

Competencia intercultural en enfermería comunitaria: una etnografía focalizada sobre la articulación con medicina tradicional

Intercultural competence in community nursing: a focused ethnography on the articulation with traditional medicine



Olivera-Carrasco H^{1*}, **Santiago-Martínez, S²**, **Rico-Montoya NA³**.

1. Coordinador de Enseñanza de Enfermería, Dirección General de Coordinación de Operaciones y Enlace Sectorial, Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad; Ciudad de México, México.

2. Docente Investigadora, Laboratorio de Investigación en Ciencias Sociales e Interculturalidad, Universidad Nacional Rosario Castellanos, Ciudad de México, México.

3. Docente Investigadora, Laboratorio de Investigación en Ciencias Sociales e Interculturalidad, Universidad Nacional Rosario Castellanos, Ciudad de México, México.

RESUMEN

Introducción. En México, las comunidades indígenas conservan sus sistemas médicos tradicionales que coexisten con el modelo biomédico, pero cuya articulación sigue siendo limitada, lo que repercute en la calidad y la pertinencia cultural de la atención. La enfermería comunitaria, por su cercanía con la población y su rol educativo, constituye un agente clave para fortalecer el cuidado culturalmente competente en la prevención, detección y control de enfermedades crónicas. Sin embargo, persisten barreras lingüísticas, epistémicas y de reconocimiento institucional hacia la medicina tradicional, lo que limita el acceso a servicios de salud con pertinencia cultural. **Objetivo.** Analizar las prácticas y necesidades formativas del personal de enfermería comunitaria para impulsar la competencia intercultural y favorecer la articulación con la medicina tradicional en contextos indígenas. **Metodología.** Se realizó una etnografía focalizada, en una comunidad indígena del municipio de Acatlán de Pérez Figueroa, Oaxaca, mediante observación participante, y entrevistas semiestructuradas a enfermeras comunitarias con amplia trayectoria profesional. Los datos se analizaron mediante la codificación inductiva y triangulación metodológica, garantizando los principios éticos de la Declaración de Helsinki. **Resultados.** Los hallazgos evidenciaron que las enfermeras implementan estrategias adaptativas – uso de intérpretes comunitarios, materiales visuales con referentes locales y actividades lúdicas – que facilitan la comunicación intercultural, aunque sin respaldo institucional. Asimismo, expresaron interés en fortalecer la cooperación con agentes tradicionales de salud. **Conclusiones.** La enfermería comunitaria en contextos indígenas requiere una formación decolonial orientada a la competencia lingüística, el diálogo de saberes y la mediación intercultural. La falta de políticas institucionales que promuevan esta articulación reproducen un paradigma monocultural que impide consolidar una atención culturalmente apropiada, coherente con los valores, lenguas y prácticas de las comunidades. Con base en estos hallazgos, se propone una estrategia formativa crítica y decolonial que fortalezca el liderazgo de enfermería como puente entre la medicina tradicional y el modelo biomédico.

Autor(a) de

Correspondencia:

Olivera-Carrasco, H.
Coordinador de Enseñanza de Enfermería, Dirección General de Coordinación de Operaciones y Enlace Sectorial, Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, Secretaría de Salud; Ciudad de México, México.
correo electrónico: coordinacion.hfr21@gmail.com

Citar como:

Olivera-Carrasco, H, Santiago-Martínez, S, Rico-Montoya, NA. Competencia intercultural en enfermería comunitaria: una etnografía focalizada sobre la articulación con medicina tradicional *Rev CONAMED*. 2025;30(4): 204-217.

Fecha de recepción:

25 de agosto de 2025

Fecha de aceptación:

29 de octubre de 2025

Palabras clave: enfermería comunitaria; competencia cultural; medicina tradicional; atención primaria de salud; enfermedades crónicas.

ABSTRACT

Introduction. In Mexico, indigenous communities preserve their traditional medical systems, which coexist with the biomedical model, but whose articulation remains limited, affecting the quality and cultural relevance of care. Community nursing, due to its proximity to the population and its educational role, is a key agent in strengthening culturally competent care in the prevention, detection, and control of chronic diseases. However, linguistic, epistemic, and institutional recognition barriers to traditional medicine persist, limiting access to culturally relevant health services. **Objective.** To analyze the practices and training needs of community nursing staff to promote intercultural competence and encourage coordination with traditional medicine in indigenous contexts. **Methodology.** A focused ethnography was conducted in an indigenous community in the municipality of Acatlán de Pérez Figueroa, Oaxaca, through participant observation and semi-structured interviews with community nurses with extensive professional experience. The data were analyzed using inductive coding and methodological triangulation, ensuring compliance with the ethical principles of the Declaration of Helsinki. **Results.** The findings showed that nurses implement adaptive strategies—use of community interpreters, visual materials with local references, and recreational activities—that facilitate intercultural communication, although without institutional support. They also expressed interest in strengthening cooperation with traditional health agents. **Conclusions.** Community nursing in indigenous contexts requires decolonial training focused on linguistic competence, dialogue of knowledge, and intercultural mediation. The lack of institutional policies that promote this articulation reproduces a monocultural paradigm that prevents the consolidation of culturally appropriate care consistent with the values, languages, and practices of the communities. Based on these findings, a critical and decolonial training strategy is proposed to strengthen nursing leadership as a bridge between traditional medicine and the biomedical model.

Keywords: community health nursing; cultural competency; traditional medicine; primary health care; chronic disease.

