente su condición de salud, tratamiento y el pronóstico , incluso si él cree que la causa de su enfermedad es sobrenatural.
14. Estoy atento a posibles dificultades que puedan surgir durante la atención en salud debido a las diferencias culturales entre el paciente y yo.	

Anexo 5.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sesiones educativas

Dirigido a: Estudiantes de la Lic. en Enfermería de la Universidad de Guanajuato

Título de proyecto terminal: Competencias interculturales para la atención de poblaciones indígenas. Una iniciativa educativa con estudiantes de enfermería en el estado de Guanajuato”

Fecha aprobación por el Comité de ética: 15 de marzo de 2022

Introducción/Objetivo

Estimado(a) Estudiante:

Mi nombre es **Karen Paulina Aguilera Rodriguez** soy estudiante **del Programa académico de la Maestría en Salud Pública con Área de Concentración en Ciencias Sociales y del Comportamiento** en el Instituto Nacional de Salud Pública y como parte de mi proyecto de titulación estoy realizando este estudio al cual tú has sido invitado a participar. El estudio se realizará en la **Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra.**

Si tú decides participar en el estudio, es importante que consideres la siguiente información. Siéntete libre de preguntar cualquier asunto que no te quede claro.

El propósito del estudio es: Desarrollar competencias interculturales para el proceso de salud/enfermedad/atención-prevención en estudiantes de enfermería de la Universidad de Guanajuato.

Te invito a participar ya que te encuentras cursando tu segundo año en la Lic. en Enfermería y obstetricia de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, y considero que el contenido de la iniciativa educativa puede ser de utilidad en tu formación profesional.

Procedimiento:

El estudio en el que participaras consiste en una iniciativa educativa para el fomento de competencias interculturales. La cual consta de 3 fases: 1) Diagnostico, que permitirá conocer los conocimientos, percepciones y prácticas de las y los estudiantes de enfermería sobre la población indígena y las situaciones interculturales que se establecen. 2) Diseño e implementación del Curso-taller para el fomento de competencias culturales. 3) Evaluación del proceso y resultado de la iniciativa educativa. Para la fase de implementación se te pide participar en un total de ocho **sesiones educativas** bajo la modalidad que indique la Universidad de Guanajuato con el propósito de desarrollar competencias interculturales para el proceso de salud/enfermedad/atención-prevención en estudiantes de enfermería de la Universidad de Guanajuato.

Tú participación consistirá en:

- Participar en sesiones educativas, una cada semana con un total de ocho sesiones, se contará con un coordinador y un observador en cada una de las sesiones.

- Las sesiones durarán 120min y abarcarán los siguientes temas: i) la necesidad de apreciar el efecto que ejercen los grupos socioculturales en nuestra visión de la realidad: ii) tres componentes básicos de la competencia cultural (sensibilidad, conocimiento y habilidades); iii) el foco de la competencia cultural (individual, profesional, organizacional y social)
- Las sesiones serán realizadas en colaboración de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra.
- Si tú estás de acuerdo y para facilitar el análisis de contenido las sesiones educativas se audio grabará.

Beneficios: Si tú aceptas participar, estarás colaborando con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y la Escuela de Salud Pública de México en la realización del Proyecto Terminal para el fomento de competencias interculturales en los estudiantes de enfermería para el proceso de salud/enfermedad/atención en población indígena.

Además, los resultados de este trabajo se darán a conocer y se pondrán a disposición de las autoridades de la Universidad de Guanajuato y de esta manera puedan identificar competencias que contribuyan a mejorar la calidad en la formación de los profesionales de enfermería a la hora de brindar atención en salud.

Confidencialidad: Toda la información que tú nos proporciones para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Tú quedarás **identificado(a)** con un número y no con tu nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrás ser **identificado(a)**.

Participación Voluntaria/Retiro: tu participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Tú estás en plena libertad de negarte a participar o de retirar tu participación del mismo en cualquier momento. tu decisión de participar o no en el estudio no implicará ningún tipo de consecuencia o afectará de ninguna manera tu desempeño académico.

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican tu participación en este estudio son de riesgo mínimo. Si alguna de las preguntas te hiciera sentir un poco **incomodo(a)**, tienes el derecho de no responderla. Tú no recibirás ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para ti.

Aviso de Privacidad integral: Como investigador/a principal de este estudio, **Karen Paulina Aguilera Rodríguez** soy responsable del tratamiento y resguardo de los datos personales que nos proporciones, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la **Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados**. Los datos personales que te solicitaremos serán utilizados exclusivamente para las finalidades expuestas en este documento, el cual puedes consultar en la página institucional del INSP en la siguiente liga: <https://www.insp.mx/transparencia-y-rendicion-de-cuentas/avisos-privacidad-insp.html>. Tú puedes solicitar la corrección de tus datos o que tus datos se eliminen de nuestras bases o retirar tu consentimiento para su uso. En cualquiera de estos casos te pedimos dirigirte al investigador responsable del proyecto a la siguiente dirección de correo paulina.aguilera@insp.edu.mx.

Números a Contactar: Si tú tienes alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comunícate con el/la director/a del **Proyecto Terminal de Maestría:** Dr. Sergio Menses Navarro al correo electrónico sergio.meneses@insp.mx.

Si tienes preguntas generales relacionadas con tus derechos como participante de un estudio de investigación, te pedimos comunicarse con la presidente del Comité de Ética del INSP, Dra. Angélica Ángeles Llerenas, al teléfono (777) 329-3000 ext. 7424 de 9:00 am a 16:00 hrs. ó si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico etica@insp.mx

Si tú aceptas participar en el estudio, te entregaremos una copia de este documento que te pedimos seas tan amable de firmar.

<p>Declaración de la persona que da el consentimiento</p> <ul style="list-style-type: none">• Se me ha leído esta Carta de consentimiento.• Me han explicado el estudio de investigación incluyendo el objetivo, los posibles riesgos y beneficios, y otros aspectos sobre mi participación en el estudio.• He podido hacer preguntas relacionadas a mi participación en el estudio, y me han respondido satisfactoriamente mis dudas. <p>Si tú entiendes la información que te hemos dado en este formato, estás de acuerdo en participar en este estudio, de manera total o parcial, y también estás de acuerdo en permitir que tu información de salud sea usada como se describió antes, entonces te pedimos que indiques tu consentimiento para participar en este estudio.</p> <p>Registre su nombre y firma en este documento del cual le entregaremos una copia. PARTICIPANTE:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>Fecha/hora _____</p>

<p>Nombre y firma del investigador o persona que obtiene el consentimiento:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>Fecha/hora _____</p>	<table border="1"><tr><td><p>Versión Aprobada: <u>marzo 15, 2022</u> CI: <u>732</u> Folio Identificador: <u>031</u> <i>Copia sellada en archivo</i></p></td></tr></table>	 <p>Versión Aprobada: <u>marzo 15, 2022</u> CI: <u>732</u> Folio Identificador: <u>031</u> <i>Copia sellada en archivo</i></p>
 <p>Versión Aprobada: <u>marzo 15, 2022</u> CI: <u>732</u> Folio Identificador: <u>031</u> <i>Copia sellada en archivo</i></p>		

