

# Competencia cultural de enfermeras en salud pública con población indígena

Competência cultural de enfermeiras em saúde pública com população indígena

Cultural competence of nurses in public health with indigenous population

\*Investigación derivada de la tesis doctoral "Competencia cultural en profesionales de enfermería en salud pública cuando cuida a la población indígena y la percepción de ambos frente al cuidado realizado y recibido".

**Cómo citar:** Orozco CL, López-Díaz. Competencia cultural de enfermeras en salud pública con población indígena. *Av Enferm* [Internet];2019 [citado: año mes día ],37(1):9-18. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.68513>

## 1 Liliana Orozco Castillo

Universidad de Caldas. Manizales, Colombia.  
ORCID: 0000-0002-8686-6168  
Correo electrónico: [liliana.orozco@ucaldas.edu.co](mailto:liliana.orozco@ucaldas.edu.co)  
**Contribución:** todo el proceso investigativo.

## 2 Lucero López-Díaz

Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia  
ORCID: 0000-0002-2157-763  
Correo electrónico: [allopezdi@unal.edu.co](mailto:allopezdi@unal.edu.co)  
**Contribución:** todo el proceso investigativo.

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.68513>

Recibido: 26/10/2017 Aprobado: 03/09/2018



## Resumen

**Objetivo:** identificar elementos de competencia cultural (CC) en las enfermeras en salud pública (ESP) cuando cuidan a población indígena emberá-chamí.

**Metodología:** etnografía interpretativa con observación participante y entrevistas en profundidad a diez colaboradores. Análisis de datos basado en la propuesta de Leininger con apoyo de los programas ATLAS.ti y Excel.

**Resultados:** el patrón cultural permite identificar la capacidad de las ESP para analizar su propia cultura, conocer, comprender e interactuar con la cultura del indígena y mediar a través de comunicación caracterizada por empatía, adaptación del lenguaje verbal y no verbal que evidencian respeto por la singularidad indígena, en un contexto de armonía con las políticas institucionales basadas en la cultura indígena.

**Conclusión:** la CC de ESP es un proceso amplio, tanto de ESP con la comunidad como de la articulación con políticas institucionales para atender la cosmovisión indígena.

**Descriptor:** Competencia Cultural; Enfermería Transcultural; Enfermeras en Salud Pública; Grupos Poblacionales (fuente: DeCS, BIREME).

## Resumo

**Objetivo:** identificar elementos de competência cultural (CC) das enfermeiras da saúde pública (ESP) quando atendem à população indígena emberá-chamí.

**Metodologia:** etnografia interpretativa com observação participante e entrevistas em profundidade com dez colaboradores. Análise de dados baseada na proposta de Leininger com apoio nos programas ATLAS.ti e Excel.

**Resultados:** o padrão cultural identifica a capacidade de ESP para analisar a sua própria cultura, conhecer, compreender e interagir com a cultura do indígena e mediar através da comunicação, caracterizada pela empatia, a adaptação da linguagem verbal e não verbal, mostrando respeito pela singularidade dos indígenas em um contexto de harmonia com as políticas institucionais baseadas nas culturas indígenas.

**Conclusão:** a CC das ESP é um processo amplo, não apenas de ESP com os indígenas, mas de articulação com políticas institucionais para abordar a visão do mundo indígena.

**Descriptor:** Competência Cultural; Enfermagem Transcultural; Enfermeiras de Saúde Pública; Grupos Populacionais (fonte: DeCS, BIREME).

## Abstract

**Objective:** to identify elements of cultural competence (CC) in Public Health Nurses (PHN) when they care for indigenous embera-chami.

**Methodology:** interpretive ethnography with participant observation and deep interviews with ten contributors. Analysis of data based on the proposal Leininger with support of the ATLAS.ti and Excel programs.

**Results:** the cultural pattern allows for identifying the PHN ability to analyze their own culture, to know, understand and interact with the indigenous culture and mediate through communication characterized by empathy, adaptation of verbal and non-verbal language, aspects that show respect for the indigenous singularity, in a context of harmony with the institutional policies based on indigenous culture.

**Conclusion:** CC of PHN is a broad process, both PHN with the community and the articulation with institutional policies addressing the indigenous world view.