INTRODUCCIÓN

En México, las comunidades indígenas conservan sistemas médicos tradicionales que representan no solo un recurso terapéutico, sino también un pilar de identidad cultural, cohesión social y transmisión intergeneracional de saberes ancestrales.¹ Estos sistemas comprenden modos distintos de percibir, entender y cuidar la salud-enfermedad, vinculados al territorio, la espiritualidad, el entorno natural y la comunidad, y constituyen una forma legítima de conocimiento y práctica médica.² En muchas comunidades rurales y de difícil acceso, estos sistemas continúan siendo la primera opción de atención para amplios sectores de la población, coexistiendo de manera paralela con los servicios institucionales de salud.^{1,3} Sin embargo, la articulación efectiva entre la medicina tradicional y el modelo biomédico —aun fuertemente influido por un enfoque biologicista y monocultural— mantiene una posición hegemónica que invisibiliza o subordina los saberes locales.⁴ Esta falta de reconocimiento restringe la pertinencia cultural y lingüística al derecho a la salud, afectando la accesibilidad, adherencia terapéutica y aceptación del cuidado.^{3,4}

En el marco de los servicios de atención primaria de salud, la enfermería comunitaria constituye un eje estratégico por su cercanía con las personas, su capacidad de generar vínculos de confianza y su rol como agente educativo y mediador cultural.^{3,5} Sin embargo, diversas investigaciones señalan que el personal de enfermería carece frecuentemente de una formación intercultural robusta que les permita integrar de manera efectiva las cosmovisiones, prácticas y saberes propios de la medicina tradicional en sus intervenciones clínicas y de promoción de la salud.⁵

La enfermería comunitaria se define como la disciplina que aplica cuidados directos e indirectos a individuos, familias y comunidades con el fin de promover, mantener y restaurar la salud de la población, fomentando la participación comunitaria. El personal de enfermería comunitaria requiere desarrollar competencias interculturales, entendidas como el conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que permiten ofrecer un cuidado congruente con las creencias, valores y prácticas culturales de los usuarios.^{5,6}

El enfoque de la enfermería comunitaria transita de un paradigma monocultural hacia una ecología de saberes, capaz de dialogar con la

diversidad de conocimientos y cosmovisiones. Este enfoque reconoce que existen múltiples formas de construir conocimientos, y que las concepciones de salud-enfermedad en los pueblos indígenas se encuentran profundamente ligadas al territorio, la memoria, la biodiversidad y la cosmovisión. Reconocer la diversidad contribuye a mejorar la calidad y pertinencia del derecho a la salud intercultural, respaldado por marcos normativos nacionales e internacionales que garantizan la atención conforme a lengua materna y con pertinencia cultural.⁶

En este sentido, la teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado de Madeleine Leininger plantea que el cuidado debe adaptarse a las características culturales del grupo atendido, promoviendo la preservación, negociación o reestructuración de las prácticas culturales para lograr una atención segura y aceptada.⁶

En la atención de las personas con enfermedades crónicas en comunidades indígenas, los desafíos se acentúan debido a la brecha sanitaria, las barreras lingüísticas y las diferencias en las cosmovisiones sobre el proceso salud-enfermedad.¹ Aunque algunas instituciones han incorporado elementos de interculturalidad, estos resultan insuficientes; se requieren nuevos mecanismos institucionales que fortalezcan el vínculo entre la medicina tradicional, la enfermería comunitaria y el modelo biomédico, bajo un marco de interculturalidad crítica.⁷

El verdadero reto no radica únicamente en la adaptación cultural, sino en la construcción de puentes dialógicos que reconozcan la validez de los saberes ancestrales y promuevan un aprendizaje mutuo entre ambos sistemas médicos.^{1,8} De esta manera, la enfermería comunitaria puede contribuir no solo a mejorar la calidad del cuidado, sino también a garantizar el derecho de los pueblos indígenas a una atención con pertinencia cultural y lingüística, en concordancia con la legislación mexicana y los instrumentos internacionales sobre los derechos de los pueblos indígenas.^{6,9,10}

En este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo analizar las prácticas y necesidades formativas del personal de enfermería comunitaria para fortalecer su competencia intercultural y el reconocimiento de la medicina tradicional en los servicios de atención primaria, contribuyendo a mejorar la calidad y la pertinencia cultural de los cuidados.

CONTEXTO DEL ESTUDIO

La investigación se realizó en una comunidad indígena del municipio de Acatlán de Pérez Figueroa, Oaxaca, caracterizada por la coexistencia de sistemas médicos tradicional y biomédico para la atención de los procesos de salud y enfermedad, altos índices de marginación y uso predominante de lengua originaria en la vida cotidiana.^{3,4,11} Este entorno resultó idóneo para explorar procesos de mediación cultural y ecología de saberes en los servicios de atención primaria de salud.

Se encontró que, la comunidad dispone de una casa de salud en la que se proveen servicios básicos de salud, como son consulta de medicina general, programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. La infraestructura consta de un consultorio, sala de espera, sala de expulsión y un sanitario con letrina. El equipo de salud está conformado por un médico, dos enfermeras comunitarias y un promotor de la salud. Entre los principales problemas de salud que afectan a la población destacan las infecciones gastrointestinales, parasitarias, respiratorias y cutáneas, consideradas enfermedades básicas, así como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, clasificadas como enfermedades crónicas.¹¹

Comprender los servicios de la enfermería comunitaria desde una perspectiva intercultural permitió identificar los retos, desafíos y vacíos que existen en la formación de futuros profesionales de enfermería, necesarios para otorgar a las poblaciones históricamente excluidas y racializadas el ejercicio efectivo de su derecho a la salud con enfoque intercultural.

METODOLOGÍA

Se desarrolló un estudio cualitativo con enfoque etnográfico focalizado,^{4,12,13} y situado por su capacidad para comprender, desde una perspectiva holística, las interacciones, significados y prácticas culturales que configuran el ejercicio de la enfermería comunitaria en contextos indígenas. Este enfoque permitió analizar cómo el personal de enfermería interpreta, media y reconfigura su práctica profesional frente a los saberes de la medicina tradicional y los sistemas institucionales de atención.^{4,12}

La etnografía focalizada se eligió por su potencial para ofrecer una comprensión densa y

situada de fenómenos culturales específicos, en escenarios delimitados y en periodos temporales acotados del campo de la salud.^{12,13} A diferencia de la etnografía clásica de larga duración, esta modalidad se centra en eventos, interacciones y significados que emergen en torno a un tema concreto: la competencia intercultural en la práctica enfermera. Este diseño permitió recuperar las voces de las enfermeras comunitarias como agentes culturales, comprender los procesos de mediación entre saberes biomédicos y tradicionales, y documentar las estrategias empleadas para brindar cuidados culturalmente pertinentes.