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Entrevista semiestructurada

Dirigido a: Estudiantes de la Lic. en Enfermería de la Universidad de Guanajuato

Título de proyecto terminal: Competencias interculturales para la atención de poblaciones indígenas. Una iniciativa educativa con estudiantes de enfermería en el estado de Guanajuato”

Fecha aprobación por el Comité de ética: 15 de marzo de 2022

Introducción/Objetivo

Estimado(a) Estudiante:

Mi nombre es **Karen Paulina Aguilera Rodriguez** soy estudiante **del Programa académico de la Maestría en Salud Pública con Área de Concentración en Ciencias Sociales y del Comportamiento** en el Instituto Nacional de Salud Pública y como parte de mi proyecto de titulación estoy realizando este estudio al cual tú has sido invitado a participar. El estudio se realizará en la **Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra.**

Si tú decides participar en el estudio, es importante que consideres la siguiente información. Siéntete libre de preguntar cualquier asunto que no te quede claro.

El propósito del estudio es: Desarrollar competencias interculturales para el proceso de salud/enfermedad/atención-prevención en estudiantes de enfermería de la Universidad de Guanajuato.

Te invito a participar ya que te encuentras cursando tu segundo año en la Lic. en Enfermería y obstetricia de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, y considero que el contenido de la entrevista y la iniciativa educativa pueden ser de utilidad en tu formación profesional.

Procedimientos:

El estudio en el que participaras consiste en una iniciativa educativa para el fomento de competencias interculturales. La cual consta de 3 fases: 1) Diagnostico, que permitirá conocer los conocimientos, percepciones y prácticas de las y los estudiantes de enfermería sobre la población indígena y las situaciones interculturales que se establecen. 2) Diseño e implementación del Curso-taller para el fomento de competencias culturales. 3) Evaluación del proceso y resultado de la iniciativa educativa.

Para la fase diagnostica se te pide participar en una **entrevista semiestructurada** con el propósito de obtener información primaria, sobre las percepciones y experiencias de los estudiantes de enfermería acerca las Personas, Pueblos y Comunidades Indígenas durante sus prácticas clínicas y comunitarias.

Tú participación consistirá en:

- Participar en una entrevista semiestructurada la cual se te aplicará por un investigador.
- La entrevista durará alrededor de 45-60 minutos_y abarcará varias preguntas sobre los siguientes temas: i) percepciones sobre la salud la enfermedad; ii) percepciones de la población indígena; iii) interculturalidad en salud; iv) estructuras sociales de desigualdad; v) relación

personal de salud-población indígena; vi) formación de competencias interculturales en el personal de enfermería.

- La entrevista será realizada en colaboración con la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra.
- Si tú estás de acuerdo y para facilitar el análisis de la entrevista semiestructurada ésta se audio grabará. Tú podrás interrumpir la grabación en cualquier momento y retomarla cuando quieras.

Beneficios: Si tú aceptas participar, estarás colaborando con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y la Escuela de Salud Pública de México en la realización del Proyecto Terminal para el fomento de competencias interculturales en los estudiantes de enfermería para el proceso de salud/enfermedad/atención en población indígena.

Además, los resultados de este trabajo se darán a conocer y se pondrán a disposición de las autoridades de la Universidad de Guanajuato y de esta manera puedan identificar competencias que contribuyan a mejorar la calidad en la formación de los profesionales de enfermería a la hora de brindar atención en salud.

Confidencialidad: Toda la información que tú nos proporciones para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Tú quedarás **identificado(a)** con un número y no con tu nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrás ser **identificado(a)**.

Participación Voluntaria/Retiro: tu participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Tú estás en plena libertad de negarte a participar o de retirar tu participación del mismo en cualquier momento. tu decisión de participar o no en el estudio no implicará ningún tipo de consecuencia o afectará de ninguna manera tu desempeño académico.

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican tu participación en este estudio son de riesgo mínimo. Si alguna de las preguntas te hiciera sentir un poco **incomodo(a)**, tienes el derecho de no responderla. Tú no recibirás ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para ti.

Aviso de Privacidad integral: Como investigador/a principal de este estudio, **Karen Paulina Aguilera Rodríguez** soy responsable del tratamiento y resguardo de los datos personales que nos proporciones, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la **Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados**. Los datos personales que te solicitaremos serán utilizados exclusivamente para las finalidades expuestas en este documento, el cual puedes consultar en la página institucional del INSP en la siguiente liga: <https://www.insp.mx/transparencia-y-rendicion-de-cuentas/avisos-privacidad-insp.html>.

Tú puedes solicitar la corrección de tus datos o que tus datos se eliminen de nuestras bases o retirar tu consentimiento para su uso. En cualquiera de estos casos te pedimos dirigirte al investigador responsable del proyecto a la siguiente dirección de correo paulina.aguilera@insp.edu.mx

Números a Contactar: Si tú tienes alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comunícate con el/la director/a del **Proyecto Terminal de Maestría:** Dr. Sergio Menses Navarro al correo electrónico sergio.meneses@insp.mx.

Si tienes preguntas generales relacionadas con tus derechos como participante de un estudio de investigación, te pedimos comunicarse con la presidente del Comité de Ética del INSP, Dra. Angélica Ángeles Llerenas, al teléfono (777) 329-3000 ext. 7424 de 9:00 am a 16:00 hrs. ó si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico etica@insp.mx

Si tú aceptas participar en el estudio, te entregaremos una copia de este documento que te pedimos seas tan amable de firmar.

<p>Declaración de la persona que da el consentimiento</p> <ul style="list-style-type: none">• Se me ha leído esta Carta de consentimiento.• Me han explicado el estudio de investigación incluyendo el objetivo, los posibles riesgos y beneficios, y otros aspectos sobre mi participación en el estudio.• He podido hacer preguntas relacionadas a mi participación en el estudio, y me han respondido satisfactoriamente mis dudas. <p>Si tú entiendes la información que te hemos dado en este formato, estás de acuerdo en participar en este estudio, de manera total o parcial, y también estás de acuerdo en permitir que tu información de salud sea usada como se describió antes, entonces te pedimos que indiques tu consentimiento para participar en este estudio.</p> <p>Registre su nombre y firma en este documento del cual le entregaremos una copia.</p> <p>PARTICIPANTE:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>Fecha/hora _____</p>
--

<p>Nombre y firma del investigador o persona que obtiene el consentimiento:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>Fecha/hora _____</p>

 <p>Versión Aprobada: Marzo 15, 2022 CI: 732 Folio Identificador: 031 <i>Copia sellada en archivo</i></p>
--

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Grupo focal

Dirigido a: Estudiantes de la Lic. en Enfermería de la Universidad de Guanajuato

Título de proyecto terminal: Competencias interculturales para la atención de poblaciones indígenas. Una iniciativa educativa con estudiantes de enfermería en el estado de Guanajuato”

Fecha aprobación por el Comité de ética: 15 de marzo de 2022

Introducción/Objetivo

Estimado(a) Estudiante:

Mi nombre es **Karen Paulina Aguilera Rodriguez** soy estudiante **del Programa académico de la Maestría en Salud Pública con Área de Concentración en Ciencias Sociales y del Comportamiento** en el Instituto Nacional de Salud Pública y como parte de mi proyecto de titulación estoy realizando este estudio al cual tú has sido invitado a participar. El estudio se realizará en la **Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra.**

Si tú decides participar en el estudio, es importante que consideres la siguiente información. Siéntete libre de preguntar cualquier asunto que no te quede claro.