**Descriptors:** Cultural Competency; Transcultural Nursing; Nurses, Public Health; Population Groups (source: DeCS, BIREME).

## Introducción

Las enfermeras en salud pública (ESP) tienen un importante rol para las comunidades indígenas, puesto que estas últimas experimentan disparidades en salud al afrontar discriminación, pobreza, exclusión y escasa atención sanitaria (1). Hay indígenas en más de 70 países, y conforman el 5 % de la población mundial y el 15 % de los pobres en el planeta. En América Latina se reconocen aproximadamente 248 pueblos indígenas. En Colombia son 84 etnias y 80 % están en niveles bajos y muy bajos de riqueza (2).

Aunque se reporta legislación internacional (3) y nacional (4) relacionada con los temas de la salud para población indígena, que incentiva la prestación de servicios sanitarios diferenciales con articulación de la cosmovisión y prácticas tradicionales autóctonas como factor importante del proceso salud-enfermedad, la atención en salud no se basa usualmente en las características propias de cada comunidad ni tiene en cuenta sus especificidades culturales, lengua y concepción global del universo (1).

La competencia cultural (cc) de las ESP aplicada a poblaciones vulnerables como la indígena es una necesidad apremiante que requiere comprensión y conocimiento constante de la cultura del grupo; además de que exista conciencia, sensibilidad, respeto y compasión por las características singulares y colectivas. Así, se superan prácticas y actitudes discriminatorias hacia estas poblaciones (5, 6).

Resulta trascendental enfocarse en la cc para los grupos indígenas porque puede influir en la construcción de experiencias que permitan llevar a plenitud la diversidad cultural en la atención sanitaria (7), optimizar la comunicación y negociación para mayores resultados (8) y mejorar el empoderamiento de las comunidades y satisfacción con la prestación de los servicios de salud (9).

Estudios cuantitativos internacionales sobre cc con enfermeras apuntan a niveles moderados a altos (10, 11). En Colombia, la medición confiable de cc está en ciernes (12, 13). Asimismo, un estudio cualitativo devela una incipiente cc (14). Se critican los instrumentos de cc porque captan el sentir y el pensar del

profesional y pueden inducir a sesgos. Igualmente, se invita a contrastar la cc con la mirada del receptor del cuidado (10, 15). Este artículo tiene como propósito aportar evidencia en cc con un grupo vulnerable, al identificar elementos de cc de ESP cuando cuidan a la población indígena emberá-chamí.

## Metodología

Etnografía interpretativa realizada con ESP que atendían población emberá-chamí de Riosucio, Caldas. Muestreo intencional que contó con siete colaboradores generales, líderes de la comunidad y tres colaboradores clave ESP: dos mujeres y un hombre, mestizos entre 32 y 39 años. Las mujeres contaban con arraigos familiares en el municipio, pues sus padres vivieron allí por más de sesenta años. El tiempo de trabajo en la institución oscila entre ocho meses y dos años, ninguno contaba con formación en cc, y todos se eligieron según los criterios de inclusión: colombianos, profesionales de enfermería con experiencia de al menos seis meses en la institución prestadora de servicios de salud (IPS) seleccionada.

El pueblo emberá-chamí de Caldas, Colombia, se asienta en diez municipios y está representado por quince cabildos y diferentes organizaciones regionales encargadas de tomar decisiones comunitarias. Cuenta con parteras, médicos tradicionales, sobanderos y curanderos. Antes del aval de los líderes indígenas se articuló el trabajo de campo con la IPS de primer nivel de atención con lineamientos interculturales que atiende la población emberá-chamí en Riosucio, con quien se realizó el estudio principal y del cual se presenta uno de los objetivos en esta publicación.

Previo entrenamiento de LLD<sup>1</sup>, experta en etnografía, a LOC, estudiante de doctorado, mestiza y con experiencia en salud pública y trabajo con indígenas del Vaupés, se llevó a cabo observación participante (OP) durante las consultas de ESP en planificación familiar, control de crecimiento/desarrollo e hipertensión arterial en la cabecera municipal y tres veredas donde además se compartió con parteras y médicos tradicionales indígenas. Hubo registro fotoetnográfico y en diarios de campo. Las entrevistas etnográficas con ESP se efectuaron en lugares como cafeterías o el hogar, obteniendo 480 minutos de grabación. Las preguntas fueron modificadas según la etapa investigativa, con el fin de abarcar el quehacer cotidiano, el sentir y las creencias. Se pudo validar información de la OP.