El rol de investigador se desarrolló bajo la modalidad de observador participante, implicado en el contexto pero con plena conciencia reflexiva, reconociendo sus propios marcos de referencia y evitando la imposición de un paradigma monocultural.¹⁴ Esto implicó que la observación se realizara desde una postura dialógica, orientada al respeto y validación de la diversidad epistémica.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se emplearon dos técnicas complementarias: la observación participante y entrevistas semiestructuradas.

a) Observación participante, la cual constituyó la técnica central de campo, ya que permitió captar matices culturales y relacionales no verbalizados del cuidado: gestos, silencios, actitudes y dinámicas relacionales entre enfermeras, pacientes y agentes tradicionales.^{13,14} Esta técnica favoreció la comprensión de las prácticas implícitas, los códigos simbólicos de interacción y la manera en que se negocian los significados del cuidado en entornos interculturales.

Se realizaron observaciones durante la jornada de salud, consultas en la casa de salud y actividades educativas. Se registraron interacciones entre enfermeras, población y agentes de salud tradicionales, integrando los datos en diarios de campo que incluyeron descripciones densas, fragmentos de diálogo y reflexiones analíticas preliminares. Este registro permitió contrastar los discursos institucionales sobre interculturalidad con las prácticas reales de cuidado, revelando la brecha entre la normatividad y la experiencia cotidiana.^{7,11}

b) Entrevistas semiestructuradas, como técnica complementaria, se realizaron entrevistas en profun-

dididad a dos enfermeras comunitarias con más de 20 años de experiencia en la región, seleccionadas mediante muestreo intencional por su conocimiento del contexto, dinámicas interculturales y estrategias educativas.^{11,13} Estas informantes clave permitieron comprender las estrategias de articulación entre medicina tradicional y modelo biomédico, así como los factores que favorecen o limitan la competencia intercultural en su práctica cotidiana.

Para guiar las entrevistas se elaboró un guion flexible de 10 preguntas abiertas, que permitió explorar las siguientes interrogantes centrales: (*Anexo 1*)

1. ¿Me puede platicar de usted y de su actividad como enfermera (o) comunitaria?
2. ¿Me puede platicar cómo es la comunidad en donde usted trabaja, a qué se dedica la población, como es el gobierno, sus tradiciones, la lengua y escuelas?
3. ¿Cuáles son las enfermedades o padecimientos principales que padece la población?
4. ¿Cuáles son los medios a los que acuden las personas para la atención de su salud?
5. ¿Cómo entabla una conversación con las personas que hablan la lengua indígena?
6. ¿Qué dificultades enfrenta para promover educación para la salud a las personas que hablan la lengua indígena?
7. ¿Qué prácticas educativas y didácticas utiliza para educar a la población?
8. ¿Cómo se vinculan los servicios de salud con las prácticas de la medicina tradicional que se proporciona por las parteras, curanderas o médicos tradicionales?
9. ¿Cómo se dan los momentos de retroalimentación de sus explicaciones con los saberes tradicionales?
10. ¿Cómo podría usted impulsar el reconocimiento de la interculturalidad y las cosmovisiones del cuidado de la salud de la población?

Las entrevistas se realizaron por videollamada, con una duración promedio de 50 minutos, y se grabaron

con consentimiento informado verbal. Fueron transcritas de manera literal y posteriormente analizadas.

ESTRATEGIAS DE ANÁLISIS

El análisis se realizó siguiendo los principios de la codificación temática inductiva,¹¹ desarrollada en cinco fases:

1. Lectura reiterada de transcripciones y diarios de campo.
2. Identificación de unidades de significado emergentes.
3. Agrupación de códigos en categorías temáticas mediante comparación constante.
4. Integración de marcos teóricos de Leininger y Freire.^{6,10}
5. Interpretación final a través de triangulación metodológica, contrastando observaciones, entrevistas y documentos comunitarios.

La saturación teórica se alcanzó cuando no emergieron nuevas categorías relevantes. El análisis mantuvo una orientación reflexiva constante, en la que el investigador evaluó sus propios supuestos culturales y profesionales, garantizando rigor interpretativo y validez interna.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se desarrolló conforme a los principios de la Declaración de Helsinki,¹⁵ y la normativa nacional mexicana en materia de investigación en salud. Los participantes otorgaron consentimiento informado verbal, resguardándose la confidencialidad y el anonimato mediante códigos alfanuméricos. Los registros se almacenaron en dispositivos cifrados, se evitó alterar el entorno cultural o interferir en las dinámicas tradicionales de cuidado, preservando los principios de no maleficencia y respeto intercultural.

ENFOQUE TEÓRICO

La enfermería es una disciplina que se encuentra dentro del universo de las ciencias de la salud, sin embargo, no se limita al estudio de lo biológico, sino que se inserta en el ámbito de lo humano, lo cultural y lo social.² Su objeto de estudio el cuidado abarca la dimensión biológica, psicológica, ética y simbólica que varían según el contexto histórico y sociocultural.² En este sentido, la enfermería

comunitaria busca promover, mantener y restaurar la salud de la población desde un enfoque participativo, reconociendo los determinantes sociales y culturales que influyen en el bienestar colectivo.¹³

A diferencia de la práctica clínica hospitalaria, la enfermería comunitaria se fundamenta en la proximidad, el diálogo y la mediación cultural, estableciendo vínculos horizontales con las comunidades y reconociendo a las personas como sujetos activos de su proceso salud-enfermedad.³ Este modelo transita desde una visión asistencialista hacia un enfoque emancipador del cuidado, donde la enfermera se convierte en agente educativo, promotora de salud y mediadora intercultural.

La comprensión de la competencia intercultural en este estudio se sustentó en dos enfoques teóricos complementarios:

1. Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural de Madeleine Leininger.

Leininger argumenta que es indispensable respetar y aceptar las diferencias culturales, aplicar la sensibilidad para entender cómo estas diferencias influyen en las relaciones, y la capacidad de desarrollar modalidades de cuidado que mejoren los encuentros culturales.⁶ Su teoría sostiene que las prácticas de salud y las decisiones sobre el cuidado deben estar en armonía con los valores, creencias y modos de vida de las personas a quienes se atiende. Para ello, el profesional debe identificar qué elementos culturales pueden preservarse, adaptarse o negociarse a fin de promover el bienestar sin imponer modelos externos.