El propósito del estudio es: Desarrollar competencias interculturales para el proceso salud/enfermedad/atención-prevención en estudiantes de enfermería de la Universidad de Guanajuato.

Te invito a participar ya que te encuentras cursando tu segundo año en la Lic. en Enfermería y obstetricia de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, y considero que el contenido de la entrevista y la iniciativa educativa pueden ser de utilidad en tu formación profesional.

Procedimientos:

El estudio en el que participaras consiste en una iniciativa educativa para el fomento de competencias interculturales. La cual consta de 3 fases: 1) Diagnostico, que permitirá conocer los conocimientos, percepciones y prácticas de las y los estudiantes de enfermería sobre la población indígena y las situaciones interculturales que se establecen. 2) Diseño e implementación del Curso-taller para el fomento de competencias culturales. 3) Evaluación del proceso y resultado de la iniciativa educativa.

Para la fase diagnostica se te pide participar en un **grupo focal** con el propósito de obtener información primaria, sobre la percepción de los estudiantes de enfermería sobre las Personas, Pueblos y Comunidades Indígenas.

Tú participación consistirá en:

- Participar en un grupo focal de entre 6- 12 participantes el cual coordinara un moderador y un relator.

- El grupo focal durará alrededor de 90-120 minutos y abarcará varias preguntas sobre los siguientes temas: i) percepciones sobre la salud la enfermedad; ii) percepciones de la población indígena; iii) interculturalidad en salud; iv) estructuras sociales de desigualdad; v) relación personal de salud-población indígena; vi) formación de competencias interculturales en la formación del personal de enfermería.
- El grupo focal será realizado en colaboración con la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra.
- Si tú estás de acuerdo y para facilitar el análisis del grupo focal se audio grabará. En cualquier caso, tú podrás interrumpir la grabación en cualquier momento y retomarla cuando quieras.

Beneficios: Si tú aceptas participar, estarás colaborando con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y la Escuela de Salud Pública de México en la realización del Proyecto Terminal para el fomento de competencias interculturales en los estudiantes de enfermería para el proceso de salud/enfermedad/atención en población indígena. Además, los resultados de este trabajo se darán a conocer y se pondrán a disposición de las autoridades de la Universidad de Guanajuato para que de esta manera puedan identificar competencias que contribuyan a mejorar la calidad en la formación de los profesionales de enfermería a la hora de brindar atención en salud.

Confidencialidad: Toda la información que tú nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Tú quedarás **identificado(a)** con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser **identificado(a)**.

Participación Voluntaria/Retiro: Tu participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Tú estás en plena libertad de negarte a participar o de retirar tu participación del mismo en cualquier momento. Tu decisión de participar o no en el estudio no implicará ningún tipo de consecuencia o afectará de ninguna manera tu desempeño académico.

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican tu participación en este estudio son de riesgo mínimo. Si alguna de las preguntas te hiciera sentir un poco **incomodo(a)**, tienes el derecho de no responderla. Tú no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para ti.

Aviso de Privacidad integral: Como investigador/a principal de este estudio, **Karen Paulina Aguilera Rodríguez** soy responsable del tratamiento y resguardo de los datos personales que nos proporciones, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la **Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados**. Los datos personales que te solicitaremos serán utilizados exclusivamente para las finalidades expuestas en este documento, el cual puedes consultar en la página institucional del INSP en la siguiente liga: <https://www.insp.mx/transparencia-y-rendicion-de-cuentas/avisos-privacidad-insp.html>. Tú puedes solicitar la corrección de tus datos o que tus datos se eliminen de nuestras bases o retirar tu consentimiento para su uso. En cualquiera de estos casos te pedimos dirigirte al investigador responsable del proyecto a la siguiente dirección de correo paulina.aguilera@insp.edu.mx

Números a Contactar: Si tú tienes alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comunícate con el/la director/a del **Proyecto Terminal de Maestría:** Dr. Sergio Menses Navarro al correo electrónico sergio.meneses@insp.mx.

Si tienes preguntas generales relacionadas con tus derechos como participante de un estudio de investigación, te pedimos comunicarte con la presidente del Comité de Ética del INSP, Dra. Angélica Ángeles Llerenas, al teléfono (777) 329-3000 ext. 7424 de 9:00 am a 16:00 hrs. o si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico etica@insp.mx

Si tú aceptas participar en el estudio, te entregaremos una copia de este documento que te pedimos sea tan amable de firmar.

<p>Declaración de la persona que da el consentimiento</p> <ul style="list-style-type: none">• Se me ha leído esta Carta de consentimiento.• Me han explicado el estudio de investigación incluyendo el objetivo, los posibles riesgos y beneficios, y otros aspectos sobre mi participación en el estudio.• He podido hacer preguntas relacionadas a mi participación en el estudio, y me han respondido satisfactoriamente mis dudas. <p>Si tu entiendes la información que te hemos dado en este formato, estás de acuerdo en participar en este estudio, de manera total o parcial, y también estás de acuerdo en permitir que tu información sea usada como se describió antes, entonces te pedimos que indiques tu consentimiento para participar en este estudio.</p> <p>Registra tu nombre y firma en este documento del cual te entregaremos una copia.</p> <p>PARTICIPANTE:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>Fecha/hora _____</p> <hr/> <p>Nombre y firma del investigador o persona que obtiene el consentimiento:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>Fecha/hora _____</p>


Versión Aprobada: Marzo 15, 2022
CI: 732 Folio Identificador: 031
Copia sellada en archivo

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Evaluación de satisfacción

Dirigido a: Estudiantes de la Lic. en Enfermería de la Universidad de Guanajuato

Título de proyecto terminal: Competencias interculturales para la atención de poblaciones indígenas. Una iniciativa educativa con estudiantes de enfermería en el estado de Guanajuato”

Fecha aprobación por el Comité de ética: 15 de marzo 2022

Introducción/Objetivo

Estimado(a) Estudiante:

Mi nombre es **Karen Paulina Aguilera Rodriguez** soy estudiante **del Programa académico de la Maestría en Salud Pública con Área de Concentración en Ciencias Sociales y del Comportamiento** en el Instituto Nacional de Salud Pública y como parte de mi proyecto de titulación estoy realizando este estudio al cual tú has sido invitado a participar. El estudio se realizará en la **Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra**.