<sup>1</sup> LLD y LOC corresponden a las siglas de los nombres de las investigadoras y autoras.

Las grabaciones transcritas textualmente, así como las fotografías etnográficas que permitían ampliar información y diarios de campo se analizaron en espiral con la propuesta de Leininger (16) y con ayuda de los *softwares* ATLAS.ti y Excel hasta alcanzar la saturación de datos. Se generaron categorías y agruparon en un trabajo de reflexividad y consenso entre las autoras. La perspectiva 'émica' (colaborador) y la 'ética' (investigador) fueron necesarias para los procesos de interpretación. Se mantuvo esa conjunción de perspectivas en los dos patrones culturales emergentes del estudio principal y se expone uno porque responde al objetivo de esta publicación. Los datos se sometieron en diversos momentos al grupo de investigación y dos ESP clave hicieron la validación de los resultados finales con sugerencias de lenguaje; así, se promovieron la audibilidad y la credibilidad del proceso.

Se obtuvo permiso de las organizaciones indígenas y la alcaldía municipal y aval ético de la Universidad Nacional de Colombia. Los colaboradores firmaron el consentimiento informado y se identificaron con seudónimos (ESP = E) para mantener la confidencialidad. Como parte de la reciprocidad en acto público con líderes, colaboradores y comunidad se presentaron los resultados.

## Resultados y discusión

El patrón consta de cuatro categorías y ocho subcategorías en las que es posible reconocer elementos de CC de las ESP cuando cuidan a la población indígena escogida.

### ***Patrón: en la IPS intercultural atiando con empatía y conocimiento, adaptándome a las características de los emberá-chamí***

El patrón coincide con posturas de diversos teóricos sobre cómo la CC es un engranaje complejo de elementos personales, del sistema de salud, de las instituciones y sus políticas, así como la cultura de los receptores de cuidado que influyen en el desarrollo de la CC.

### ***Categoría 1: mi experiencia personal y profesional está influenciada por el contexto emberá-chamí y la IPS intercultural***

Las ESP hacen un cambio de pensamiento con relación a la aceptación de las creencias de los indígenas emberá-chamí.

### ***Subcategoría 1.1: creo en la medicina tradicional por experiencias personales***

Las ESP, además de aceptar y aplicar el paradigma de salud occidental, comprenden y aceptan la creencia de los indígenas sobre las enfermedades propias; creencia impulsada por las experiencias individuales o de personas cercanas que han padecido alguna enfermedad que no ha mejorado con tratamientos occidentales pero sí con tratamientos tradicionales. Teóricos han reportado cómo la interacción con diversos grupos culturales mejora las creencias existentes acerca del grupo cultural y evita posibles estereotipos (17).

Mi papá no es que tenga algún trastorno psiquiátrico... Es algo que siempre voy a creer, porque siempre queda el remanente del maleficio que lo acabó [Enfermera M28-2:157].

### ***Subcategoría 1.2: la IPS intercultural y el contexto de salud municipal han permeado mis pensamientos y acciones profesionales***

La estructura organizativa de la IPS influye para que las ESP crean en las bondades de la medicina tradicional, especialmente porque los servicios de salud occidental se prestan en conjunto con los servicios de medicina tradicional y servicios de partería.

Uno se va metiendo y va averiguando lo de enfermedades propias y todo lo de los indígenas. Desde que llegué acá, me he sentado con las parteras y los médicos tradicionales y mucho documento [Enfermera FE24-81:46].

La diada médico tradicional/ESP hace de manera implícita un aporte a los procesos interculturales de atención que se dan con otras instituciones del municipio, al ser un ejemplo por seguir de interculturalidad.

Se empezó a generar como ese diálogo de saberes, nos ayudó

a ampliar la visión de otros conceptos y otras percepciones de las comunidades indígenas [Líder T24-29:15].