En contextos indígenas, esta perspectiva adquiere una relevancia particular pues el proceso salud-enfermedad se encuentra profundamente vinculado con la cosmovisión, la espiritualidad, el territorio y la comunidad. Aplicar la teoría de Leininger en la enfermería comunitaria implica reconocer que cada cultura posee sistemas de cuidado propios, articulados con sus recursos simbólicos, naturales y sociales.^{6,16}

En este estudio, la teoría de Leininger permitió interpretar las prácticas y estrategias de las enfermeras comunitarias como expresiones situadas de cuidado cultural, en las que se materializa la negociación entre la biomedicina institucional y los saberes de la medicina tradicional. Además, funcionó como guía para analizar cómo las profesionales

reconstruyen su rol desde la sensibilidad cultural, la empatía y la ética del respeto a la diferencia.

2. Educación Dialógica y Pedagogía Crítica de Paulo Freire.

Freire,¹⁰ concibe la educación como un proceso liberador, donde las personas son sujetos activos capaces de transformar su realidad mediante la reflexión y la acción. En el ámbito de la salud, la educación dialógica se manifiesta en la relación horizontal entre profesional y comunidad, en la que ambos aprenden y enseñan mutuamente.

Desde esta visión, la enfermería comunitaria no solo transmite información biomédica, sino que facilita procesos de coaprendizaje y de construcción colectiva del conocimiento. Este enfoque se traduce en prácticas educativas que integran la cosmovisión local, el idioma indígena y los saberes ancestrales como recursos pedagógicos y terapéuticos.

La integración de la pedagogía crítica en la práctica de enfermería permite decolonizar los procesos formativos, desafiando la visión eurocéntrica del cuidado y recuperando el conocimiento ancestral como fuente legítima de aprendizaje. Así, el cuidado se entiende no solo como intervención clínica, sino como un acto político y cultural que contribuye a la justicia epistémica y a la equidad en salud.^{8,10}

Estos marcos facilitaron el reconocimiento de la interculturalidad como un proceso de negociación y construcción compartida de significados.

Ambos enfoques Leininger y Freire convergen en la idea de que el cuidado es una relación ética, dialógica y culturalmente situada. Mientras que Leininger proporciona el sustento epistemológico del respeto a la diversidad cultural, Freire ofrece la metodología pedagógica para materializar ese respeto en prácticas diarias transformadoras.

Desde esta articulación teórica, la competencia intercultural se entiende no como un conjunto de habilidades técnicas, sino como un proceso reflexivo, ético y político que implica:

- Comprender las relaciones de poder entre sistemas médicos.
- Reconocer la legitimidad del saber tradicional.
- Construir espacios de aprendizaje mutuo y corresponsabilidad.

Este marco teórico permitió analizar cómo las enfermeras comunitarias operan como mediadoras culturales entre la medicina tradicional y el modelo biomédico, transformando la práctica del cuidado en un acto de justicia epistémica y equidad social.^{8,10}

RESULTADOS

El análisis temático inductivo,¹² permitió la construcción de cuatro categorías centrales que sintetizan las experiencias, percepciones y prácticas relatadas por las enfermeras comunitarias en torno a la competencia intercultural y su vinculación con la medicina tradicional en el ámbito de los servicios de atención primaria de salud. Estas categorías muestran la manera en que las enfermeras negocian significados, adaptan sus estrategias y reinterpretan su rol dentro de un sistema de salud predominantemente biomédico.

1. Reconocimiento del contexto sociocultural como eje del cuidado

Las participantes subrayaron que conocer las características socioculturales, lingüísticas y económicas de la comunidad es la base para diseñar intervenciones de salud culturalmente pertinentes.⁶ La planificación en salud comunitaria implica indagar saberes y prácticas de cuidados de la salud de acuerdo con las cosmovisiones y legados de las comunidades, pues en cada comunidad existen saberes milenarios de la medicina tradicional y que han sido transmitidos de generación a generación. Cuando éstos son reconocidos y valorados por el personal de enfermería existen nuevas relaciones que configuran diálogos interculturales entre las sabedoras y los sabedores de la medicina tradicional y las enfermeras. Sin embargo, hay que especificar que el personal de enfermería es un profesional capaz de generar procesos participativos comunitarios para ajustar y en su caso adecuar las intervenciones de salud los cuales influyen en la aceptación de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como en la adherencia terapéutica de acuerdo con el contexto sociocultural.

Estos hallazgos coinciden con los principios de la "*Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural de Leininger*";⁶ que plantea que el cuidado debe ser culturalmente adecuado con los valores y estilos de vida del grupo atendido, a fin de evitar la imposición cultural y el etnocentrismo, que podrían provocar choques y conflictos culturales

entre los usuarios y el personal de enfermería. En este estudio, el reconocimiento del contexto se consolidó como una competencia intercultural fundamental que orienta la práctica profesional hacia la justicia cultural y la equidad sanitaria.

2. Estrategias de comunicación adaptadas a hablantes de lenguas originarias

El uso de la lengua es un puente comunicativo que coadyuva a entender las acciones y conocimientos que las personas de la comunidad realizan en su vida cotidiana. La lengua es también un referente que permite comprender y entender significados que las personas de una cultura construyen de acuerdo con su cosmovisión, es, además, las formas de nombrar el mundo. Considerar la lengua un puente comunicativo posibilita la comprensión de dos mundos totalmente distintos.

En el ámbito de la salud, el uso de la lengua con pertinencia lingüística es un derecho que tienen las comunidades y pueblos indígenas, cuando el derecho lingüístico es violentado por alguna institución es reflejo del racismo estructural que agudiza las desigualdades sociales a poblaciones históricamente excluidas. Aunque existen experiencias en que incorporan a hablantes de lenguas indígenas para garantizar la accesibilidad y asequibilidad a la población al derecho a la salud, no es suficiente, pues se necesitan de formación de intérpretes de lenguas indígenas, esto implica, generar procesos en el desarrollo de técnicas, modalidades y métodos de interpretación en el ámbito de la salud, por lo que ser hablante de lengua indígena no hace a la persona interprete en su lengua.⁷ En las entrevistas, las enfermeras resaltaron que la traducción literal institucional no garantiza la comprensión del mensaje, dado que ciertos conceptos biomédicos carecen de equivalentes directos en lengua indígena. Para subsanar la ausencia de formación de intérpretes, recurrieron a explicaciones situadas en la cosmovisión local, integrando ejemplos y analogías propias del contexto, en sintonía con un enfoque de diálogo de saberes.¹⁷ Frente a estas barreras, implementaron estrategias comunicativas innovadoras, entre ellas: el uso de intérpretes comunitarios elegidos por consenso local; materiales visuales elaborados con referentes culturales propios; actividades lúdicas y dramatizaciones en lengua originaria para educación en salud.