Si tú decides participar en el estudio, es importante que consideres la siguiente información. Siéntete libre de preguntar cualquier asunto que no te quede claro.

El propósito del estudio es: Desarrollar competencias interculturales para el proceso de salud/enfermedad/atención-prevención en estudiantes de enfermería de la Universidad de Guanajuato.

Te invito a participar ya que te encuentras cursando tu segundo año en la Lic. en Enfermería y obstetricia de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, y considero que el contenido de la entrevista y la iniciativa educativa pueden ser de utilidad en tu formación profesional.

Procedimientos:

El estudio en el que participarás consiste en una iniciativa educativa para el fomento de competencias interculturales. La cual consta de 3 fases: 1) Diagnostico, que permitirá conocer los conocimientos, percepciones y prácticas de las y los estudiantes de enfermería sobre la población indígena y las situaciones interculturales que se establecen. 2) Diseño e implementación del Curso-taller para el fomento de competencias culturales. 3) Evaluación del proceso y resultado de la iniciativa educativa. Para la fase de evaluación se te pide participar en **una evaluación de satisfacción** con el propósito de valorar el grado de satisfacción respecto a la calidad del curso, el cumplimiento de objetivos y expectativas establecidas al inicio de cada una de las sesiones y de forma general al final del curso-taller.

Tú participación consistirá en:

- Participar en **una evaluación de satisfacción** el cual será auto aplicada, y consta de 19 ítems en escala Likert
- La evaluación durará alrededor de 15 minutos y abarcará varias preguntas sobre los siguientes temas: i) Evaluación general; ii) desarrollo del curso-taller; iii) calidad del docente.

- La evaluación será realizada en colaboración con la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra al finalizar la última sesión del curso.

Beneficios: Si tú aceptas participar, estarás colaborando con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y la Escuela de Salud Pública de México en la realización del Proyecto Terminal para el fomento de competencias interculturales en los estudiantes de enfermería para el proceso de salud/enfermedad/atención en población indígena.

Además, los resultados de este trabajo se darán a conocer y se pondrán a disposición de las autoridades de la Universidad de Guanajuato y de esta manera puedan identificar competencias que contribuyan a mejorar la calidad en la formación de los profesionales de enfermería a la hora de brindar atención en salud.

Confidencialidad: Toda la información que tú nos proporciones para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Tú quedarás **identificado(a)** con un número y no con tu nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrás ser **identificado(a)**.

Participación Voluntaria/Retiro: tu participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Tú estás en plena libertad de negarte a participar o de retirar tu participación del mismo en cualquier momento. tu decisión de participar o no en el estudio no implicará ningún tipo de consecuencia o afectará de ninguna manera tu desempeño académico.

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican tu participación en este estudio son de riesgo mínimo. Si alguna de las preguntas te hiciera sentir un poco **incomodo(a)**, tienes el derecho de no responderla. Tú no recibirás ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para ti.

Aviso de Privacidad integral: Como investigador/a principal de este estudio, **Karen Paulina Aguilera Rodríguez** soy responsable del tratamiento y resguardo de los datos personales que nos proporciones, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la **Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados**. Los datos personales que te solicitaremos serán utilizados exclusivamente para las finalidades expuestas en este documento, el cual puedes consultar en la página institucional del INSP en la siguiente liga: <https://www.insp.mx/transparencia-y-rendicion-de-cuentas/avisos-privacidad-insp.html>.

Tú puedes solicitar la corrección de tus datos o que tus datos se eliminen de nuestras bases o retirar tu consentimiento para su uso. En cualquiera de estos casos te pedimos dirigirte al investigador responsable del proyecto a la siguiente dirección de correo paulina.aguilera@insp.edu.mx

Números a Contactar: Si tú tienes alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comunícate con el/la director/a del **Proyecto Terminal de Maestría:** Dr. Sergio Menses Navarro al correo electrónico sergio.meneses@insp.mx.

Si tienes preguntas generales relacionadas con tus derechos como participante de un estudio de investigación, te pedimos comunicarse con la presidenta del Comité de Ética del INSP, Dra. Angélica Ángeles Llerenas, al teléfono (777) 329-3000 ext. 7424 de 9:00 am a 16:00 hrs. ó si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico etica@insp.mx

Si tú aceptas participar en el estudio, te entregaremos una copia de este documento que te pedimos seas tan amable de firmar.

Declaración de la persona que da el consentimiento

- Se me ha leído esta Carta de consentimiento.
- Me han explicado el estudio de investigación incluyendo el objetivo, los posibles riesgos y beneficios, y otros aspectos sobre mi participación en el estudio.
- He podido hacer preguntas relacionadas a mi participación en el estudio, y me han respondido satisfactoriamente mis dudas.

Si tú entiendes la información que te hemos dado en este formato, estás de acuerdo en participar en este estudio, de manera total o parcial, y también estás de acuerdo en permitir que tu información de salud sea usada como se describió antes, entonces te pedimos que indiques tu consentimiento para participar en este estudio.

Registre su nombre y firma en este documento del cual le entregaremos una copia.

PARTICIPANTE:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha/hora _____

Nombre y firma del investigador o persona que obtiene el consentimiento:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha/hora _____



Versión Aprobada: Marzo 15, 2022

CI: 732 Folio Identificador: 031

Copia sellada en archivo

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
Escala de Medición de Competencia Cultural para Estudiantes de Salud
Dirigido a: Estudiantes de la Lic. en Enfermería de la Universidad de Guanajuato

Título de proyecto terminal: Competencias interculturales para la atención de poblaciones indígenas. Una iniciativa educativa con estudiantes de enfermería en el estado de Guanajuato”

Fecha aprobación por el Comité de ética: 15 de marzo de 2022

Introducción/Objetivo

Estimado(a) Estudiante:

Mi nombre es **Karen Paulina Aguilera Rodriguez** soy estudiante **del Programa académico de la Maestría en Salud Pública con Área de Concentración en Ciencias Sociales y del Comportamiento** en el Instituto Nacional de Salud Pública y como parte de mi proyecto de titulación estoy realizando este estudio al cual tú has sido invitado a participar.

El estudio se realizará en la **Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra**. Si tú decides participar en el estudio, es importante que consideres la siguiente información. Siéntete libre de preguntar cualquier asunto que no te quede claro.

El propósito del estudio es: Desarrollar competencias interculturales para el proceso de salud/enfermedad/atención-prevención en estudiantes de enfermería de la Universidad de Guanajuato.