La filosofía institucional y municipal produce en las enfermeras cambios de pensamiento que profundizan el conocimiento y la conciencia cultural de la profesional.

Si no estuviera trabajando acá [en la IPS intercultural], yo creo que seguiría siendo la misma bruja que le echaba cantaleta al que se hacía un bañito con agua de cualquier cosa. Yo ahora soy de las que por ejemplo para la hipertensión doy plantitas [Enfermera SV28-70:46].

Teóricos como Campinha-Bacote (5), McFarland y Wehbe-Alamah (16), Schim y Doorenbos (17) y Purnell (18) centran la cc en el accionar del profesional, pero las ESP comparten dicha responsabilidad con la institución, demostrando los hallazgos de la revisión sistemática que señalan la influencia del contexto y las políticas en la cc del profesional. Además, escaso soporte organizacional puede resultar una barrera desafiante y frustrante (19, 20).

### ***Categoría 2: respeto y adapto mi atención a las creencias, al contexto y a las características individuales del emberá-chamí***

Informa la comprensión y motivación que tienen las ESP con respecto a los indígenas emberá-chamí y a su reconocimiento de la importancia que tiene la fusión entre la medicina tradicional y la occidental como estrategia para manejar las enfermedades. Además, muestra la forma en que las ESP plasman su cuidado culturalmente competente en un acto dirigido a las particularidades, posibilidades y situaciones personales de los indígenas.

#### ***Subcategoría 2.1: respeto y motivo las creencias y posibilidades en salud del emberá-chamí y reporto complicaciones***

Las ESP comprenden y aceptan que los indígenas emberá-chamí viven en sincretismo su trayectoria

de cuidado frente al proceso de salud-enfermedad al conjugar las creencias occidentales con las tradicionales. Se admite que las primeras son tratadas por profesionales de la salud y las segundas por el médico tradicional.

Así como uno se enferma, de lo que ellos nos dicen de enfermedades occidentales, también tienen sus propias enfermedades indígenas [Enfermera MG13-2:36].

Las ESP respetan y conocen las decisiones del indígena frente a sus eventos de salud, porque tienen relación con el arraigo a las creencias, el lugar de residencia, las distancias para acudir a otros sabedores, la capacidad económica y la severidad de los síntomas.

El encuentro con los indígenas desarrolla conocimiento cultural en las ESP permitiéndoles tener una postura positiva frente a la filosofía de vida indígena, al lograr mayor habilidad en el cuidado culturalmente competente y motivar la utilización de la alternativa tradicional y la occidental. De esta forma, se materializan cuatro de los cinco constructos de la teoría planteada por Campinha-Bacote (5): encuentro cultural, conocimiento cultural, conciencia cultural y habilidad cultural. También las ESP pueden reaccionar haciendo lo que Leininger (16) denomina una "reorientación de los cuidados culturales", es decir, una modificación de alguna práctica cultural en beneficio del indígena.

Tenemos varias indígenas que no quieren llevar al niño a Crecimiento y Desarrollo. Entonces hay que respetar. Pero eso sí... están reportados [sic], o sea, es un seguimiento que pasa a ser directamente de salud pública [Enfermera FE28-81:22].

#### ***Subcategoría 2.2: adapto mi atención según el contexto y las características individuales del emberá-chamí, pero a veces desaprovecho sus potencialidades comunitarias***

Cuando las ESP atienden a los indígenas de la zona urbana o cercanías, asumen una postura de cuidado coherente con esta forma de vida. Así, plantean



múltiples alternativas alimenticias según las posibilidades económicas, de consecución y de conservación de los alimentos.

La enfermera hace las recomendaciones como si la niña viviera en una casa en la ciudad: cuidado con enchufes, estufas, escalas, cuchillos, etc. [Observación participante 24-66:6].

Cuando las ESP realizan los controles a los indígenas de la zona rural, priorizan la indagación sobre las particularidades de la vida diaria, pues las enfermeras identifican las limitaciones geográficas y económicas de los indígenas para acceder o continuar con las atenciones en salud.

Con la gente del campo yo no solamente voy a mirarle la hipertensión, a todas las mujeres yo les hago examen de mama. Y lo otro muy importante, yo les miro los dientes y miro si es caja o cuándo fue la última vez con higiene oral [Enfermera MG24-83:23].