Estas estrategias buscaron promover el diálogo sobre la importancia de comprender la salud desde el ámbito biomédico sin dejar de lado la medicina tradicional, como se evidencia en los siguientes extractos de las entrevistas, realizadas durante el estudio.

• Experiencia como Enfermera Comunitaria:

"Primero, cuando llegamos a la comunidad tuvimos que nombrar a un traductor que la misma comunidad eligió, en acuerdo con las autoridades de ahí. Con ello, nosotros empezamos a detectar de qué religión son, que tipo de medicamentos consumen o cuál es su cosmovisión de su comunidad, cuántas parteras, hierberos, hueseros, incluso hasta brujos. Estas comunidades tenían una, dos o tres personas que atendían partos, tenían al curandero o curandera que cuando les picaba una víbora les daban un ungüento o cuando se enfermaba del estómago les daban un té. Cuando nosotros llegamos hace 22 años, las personas no se dejaban vacunar, no se dejaban revisar las mujeres, entonces tuvimos que unirnos con el pastor de la comunidad, con el cura de la iglesia, visitar a los curanderos, a los hierberos para que ellos nos apoyaran". (E01).¹¹

• Formas de Comunicación con personas de lengua indígena:

"El promotor organiza los talleres y busca al traductor, nosotras las enfermeras damos los talleres, con el apoyo de rotafolios de papel bond, se ilustra con personajes con vestimenta de la comunidad" (E01). "Yo tengo una auxiliar, que es una señora de la comunidad que traduce en su lengua, cuando yo empiezo a hablar o explicándoles, les empieza a hablar en su lengua, ella les comenta" (E02).¹¹

• Dificultades para promover la educación para la salud a las personas de lengua indígena:

"La lengua es la barrera más importante, porque yo no hablo la lengua indígena, los adultos mayores son a los que se les dificulta hablar el español, solo un 20% habla español, tanto hombres como mujeres, con los jóvenes había un poco de dificultad para enseñarles sobre los métodos de planificación familiar, ellos ponían su barrera de que no necesitaban ese tipo de métodos, pero les explicamos a través de ilustraciones, de folletos informativos" (E02).¹¹

• Uso de prácticas educativas y estrategias pedagógicas:

“Usamos rotafolios para explicar a la gente, en los talleres hacemos muchos juegos, hacemos dos ruedas en sentido del reloj, y cantamos una canción de diabetes que escribieron ellas mismas, el juego de las sillas, con las mamás jóvenes llevamos un muñeco para enseñarles a vestir y enseñar a amamantar, la papa caliente, la lotería con imágenes que representan a las personas enfermas, con temas de hipertensión y diabetes donde tienen que explicar los síntomas que observan en las personas, fichas de alimentos para enseñarles a combinar alimentos, desafortunadamente desde la pandemia ya no hemos hecho este tipo de reuniones, la gente dejó de acudir, la jurisdicción nos dio unos folders con información para educación para la salud, pero nosotros no lo pudimos implementar porque no estaba hecho para la lengua indígena, nos dio muchas ideas pero no lo pudimos aplicar” (E01).¹¹

Este resultado refleja un avance concreto en la implementación del derecho lingüístico en salud, entendido como el derecho de las comunidades a recibir atención en su lengua y con pertinencia cultural.^{8,17} Sin embargo, también evidencia la ausencia de políticas estructuradas que garanticen la profesionalización de intérpretes de lenguas indígenas en el sistema de salud, un vacío que perpetúa la inequidad lingüística y cultural. Reconocer la salud como un derecho humano requiere adaptarla a los contextos socioculturales y lingüísticos, superando los patrones monoculturales de la medicina biomédica hacia un acceso a la salud informada y adecuada a las necesidades y problemáticas que viven las comunidades.

3. Ausencia de articulación formal con la medicina tradicional

Las enfermeras reconocieron la vigencia, eficacia y legitimidad social de los saberes y prácticas de la medicina tradicional incluyendo el trabajo de curanderos, parteras y hueseros, pero señalaron la inexistencia de mecanismos institucionales de colaboración.^{3,4} Las interacciones actuales con agentes tradicionales ocurren de forma ocasional e informal, sustentadas en relaciones de confianza interpersonal, sin respaldo de protocolos o estrategias oficiales.

Esta situación limita la continuidad del cuidado, debilita la coordinación interinstitucional y mantiene un modelo de atención fragmentado

y biologicista.⁴ No obstante, se evidenció un avance cualitativo: el reconocimiento mutuo entre enfermeras y agentes tradicionales como actores complementarios en el proceso de salud-enfermedad. Este reconocimiento representa un paso hacia la interculturalidad crítica, en la que el diálogo de saberes comienza a configurarse de manera horizontal, aunque todavía carece de formalización operativa.

4. Necesidades formativas para fortalecer la competencia intercultural

Las participantes reportaron una insuficiencia en su formación profesional para abordar la diversidad cultural de forma sistemática. Identificaron vacíos en el currículo de enfermería y en los programas de capacitación laboral sobre interculturalidad, principalmente en tres áreas:

- Aprendizaje funcional de lenguas originarias.
- Conocimientos sobre prácticas de terapias tradicionales y fundamentos simbólicos.
- Aplicación de estrategias de educación para la salud con pertinencia cultural.³

Coincidieron en que los espacios de formación actuales mantienen una visión eurocéntrica, donde los saberes tradicionales son tratados como anecdóticos o marginales. Propusieron que un currículo de capacitación decolonizado, orientado por la pedagogía crítica,^{18,19} permitiría construir puentes sólidos entre el conocimiento biomédico y el saber ancestral, favoreciendo intervenciones más aceptadas, sostenibles y culturalmente legítimas.

Sin embargo, este estudio mostró un progreso tangible respecto a la independencia profesional y la innovación pedagógica de las enfermeras comunitarias, quienes han estado creando sus propios materiales didácticos y ajustando sus modos de trabajo a los recursos disponibles en su entorno laboral. No obstante, subrayaron la necesidad de respaldo institucional para construir sobre esos esfuerzos políticas de formación permanentes y sistematizadas.