Te invito a participar ya que te encuentras cursando tu segundo año en la Lic. en Enfermería y obstetricia de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, y considero que el contenido de la entrevista y la iniciativa educativa pueden ser de utilidad en tu formación profesional.

Procedimientos:

El estudio en el que participaras consiste en una iniciativa educativa para el fomento de competencias interculturales. La cual consta de 3 fases: 1) Diagnostico, que permitirá conocer los conocimientos, percepciones y prácticas de las y los estudiantes de enfermería sobre la población indígena y las situaciones interculturales que se establecen. 2) Diseño e implementación del Curso-taller para el fomento de competencias culturales. 3) Evaluación del proceso y resultado de la iniciativa educativa.

Para la fase de evaluación de resultados se te pide participar en una **Escala de Medición de Competencia Cultural para Estudiantes de Salud** con el propósito de evaluar los diferentes niveles y dimensiones de la competencia cultural, que se abordó durante la iniciativa educativa.

Tú participación consistirá en:

- Participar en una escala de medición de competencia cultural la cual será auto aplicada y cuenta con 14 preguntas distribuidas en cuatro dimensiones.
- La evaluación durará alrededor de 10 minutos y abarcará varias preguntas sobre los siguientes temas: i) la necesidad de apreciar el efecto que ejercen los grupos socioculturales en nuestra visión de la realidad: ii) tres componentes básicos de la competencia cultural (sensibilidad,

conocimiento y habilidades); iii) el foco de la competencia cultural (individual, profesional, organizacional y social).

- La escala será realizada en colaboración con la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra.

Beneficios: Si tú aceptas participar, estarás colaborando con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y la Escuela de Salud Pública de México para la realización del Proyecto Terminal para el fomento de competencias interculturales en los estudiantes de enfermería para el proceso de salud/enfermedad/atención en población indígena.

Además, los resultados de este trabajo se darán a conocer y se pondrán a disposición de las autoridades de la Universidad de Guanajuato y de esta manera puedan identificar competencias que contribuyan a mejorar la calidad en la formación de los profesionales de enfermería a la hora de brindar atención en salud.

Confidencialidad: Toda la información que tú nos proporciones para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Tú quedarás **identificado(a)** con un número y no con tu nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrás ser **identificado(a)**.

Participación Voluntaria/Retiro: tu participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Tú estás en plena libertad de negarte a participar o de retirar tu participación del mismo en cualquier momento. tu decisión de participar o no en el estudio no implicará ningún tipo de consecuencia o afectará de ninguna manera tu desempeño académico.

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican tu participación en este estudio son de riesgo mínimo. Si alguna de las preguntas te hiciera sentir un poco **incomodo(a)**, tienes el derecho de no responderla. Tú no recibirás ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para ti.

Aviso de Privacidad integral: Como investigador/a principal de este estudio, **Karen Paulina Aguilera Rodríguez** soy responsable del tratamiento y resguardo de los datos personales que nos proporciones, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la **Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados**. Los datos personales que te solicitaremos serán utilizados exclusivamente para las finalidades expuestas en este documento, el cual puedes consultar en la página institucional del INSP en la siguiente liga: <https://www.insp.mx/transparencia-y-rendicion-de-cuentas/avisos-privacidad-insp.html>.

Tú puedes solicitar la corrección de tus datos o que tus datos se eliminen de nuestras bases o retirar tu consentimiento para su uso. En cualquiera de estos casos te pedimos dirigirte al investigador responsable del proyecto a la siguiente dirección de correo paulina.aguilera@insp.edu.mx.

Números a Contactar: Si tú tienes alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comunícate con el/la director/a del **Proyecto Terminal de Maestría:** Dr. Sergio Menses Navarro al correo electrónico sergio.meneses@insp.mx.

Si tienes preguntas generales relacionadas con tus derechos como participante de un estudio de investigación, te pedimos comunicarse con la presidente del Comité de Ética del INSP, Dra. Angélica Ángeles Llerenas, al teléfono (777) 329-3000 ext. 7424 de 9:00 am a 16:00 hrs. o si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico etica@insp.mx

Si tú aceptas participar en el estudio, te entregaremos una copia de este documento que te pedimos seas tan amable de firmar.

Declaración de la persona que da el consentimiento

- Se me ha leído esta Carta de consentimiento.
- Me han explicado el estudio de investigación incluyendo el objetivo, los posibles riesgos y beneficios, y otros aspectos sobre mi participación en el estudio.
- He podido hacer preguntas relacionadas a mi participación en el estudio, y me han respondido satisfactoriamente mis dudas.

Si tú entiendes la información que te hemos dado en este formato, estás de acuerdo en participar en este estudio, de manera total o parcial, y también estás de acuerdo en permitir que tu información de salud sea usada como se describió antes, entonces te pedimos que indiques tu consentimiento para participar en este estudio.

Registre su nombre y firma en este documento del cual le entregaremos una copia.

PARTICIPANTE:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha/hora _____

Nombre y firma del investigador o persona que obtiene el consentimiento:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha/hora _____



Versión Aprobada: Marzo 15, 2022

CI: 732 Folio Identificador: 031

Copia sellada en archivo

Anexo 6.

Contenido didáctico

Sesión 1. Diagnostico

Carta descriptiva "Yo sé diferente a ti, y tú sabes diferente a mí"					
Fecha	Subtema	Coordinador	Técnica o actividad dinámica	Recursos didácticos	Tiempo
09/05/2022	<p>Presentación inicial Diagnostico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de la EMCC-14 • Encuesta de percepción • Grupo focal 	<p>Se presenta la coordinadora y responsable del Proyecto Terminal.</p> <p>Presenta la iniciativa educativa, y establece los objetivos que se quieren lograr.</p>	<p>Presentación y bienvenida del Proyecto Terminal.</p> <p>Explicación de objetivos.</p> <p>Actividad: presentación por parejas / Tarjetas.</p> <p>Objetivo: presentarse y animación.</p> <p>Se les va a repartir tarjetas con el nombre de una planta medicinal y otras con su uso, deben emparejarse con las correctas hasta que todos queden en parejas. Deben conversar 5 minutos para intercambiar su nombre, sus intereses o algún dato que no sabían de su compañero para conocerlo finalmente dirán las expectativas que tienen sobre el curso en asamblea cada participante presenta a su pareja.</p> <p>Acuerdos de convivencia.</p> <p>Presentarles las cartas de consentimiento informado.</p> <p>Aplicación de instrumentos de diagnóstico.</p> <p>Actividad: Grupo focal /Grupo de discusión</p> <p>Obtener información primaria, sobre la percepción de los estudiantes de enfermería sobre las Personas, Pueblos y Comunidades Indígenas.</p>	<p>Presentación de Canva.</p> <p>EMCC-14 impreso</p> <p>Tarjetas con plantas medicinales y sus usos.</p> <p>Guía del grupo focal</p>	40 min

Sesión 2.