En general, las cuatro categorías muestran que las enfermeras comunitarias actúan como mediadoras entre dos racionalidades, la biomédica y la tradicional. Su pedagogía cotidiana implica fusionar el respeto cultural, la innovación pedagógica y una ética del cuidado para crear un modelo práctico emergente de competencia intercultural. Aunque

los avances señalados son resultado del apoyo comunitario, su fortalecimiento depende de políticas públicas que consideren la interculturalidad no como un discurso, sino como un principio estructural de los servicios de salud.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio muestran que la competencia intercultural en enfermería comunitaria trasciende las habilidades técnicas y comunicativas, al ampliar una transformación estructural del paradigma del cuidado en contextos indígenas.^{1,2} La ausencia de articulación formal con la medicina tradicional revela la persistencia de un paradigma monocultural en las políticas de salud, donde el enfoque biologicista privilegia un modelo único de atención y subordina los saberes locales a estándares biomédicos.^{3,4} Este fenómeno se vincula con lo que Boaventura de Sousa Santos denomina racismo epistémico, entendido como la deslegitimación sistemática de conocimientos, prácticas y cosmovisiones que no se ajustan a la racionalidad eurocéntrica dominante.⁸

Desde la perspectiva de la "*Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural de Leininger*", la comprensión de los valores, creencias y prácticas de la población no solo enriquece el cuidado, sino que orienta la toma de decisiones sobre qué elementos preservar, adaptar o negociar para lograr una atención congruente con el contexto cultural.⁶ Esta teoría permitió interpretar que las enfermeras participantes actúan como mediadoras entre dos sistemas de pensamiento: el biomédico y el tradicional, desarrollando estrategias de negociación simbólica y operativa para sostener la confianza y la aceptación comunitaria.^{6,10}

La categoría de reconocimiento del contexto sociocultural enfatiza la relevancia de la ecología de saberes como propuesta para construir puentes entre la ciencia biomédica y los sistemas médicos tradicionales.^{6,8} La ecología de saberes propuesta por de Souza Santos,⁸ y Menéndez,⁷ plantea un marco para construir puentes epistemológicos entre la ciencia y la tradición, superando la dicotomía entre lo moderno y lo ancestral. Este enfoque permitiría que las estrategias de educación en salud se nutran tanto de la evidencia científica como de las culturas y prácticas de la medicina tradicional, fortaleciendo la pertinencia cultural y la aceptabilidad de las intervenciones.⁶

Por otro lado, las "*estrategias de comunicación adaptadas*" descritas por las participantes muestran un alto grado de innovación y sensibilidad cultural.¹¹ No obstante, su desarrollo depende más de la experiencia personal que de una política pública o un currículo formal, lo que evidencia la necesidad de decolonizar el currículo en la formación de enfermería.^{18,19} Esto implicaría integrar de manera estructural contenidos sobre lenguas originarias, prácticas de salud tradicionales y metodologías participativas, así como la incorporación de la pedagogía crítica para fomentar un pensamiento reflexivo y transformador en los futuros profesionales.^{10,17}

Respecto a las "*necesidades formativas*", las participantes señalaron que la capacitación en lenguas originarias y en estrategias culturalmente pertinentes no solo es un recurso técnico, sino un ejercicio ético de respeto a los derechos de las poblaciones vulnerables particularmente indígenas, afrodescendientes, migrantes y desplazados quienes enfrentan barreras históricas de acceso y discriminación en los servicios de salud.²⁰ Incluir estos componentes en la educación continua del personal de enfermería comunitaria podría transformar la relación entre el sistema de salud y las comunidades, favoreciendo la construcción de alianzas interculturales sostenibles.^{1,4}

La competencia intercultural, entendida en este estudio, va más allá de la adaptación cultural: constituye una postura ética y política frente a la diversidad. Implica reconocer que el conocimiento biomédico y los saberes tradicionales pueden coexistir de forma complementaria.^{3,16} Este enfoque contribuye a la justicia epistémica, fortaleciendo la autonomía cultural de los pueblos indígenas y la eficacia de las intervenciones en salud.^{8,20,21} Para ello, este estudio propuso un Programa para la capacitación en Interculturalidad para el personal de Enfermería Comunitaria (*Tabla 1*).

Módulo	Título	Objetivo	Contenidos clave	Estrategias didácticas	Evaluación
M1	Fundamentos de salud intercultural y enfermería comunitaria	Analizar los principios y marcos conceptuales de la salud intercultural y su aplicación en el cuidado comunitario.	<ul style="list-style-type: none"> - Conceptos de interculturalidad en salud - Determinantes sociales y culturales - Rol de la enfermería comunitaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Clase magistral participativa - Estudio de casos locales - Debate guiado 	<ul style="list-style-type: none"> - Ensayo reflexivo - Mapa conceptual
M2	Comunicación y empatía en contextos interculturales	Desarrollar habilidades comunicativas y empáticas que faciliten la interacción efectiva con pacientes de contextos culturales diversos.	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa - Lenguaje no verbal y códigos culturales - Uso de intérpretes comunitarios 	<ul style="list-style-type: none"> - Taller vivencial - Juego de roles - Dinámicas de sensibilización 	<ul style="list-style-type: none"> - Observación estructurada - Portafolio de evidencias
M3	Competencia lingüística y articulación con la medicina tradicional	Fortalecer las habilidades lingüísticas en lenguas originarias y promover la coordinación efectiva con practicantes de medicina tradicional	<ul style="list-style-type: none"> - Introducción al vocabulario básico en lengua local - Técnicas para entrevistas clínicas bilingües - Protocolos de referencia y contrarreferencia con terapeutas tradicionales 	<ul style="list-style-type: none"> - Prácticas con hablantes nativos - Entrevistas simuladas - Visitas de observación a curanderos o parteras 	<ul style="list-style-type: none"> - Lista de cotejo de desempeño - Registro reflexivo
M4	Enfermedades crónicas y cuidados culturalmente adaptados	Implementar intervenciones de prevención y manejo de enfermedades crónicas con pertinencia cultural.	<ul style="list-style-type: none"> - Diabetes, hipertensión y enfermedades respiratorias en comunidades indígenas - Barreras culturales en adherencia al tratamiento - Diseño de material educativo culturalmente pertinente 	<ul style="list-style-type: none"> - Diseño de material visual - Visitas domiciliarias simuladas - Estudio de casos clínicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Rúbrica de proyecto - Presentación grupal
M5	Saberes ancestrales y complementariedad en salud	Reconocer e integrar prácticas y saberes tradicionales en el cuidado de la salud de forma complementaria y respetuosa.	<ul style="list-style-type: none"> - Inventario de terapias y plantas medicinales locales - Criterios para integración segura con tratamientos biomédicos - Estrategias de articulación institucional-comunitaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Conversatorio con portadores de saberes - Registro etnográfico - Elaboración de guía colaborativa 	<ul style="list-style-type: none"> - Informe etnográfico - Evaluación por pares
Perfil docente/Facilitador		Profesionales de salud con experiencia intercultural, expertos en pedagogía crítica, antropólogos/as de la salud, mediadores interculturales y lingüísticos (preferentemente de la comunidad).			

Tabla 1. Propuesta de Programa para la capacitación en Interculturalidad para el personal de Enfermería Comunitaria

Fuente: Elaboración propia.

El marco básico para este proceso lo proporciona el método de la Educación Dialógica, junto con la Pedagogía Crítica de Freire.¹⁰ Según esta, la enseñanza es una especie de práctica de liberación que mejora la capacidad de mover la mente de las personas a través de la conciencia crítica y la acción. Aplicar este ethos a la enfermería comunitaria significa convertir la relación profesional-paciente en un diálogo horizontal afirmativo de conocimiento en el que ambos socios son considerados concedores y agentes de cambio.

En este proceso transformador, las enfermeras comunitarias también participan en la innovación pedagógica, así como en la práctica clínica. Los resultados de este estudio indican que las enfermeras comunitarias desempeñan un papel importante en la innovación pedagógica, fomentan procesos para mejorar el tejido de las comunidades y promueven la buena voluntad (especialmente al tratar enfermedades crónicas).^{11,22}

En conclusión, la investigación ha encontrado que el establecimiento de políticas públicas para institucionalizar la interculturalidad crítica garantiza algunos beneficios. En lugar de decidir el modelo de medicina u hospital, convierte la política de salud en una transformación ética y epistemológica.^{1,8} Esto implica el reconocimiento de otras maneras de conocer y vivir, como la tradición y el folklore, el derecho de todos en cualquier parte del mundo a ser tratados en su idioma de origen, y hacer que los afectados tengan una participación real en cómo recibirán la atención.

En resumen, la enfermería comunitaria es un puente epistémico y cultural entre la medicina tradicional y la biomedicina occidental, incorporando la ecología del conocimiento y un espacio para la justicia de la salud epistémica. Este híbrido es absolutamente necesario si queremos avanzar hacia un modelo de salud que sea verdaderamente inclusivo, equitativo y culturalmente sensible, donde el cuidado se convierta en un acto de respeto, reciprocidad y transformación social.

CONCLUSIONES

El presente estudio confirma que la enfermería comunitaria es crucial para orientar el sistema de salud hacia un modelo más inclusivo, equitativo y competente en materia educativa. En este contexto indígena, las enfermeras comunitarias no solo deben responder a las demandas del modelo biomédico,

sino también tener en cuenta la diversidad cultural, lingüística y epistémica dentro de las comunidades que atienden.^{3,4}

Los hallazgos mostraron que las enfermeras participantes han desarrollado estrategias de mediación cultural y comunicación adaptada que facilitan la comprensión, la confianza y la adherencia terapéutica, especialmente en el caso de enfermedades crónicas.^{11,22} Por ejemplo, estos esfuerzos personales pertenecen a la iniciativa individual y a la experiencia profesional acumulada.

Debido a que en el orden institucional todavía faltan mecanismos para la colaboración con agentes de salud tradicional curanderos, parteras, hueseros, existe un paradigma monocultural y un enfoque biologicista que limitan ciertos tipos de conocimientos considerándolos meramente prácticas ancestrales.^{3,4,6} El resultado de este sesgo epistémico es limitar la apertura de canales de diálogo formativo y modelos de atención integral, socavando el respeto y la reciprocidad.

Avanzar hacia una interculturalidad crítica significa pasar de experiencias locales aisladas a políticas operativas sostenibles que institucionalicen el diálogo de saberes entre el sistema biomédico y los sistemas médicos tradicionales.^{1,3,8} Esto implica reconocer la legitimidad plena de los conocimientos indígenas, promover la participación de los agentes comunitarios de salud y garantizar que la atención se brinde en la lengua originaria y con pertinencia cultural.^{20,21}

Asimismo, la decolonización del currículo de enfermería es una condición necesaria para preparar a profesionales interculturales. La incorporación de lenguas originarias, prácticas de medicina tradicional y metodologías pedagógicas que adopten la pedagogía crítica de Freire hace posible que la enfermería comunitaria se establezca como un puente epistémico y ético entre el modelo biomédico y la medicina ancestral.^{10,16,22}

Estas transformaciones deben ser consideradas no solo como una mejora técnica, sino como un compromiso ético con el derecho a la salud de los pueblos históricamente marginados, incluyendo indígenas, afrodescendientes, migrantes y desplazados.^{9,20} Desde esta perspectiva, la competencia intercultural se convierte en una práctica política que busca tanto la justicia para la episteme como la equidad en la salud pública.

Finalmente, este estudio concluye que solo a través de vínculos efectivos entre el conocimiento tradicional y el conocimiento científico puede surgir una atención integral genuina, ser lo suficientemente legítima como para tener sentido social y ser ampliamente aceptada como norma. La enfermería comunitaria, al situarse en el territorio, en el diálogo y en la comprensión cultural, se reafirma como una disciplina clave en la construcción de un sistema de salud intercultural, capaz de garantizar el derecho al cuidado con dignidad, respeto y pertinencia cultural para todos los pueblos de México.

REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud, México. Interculturalidad en salud, experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. 3a ed. México: Biblioteca Mexicana del Conocimiento; 2014 [citado 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/docs/InterculturalidadSalud.pdf>
2. Altamira-Camacho R. La disciplina de enfermería. Una perspectiva sobre su campo y dominio. *Index Enferm* [Internet]. 2023;32(2):e14252 [citado 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20235589>
3. Organización Panamericana de la Salud. Política sobre etnicidad y salud. 29.a Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, D.C., EUA; 2017 [citado 25 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5585:2011-cultural-diversity-health&Itemid=72495&lang=es#gsc.tab=0
4. Dorado Martínez C. Etnofarmacología, riqueza terapéutica de México para el desarrollo social sostenible. *Ecociencia Int J* [Internet]. 2020;2(3):54-65 [citado 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.35766/je20236>
5. Iglesias Moré S. ¿Qué es la Enfermería Comunitaria? [Internet]. *Red Cubana de Enfermería Comunitaria*; [2025] [citado 23 oct 2025]. Disponible en: <https://temas.sld.cu/redenfermeriacomunitaria/acerca-de/que-es-la-enfermeria-comunitaria/>
6. McFarland M. Madeleine M. Leininger: Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. En: Alligood MR. *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona: Elsevier España; 2010. p. 454-9
7. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2003;8(1):185-207 [citado 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/630/63042995014.pdf>
8. Santos BS. *Epistemologías del Sur. Perspectivas*. Madrid: Akal; 2014
9. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Art. 2. 5 de febrero de 1917, Última reforma publicada DOF 18-11-2022 (México). Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
10. Freire P. *Pedagogía de la esperanza: un encuentro con pedagogía del oprimido*. México: Siglo XXI; 1993 [citado 3 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=86901005>
11. Olivera Carrasco H, Santiago Martínez S, Rico Montoya NA, Alejandro García S. Educación para la prevención y control de enfermedades crónicas en comunidades interculturales por personal de enfermería [tesis por informe académico por experiencia profesional]. Ciudad de México: Universidad Rosario Castellanos; 2024
12. Cotán A. El método etnográfico como construcción de conocimiento: un análisis descriptivo sobre su uso y conceptualización en ciencias sociales. *Márgenes Rev Educ Univ Málaga* [Internet]. 2020;1(1):83-103 [citado 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24310/mgnmar.v1i1.7241>
13. Peralta Martínez C. Etnografía y métodos etnográficos. Análisis. *Rev Colomb Humanid* [Internet]. 2009;(74):33-52 [citado 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=515551760003>
14. Jociles Rubio MI. La observación participante en el estudio etnográfico de las prácticas sociales. *Rev Colomb Antropol* [Internet]. 2018;54(1):121-50 [citado 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.22380/2539472X.386>

15. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Fortaleza, Brasil; 2013 [citado 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
16. Hernández Freeman L. Análisis de la participación comunitaria desde una perspectiva sociocultural. *Estud Desarro Soc Cuba Am Latina* [Internet]. 2015;3(3):14-24 [citado 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=552357188009>
17. Santiago Martínez S. Narrativas de intérpretes en lenguas indígenas sobre el racismo lingüístico y el acceso a la justicia en México. *Rev DyCS Victoria*. 2024;7(1):42-57. doi:10.29059/rdycsv.v7i1.212
18. Santos BdS. *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Montevideo: Ediciones Trilce; 2010
19. Méndez Karlovich M. Curriculum y colonialidad. Repensando el curriculum desde las Epistemologías del Sur. *Archivos de Ciencias de la Educación* [Internet]. 2020 [citado 25 de mayo de 2025];14(18):e089. doi:10.24215/23468866e089
20. Comisión Nacional de Derechos Humanos. El derecho a la salud de los pueblos indígenas. Servicios y atención en las clínicas de las comunidades [Internet]. México: CNDH; 2015 [citado 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/04-Salud-Pueblos-Indigenas.pdf>
21. Naciones Unidas. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas [Internet]. Nueva York: ONU; 2007 [citado 25 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf
22. Martínez-Hernández Á. *Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos; 2008

Olivera-Carrasco H. ORCID: 0000-0001-6721-0676
 Santiago-Martínez S. ORCID: 0009-0003-5493-8416
 Rico-Montoya NA. ORCID: 0000-0002-4743-2615

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existen conflictos de interés personales, comerciales, financieros ni de otra índole que puedan influir en el contenido, resultados o interpretación del presente artículo.

Financiamiento: Este trabajo no recibió apoyo financiero de ninguna fuente pública, privada ni institucional.

Anexo 1. Guión de entrevista semiestructurada para enfermeras comunitarias

PROYECTO					
Título	Educación a la población sobre la prevención y control de las Enfermedades crónicas por personal de enfermería comunitaria con enfoque intercultural.				
Lugar de la entrevista					
Fecha				Hora	
PARTICIPANTE					
Participante	E01	Identidad de género: Hombre () Mujer () Prefiero no decirlo ()			
Nivel Académico:	Licenciatura ()	Especialidad ()	Maestría ()	Doctorado ()	
Puesto:			Antigüedad laboral (años):		
CUESTIONARIO					
Esta entrevista busca conocer la práctica educativa del personal de enfermería comunitaria hacia la población indígena para la promoción de la salud, la prevención y control de las enfermedades crónicas (EC). La información que proporcione será utilizada para desarrollar un proyecto de educación intercultural para el personal de enfermería y será de carácter confidencial. La realización del cuestionario es voluntaria.					
¿Está de acuerdo en participar en esta entrevista?			Si ()	No ()	
¿Me puede otorgar su consentimiento para grabar esta entrevista?			Si ()	No ()	
Preguntas Guía					
1. ¿Me puede platicar de usted y de su actividad como enfermera (o) comunitaria?					
2. ¿Me puede platicar cómo es la comunidad en donde usted trabaja, a qué se dedica la población, como es el gobierno, sus tradiciones, la lengua y escuelas?					
3. ¿Cuáles son las enfermedades o padecimientos principales que padece la población?					
4. ¿Cuáles son los medios a los que acuden las personas para la atención de su salud?					
5. ¿Cómo entabla una conversación con las personas que hablan la lengua indígena?					
6. ¿Qué dificultades enfrenta para promover educación para la salud a las personas que hablan la lengua indígena?					
7. ¿Qué prácticas educativas y didácticas utiliza para educar a la población?					
8. ¿Cómo se vinculan los servicios de salud con las prácticas de la medicina tradicional que se proporciona por las parteras, curanderas o médicos tradicionales?					
9. ¿Cómo se dan los momentos de retroalimentación de sus explicaciones con los saberes tradicionales?					
10. ¿Cómo podría usted impulsar el reconocimiento de la interculturalidad y las cosmovisiones del cuidado de la salud de la población?					