Carta descriptiva "Yo sé diferente a ti, y tú sabes diferente a mí"					
Unidad de aprendizaje: Perspectivas de los grupos socioculturales Competencia: Capacidad para reconocer y considerar los elementos que constituyen la identidad y contexto cultural de los individuos y grupos de población indígena, en el cual existen valores, creencias y prácticas determinadas, entre otros elementos del contexto social y ambiental que propicien la interacción asertiva entre usuarios y personal de salud.		Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> Reconocer los elementos que constituyen la identidad y contexto cultural de uno mismo y de los demás, en el cual existen valores, creencias y prácticas que determinan como los grupos interpretan su realidad. Deconstruir colectivamente el concepto de salud/enfermedad y el sistema de salud. Reconocer otras prácticas en salud y su importancia dentro de cada uno de los contextos culturales. 			
Conocimientos: Conceptos de cultura, identidad, cosmovisión; Elementos que conforman la identidad cultural; determinantes culturales y sus efectos en los conceptos de salud/ enfermedad y las diferentes formas de darle solución a estas necesidades.					
Habilidades: Capacidad para describir y analizar los elementos que conforman la construcción de la identidad propia y de la persona que interactúa, utilizando la herramienta dominada: "Flor de la identidad cultural"; Identificar las fortalezas de la diversidad en las expresiones culturales de la alimentación, la aplicación técnica, vivienda, trabajo, educación, salud y religión.					
Actitudes: Seguridad y confianza para describir su comprensión acerca de los elementos que confirman su identidad cultural y la de las personas con las que mantendrá y propiciará interacciones en los servicios de salud; Apertura para reconocer la existencia y aportes de otras expresiones e interpretaciones de la realidad como expresiones de la salud/enfermedades y sus formas de atender sus necesidades en salud.					
Fecha	Subtema	Coordinador	Técnica o actividad dinámica	Recursos didácticos	Tiempo
16/05/2020	Subtemas: - Elementos que constituyen la identidad personal, social, de género y finalmente la cultural.	<ul style="list-style-type: none"> Establece las reglas de convivencia. Establece el objetivo. Explicar las actividades didácticas: 1. Motivación inicial para centrar el tema:	Lluvia de ideas. Objetivo: poner en común el conjunto de ideas y percepciones que cada uno de los participantes tiene sobre lo que constituye la identidad y contexto cultural. y colectivamente llevar a una síntesis, conclusiones o acuerdos comunes.	<ul style="list-style-type: none"> Tarjetas con los diferentes componentes de la identidad cultural. 	120 min

	<ul style="list-style-type: none"> - Conceptos de cultura y sus elementos. - ¿qué es la cosmovisión? - Concepto de salud/enfermedad. - Población indígena en Guanajuato. 	<p>Ubicar le tema que se va a tratar.</p> <p>2. Utilizar las preguntas ¿Qué leímos, presentamos?</p> <p>3. Analizar más a fondo los elementos presentados en la técnica. ¿Qué pensamos sobre los elementos vistos o dichos?</p> <p>4. Relacionar los elementos con la realidad misma. ¿Qué relación tiene esto con la prestación de servicios de salud?</p> <p>5. Llegar a una conclusión o síntesis de lo discutido: ¿Qué conclusión podemos sacar? ¿Cómo resumimos lo discutido?</p>	<p>Se hace una o varias preguntas claras, que expresen el objetivo que se persigue. La pregunta debe permitir que los participantes puedan responder a partir de su realidad, de su experiencia. Se irán anotando las ideas dadas por los alumnos en orden o agrupándolas en categorías. Para después discutir las ideas que más se repitan o escoger aquellas ideas que resuman la opinión de la mayoría del grupo. Analizando cada idea, para posteriormente realizar un diagnóstico de la situación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Flor de la identidad cultural en papel. • Presentación de canva. • Plumones 	
--	--	--	---	---	--

Sesión 3

Carta descriptiva "Yo sé diferente a ti, y tú sabes diferente a mí"					
Unidad de aprendizaje: Componentes de la Competencia Cultural: Interculturalidad en Salud Competencia: Capacidad de establecer relaciones respetuosas equitativas y sinérgicas en el ámbito de la salud, considerando su desempeño en contexto multiculturales, urbanos o rurales, identificando e interactuando además con profesionales, terapeutas y usuarios de otras medicinas o modelos médicos en la atención en salud.			Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Conocer a nivel personal y profesional el concepto de interculturalidad en salud. • Reconocer los elementos que constituyen las situaciones y relaciones interculturales positivas. • Identificar los elementos básicos de la negociación intercultural. 		
Conocimientos: Identificar los elementos que definen una relación intercultural.					
Habilidades: Identificar sobre las propias creencias, actitudes, emociones y su influencia y comportamientos hacia otros grupos sociales. Reforzar el respeto y valoración de la diversidad cultural.					
Actitudes: Actitud abierta y respetuosa con las personas culturalmente diversa; Con una actitud crítica a las diferencias culturales y de género presentes en las instituciones de salud y en la población indígena. Defender su posición respetando los conceptos y prácticas culturales de su o sus interlocutores.					
Fecha	Subtema	Coordinador	Técnica o dinámica	Recursos didácticos	Tiempo
19/05/2022	<ul style="list-style-type: none"> • Interculturalidad en los servicios de salud • Elementos básicos de la negociación intercultural • Integración de la población indígena en los 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer el objetivo. • Explicar las actividades didácticas: <p>1. Motivación inicial para centrar el tema: Ubicar le tema que se va a tratar. ¿Qué es la interculturalidad? ¿elementos de una relación intercultural positiva?</p>	<p>Collage</p> <p>Objetivo: Representar en forma simbólica (imágenes) relaciones/ situaciones interculturales en la atención a la salud, el impacto social, influencia sociopolítica, inmigración.</p> <p>Desarrollo: 1.- Se les pide a los participantes que sobre el tema que se ha discutido en grupos, presenten sus opiniones y percepciones en forma de collage. 2.- Una vez elaborado el collage, cada grupo lo presenta al plenario, para realizar su codificación. 3.- Se le pide a alguno de los participantes que hagan una descripción de los elementos que están en el collage. 4.- Los</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recortes de revistas • Cartulinas blancas o de colores • Tijeras y Resistol 	120 min

	servicios de salud	<p>2. Utilizar las preguntas ¿Qué vimos?</p> <p>3. Analizar más a fondo los elementos presentados en la técnica. ¿Qué pensamos sobre los elementos vistos?</p> <p>4. Relacionar los elementos con la realidad misma. ¿Qué relación tiene esto con la prestación de servicios de salud?</p> <p>5. Llegar a una conclusión o síntesis de lo discutido: ¿Qué conclusión podemos sacar? ¿Cómo resumimos lo discutido?</p>	compañeros que han elaborado el collage, explican al plenario la interpretación que el grupo le había dado a cada imagen.		
--	--------------------	---	---	--	--

Sesión 4

<p>Carta descriptiva “Yo sé diferente a ti, y tú sabes diferente a mí”</p>	
<p>Unidad de aprendizaje: Estructuras sociales de desigualdad</p> <p>Competencia: Corresponde a la comprensión de las propias estructuras sociales que afectan las creencias, valores y actitudes y las formas para atender la salud y enfermedad. Se relaciona con el reconocimiento de los Determinantes Sociales de la Salud y su efecto en la herencia cultural, experiencias, reacciones emocionales hacia otros grupos culturales, prejuicios y estereotipos. Así como</p>	<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer situaciones que permitan comprender y atender con equidad y respeto a las personas que acuden a solicitar los servicios de salud, reconociendo sus DSS, así como sus formas de entender la salud y enfermedad, así como sus costumbres y tradiciones que los llevan a curarse de diferentes formas antes de llegar a los servicios de salud.

tambien la comprensión de las dimensiones del trato digno y los lineamientos interculturales.		<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las estructuras sociales de desigualdad a nivel personal, profesional y estructural. • Conocer las dimensiones del trato digno para poder aplicarlas de manera consciente al brindar atención en salud. 			
Conocimientos: Proveer cuidado de salud culturalmente pertinentes, el personal de salud debe lidiar con sus propios sesgos y nociones preconcebidas, representadas en prejuicios y estereotipos, así como contar con la información sobre como brindar un trato de calidad.					
Habilidades: Identificar sobre las propias creencias, actitudes, emociones y su influencia y comportamientos hacia otros grupos sociales. Reforzar y fundamentar el respeto y valoración de la diversidad cultural con indicadores del trato digno.					
Actitudes: Con respeto y apertura respecto a los conocimientos y prácticas de la medicina tradicional y medicinas alternativas y/o complementarias; Sin actitudes discriminatorias y soberbias respecto a terapeutas y usuarios de diferentes modelos médicos; Actitud proactiva en la aplicación de procedimientos resolutivos preferentemente no invasivos, en la atención de necesidades de salud.					
Fecha	Subtema	Coordinador	Técnica o dinámica	Recursos didácticos	Tiempo
24/05/2022	<ul style="list-style-type: none"> • Determinantes sociales de la Salud, estructuras sociales y las desigualdades. • Reacciones emocionales hacia otros grupos culturales, prejuicios y estereotipos. • Respeto y valoración de la diversidad cultural. 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer el objetivo. • Explicar las actividades didácticas: <p>1. Motivación inicial para centrar el tema: Ubicar le tema que se va a tratar. ¿Qué DSS identifican en cada caso? ¿Qué diferencias se encuentran en las prácticas de salud presentadas? ¿Qué actitudes representadas en prejuicios y estereotipos se presentaron? ¿identificas cuáles con las estructuras sociales? ¿Cómo las estructuras sociales de desigualdad condicionan las ideas racistas y</p>	<p>El juego de roles</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analizar las diferentes actitudes y reacciones que tiene el personal de salud frente a situaciones interculturales. - Reconocer los diferentes Determinantes Sociales de la Salud en las que se encuentra cada caso. - Reconocer prejuicios y estereotipos presentes asi como las estructuras sociales y sus desigualdades. <p>Desarrollo: Plantear una situación en concreto acerca de una situación intercultural. Representando los diferentes papeles con distintas formas de pensar. Representar las actitudes del personal de salud y de los usuarios, incluidas las características y formas de pensar de los participantes. Se realiza una historia o argumento para poder presentarse en orden, estableciendo la actitud y la reacción de los personajes.</p>	<p>3 casos para presentar en clase que correspondan a diferentes encuentros médicos interétnicos.</p> <p>Casos tomados de “Fragmentos de Meneses, Sergio, Semiótica de la otredad. Etnografía de</p>	120 min

		<p>discriminatorias y las relaciones de dominación en los servicios de salud?</p> <p>2. Utilizar las preguntas ¿Qué sentimos? ¿Qué paso?</p> <p>3. Analizar más a fondo los elementos presentados en la técnica. ¿Qué pensamos sobre los elementos vistos o dichos?</p> <p>4. Relacionar los elementos con la realidad misma. ¿Qué relación tiene esto con la prestación de servicios de salud?</p> <p>5. Llegar a una conclusión o síntesis de lo discutido: ¿Qué conclusión podemos sacar? ¿Cómo resumimos lo discutido?</p>		<p>los encuentros médicos interétnicos en los Altos de Chiapas.</p> <p>Llevar material para la caracterización de los alumnos.</p>	
--	--	--	--	--	--

Sesión 5

<p>Carta descriptiva “Yo sé diferente a ti, y tú sabes diferente a mí”</p>	
<p>Unidad de aprendizaje: Trato digno y lineamientos interculturales</p> <p>Competencia: Corresponde a la comprensión de las propias estructuras sociales que afectan las creencias, valores y actitudes y las formas para atender la salud y</p>	<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer situaciones que permitan comprender y atender con equidad y respeto a las personas que acuden a solicitar los servicios de salud,

<p>enfermedad. Se relaciona con el reconocimiento de los Determinantes Sociales de la Salud y su efecto en la herencia cultural, experiencias, reacciones emocionales hacia otros grupos culturales, prejuicios y estereotipos. Así como también la comprensión de las dimensiones del trato digno y los lineamientos interculturales.</p>		<p>reconociendo sus DSS, así como sus formas de entender la salud y enfermedad, así como sus costumbres y tradiciones que los llevan a curarse de diferentes formas antes de llegar a los servicios de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las estructuras sociales de desigualdad a nivel personal, profesional y estructural. • Conocer las dimensiones del trato digno para poder aplicarlas de manera consciente al brindar atención en salud. 			
<p>Conocimientos: Proveer cuidado de salud culturalmente pertinentes, el personal de salud debe lidiar con sus propios sesgos y nociones preconcebidas, representadas en prejuicios y estereotipos, así como contar con la información sobre como brindar un trato de calidad.</p>					
<p>Habilidades: Identificar sobre las propias creencias, actitudes, emociones y su influencia y comportamientos hacia otros grupos sociales. Reforzar y fundamentar el respeto y valoración de la diversidad cultural con indicadores del trato digno.</p>					
<p>Actitudes: Con respeto y apertura respecto a los conocimientos y prácticas de la medicina tradicional y medicinas alternativas y/o complementarias; Sin actitudes discriminatorias y soberbias respecto a terapeutas y usuarios de diferentes modelos médicos; Actitud proactiva en la aplicación de procedimientos resolutivos preferentemente no invasivos, en la atención de necesidades de salud.</p>					
Fecha	Subtema	Coordinador	Técnica o dinámica	Recursos didácticos	Tiempo
26/05/2022	<ul style="list-style-type: none"> • Trato digno • Lineamientos interculturales 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer el objetivo. • Explicar las actividades didácticas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Motivación inicial para centrar el tema: ¿Qué es el trato digno? 2. Analizar más a fondo los elementos presentados en la técnica. 3. Relacionar los elementos con la realidad misma. ¿Qué relación tiene esto con la prestación de servicios de salud? 4. Llegar a una conclusión o síntesis de lo discutido: 	<p style="text-align: center;">Caras y gestos</p> <p>Objetivo: Representar por medio de dibujos, mímica, o puestas en escena las ocho dimensiones así como los indicadores que integran el trato digno en los servicios de salud.</p> <p>Desarrollo: De manera individual cada estudiante pasara al frente y tomara una carta según las diferentes dimensiones del trato digno, para ser representada por medio de dibujos, mímica o puestas en escena, el indicador seleccionado para que el resto de los compañeros adivine lo adivine. El participante que junte más tarjeas será el ganador. Al finalizar se les pasara una serie de videos con testimonios de población indígena t</p>	<p>Tarjetas de diferentes colores según la dimensión de trato digno.</p> <p>Videos</p>	120 min

		¿Qué conclusión podemos sacar? ¿Cómo resumimos lo discutido?	su experiencia en los servicios de salud y su percepción sobre el trato digno.		
--	--	--	--	--	--

Sesión 6

Carta descriptiva "Yo sé diferente a ti, y tú sabes diferente a mí"					
Unidad de aprendizaje: Relación personal de salud-Población indígena receptora Competencia: Capacidad para establecer una escucha Intercultural en la interacción con las personas y los grupos humanos, permitiendo la expresión de sus ideas, sin distinción de edad, género, condición económica, religión, u otro tipo de identidades (Comunicación asertiva)			Objetivo: <ul style="list-style-type: none"> Establecer una comunicación respetuosa basada en la escucha y diálogo horizontal, tendiendo a una relación empática y sinérgica. 		
Conocimientos: Sensibilidad cultural, amigabilidad cultural, competencia intercultural, convalidación intercultural.					
Habilidades: Capacidad de establecer una comunicación respetuosa basada en la escucha y diálogo horizontal, tendiendo a una relación empática y sinérgica. Manejar situaciones de conflicto durante proceso comunicativos					
Actitudes: El estudiante se comportará con escucha respetuosa, actitud asertiva, y con una actitud proactiva.					
Fecha	Subtema	Coordinador	Técnica o dinámica	Recursos didácticos	Tiempo
30/05/22	<ul style="list-style-type: none"> Comunicación respetuosa 	<ul style="list-style-type: none"> Establecer el objetivo. Explicar las actividades didácticas: 	Ejercicios para la escucha activa: <ol style="list-style-type: none"> Visualización de la conversación: Se les pide pensar sobre una experiencia pasada en la 		120 min

	<ul style="list-style-type: none"> Actitud asertiva/proactiva (Atención centrada en el paciente) 	<ol style="list-style-type: none"> Motivación inicial para centrar el tema: ¿Qué es la comunicación? ¿Herramientas para una comunicación respetuosa? ¿Qué es el asertividad/proactividad? Utilizar las preguntas ¿Qué sentimos? ¿Qué paso? Analizar más a fondo los elementos presentados en la técnica. ¿Qué pensamos sobre los elementos vistos o dichos? Relacionar los elementos con la realidad misma. ¿Qué relación tiene esto con la prestación de servicios de salud? Llegar a una conclusión o síntesis de lo discutido: ¿Qué conclusión podemos sacar? ¿Cómo resumimos lo discutido? 	<p>que ellos presentaran alguna necesidad en salud, así como también imaginarse a quien quieren contarle. Una vez pensada la experiencia y la persona se les pide que imaginen cada uno de los detalles más importantes y porque inciden en ello, es decir los aspectos que quieren contar en profundidad. El coordinador pondrá dos situaciones hipotéticas en una donde la persona que te escucha te mira todo el tiempo, sonrío y hace gestos de acuerdo con la información que dices así como también se mantiene en silencio y atento. Ahora presentamos justo la situación contraria. La persona se muestra de forma indiferente, cortándote e interrumpiéndote constantemente. Te da consejos sin que se los pidas e incluso te sientes juzgada por sus palabras. Se reflexiona: ¿Cómo te sientes? ¿Qué tipo de comportamiento preferirías?</p> <ol style="list-style-type: none"> La historia: Formar parejas, con el objetivo de contarse mutuamente una historia, se le pedirá a uno aplicar las herramientas de una escucha activa y al otro representar los errores más comunes que tenemos al escuchar a alguien. 		
--	---	--	--	--	--

Proactividad

			<p>1. Habilidades asertivas Establecer diferentes situaciones en los servicios de salud en las que se les pide a los estudiantes presentar algunas herramientas para ser asertivos en la relación personal de salud-Población receptora de servicios.</p>		
--	--	--	--	--	--

Sesión 7

<p align="center">Carta descriptiva “Yo sé diferente a ti, y tú sabes diferente a mí”</p>					
<p>Unidad de aprendizaje: Cierre</p> <p>Competencia: El estudiante podrá internalizar los conceptos para llevarlos a la práctica en los servicios de salud ya sea en sus prácticas como en su vida profesional.</p>					
Fecha	Subtema	Coordinador	Técnica o dinámica	Recursos didácticos	Tiempo
06/06/22	Cierre	<ul style="list-style-type: none"> Establecer el objetivo. Explicar las actividades didácticas: <p>6. Motivación inicial para centrar el tema: 20 preguntas generadoras</p> <p>Llegar a una conclusión o síntesis de lo discutido: ¿Qué conclusión podemos sacar? ¿Cómo resumimos lo discutido?</p>	<p align="center">¿Qué sabemos?</p> <p>Objetivo: socializar el conocimiento que los participantes obtuvieron a lo largo del curso-taller.</p> <p>Preparación: Se utilizará un tablero como motivación para ir intercambiando ideas y opiniones. Se elaborarán unas 20 -30 preguntas sobre las percepciones socioculturales, los Determinantes Sociales de la Salud, estructuras sociales de la salud, trato digno, habilidades interpersonales (escucha activa, habilidades proactivas, etc.) Las preguntas se podrán contestar de forma individual o de manera</p>	<p>Materiales:</p> <p>Hoja de papel grande (30x50), tarjetas y dado.</p>	120 min

			<p>grupal, para ir avanzando en el tablero. Al llegar a la meta, se discutirán las respuestas dadas a lo largo de todo el juego.</p> <ul style="list-style-type: none">• Trabajo final: Se les pide escribir una propuesta para la integración de la población indígena a los servicios de salud.• Se le aplica la Escala de Medición de la Competencia cultural.• Escala de satisfacción como evaluación de proceso.		
--	--	--	---	--	--