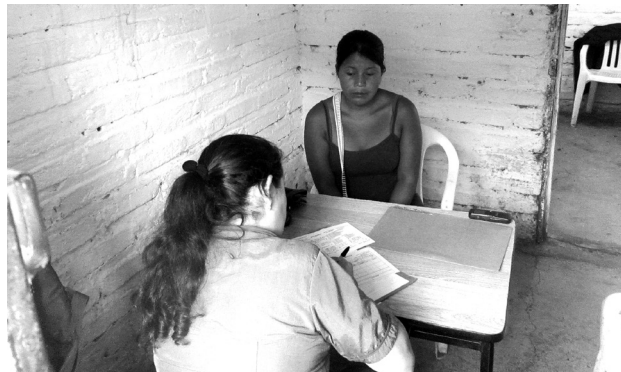
Para las ESP el factor religioso de los indígenas es una herramienta a considerar en el cuidado. Al preguntarles sobre su afinidad religiosa se podrá sugerirles posteriormente oraciones, plegarias, encomiendas o visitas específicas a líderes religiosos.

...entonces le dices: «padre, necesito aconseje al niño, se está soñando con esto y esto» y le contamos [Enfermera SV4-11:28].

El factor educativo es un elemento indispensable para el cuidado culturalmente competente. Las enfermeras motivan o felicitan a los indígenas para que se mantengan y disfruten de las bondades del sistema etnoeducativo.

Las enfermeras también tienen en cuenta la edad, las costumbres individuales, las alteraciones fisiopatológicas y los gustos del indígena, como se observa en la imagen 1, donde la enfermera hace adaptaciones no verbales de acuerdo con las características individuales del emberá-chamí.

**Imagen 1.** Control de crecimiento y desarrollo, hipertensión arterial y planificación familiar. Zona rural de comunidad El Roble, resguardo San Lorenzo, Riosucio, Caldas, 2015



**Fuente:** elaboración propia

Dicha situación da respuesta efectiva a los supuestos de cc planteados por diferentes teóricos, quienes los denominan: variaciones intraculturales (18), variaciones intraétnicas (5), subculturas (16) o diversidad cultural (17). Esto demuestra cómo un cuidado culturalmente competente requiere identificar no solo las generalidades, sino que también debe hacer énfasis en las individualidades, la situación actual y el sentir de la persona atendida.

En la presente investigación se evidenció que las enfermeras desempeñan cuidados circunscritos al individuo, sin alcanzar a interactuar con todos los elementos propios de los indígenas desde el punto de vista colectivo. El aprovechamiento de estas características, en consecuencia, podría potenciar las acciones de autocuidado si las estrategias están encaminadas hacia los procesos comunitarios.

La enfermera pudo aprovechar la mentalidad de colaboración del indígena para buscar soluciones a la dificultad de distancia y acceso, por ejemplo, identificar a alguien de la comunidad para ayudar al traslado [Observación participante 28-11:34].

El análisis de esta subcategoría permite comprobar una interrupción entre el conocer y el actuar en los cuidados culturalmente competentes. Si bien los estudios cualitativos no expresan este tipo de disyuntiva, la situación puede verse en algunos resultados de estudios cuantitativos como el de Starr y Wallace (21). Dicha situación representa un vacío de conocimiento en los resultados investigativos de la temática (22).

### ***Categoría 3: atiendo a los emberá-chamí siendo empática y con conocimientos***

Muestra los componentes relacionados con asuntos de empatía y conocimientos académicos de las ESP observados en el cuidado culturalmente competente.

#### ***Subcategoría 3.1: atiendo a los emberá-chamí siguiendo las normas y conocimientos profesionales***

Las ESP son reconocidas como ejecutoras de los programas de protección específica y detección temprana, pues cuentan con guías para la atención integral con calidad, que son para ellas pilar y norte académico para la ejecución de la atención. Además de las guías en mención, las ESP tienen unas bases académicas de orden sistemático aprendidas en la universidad. Teóricamente, Leininger (16) explicita en su modelo cómo la dimensión política, para el caso de las normas, se considera un factor de influencia en el receptor de cuidado sin tener en cuenta la influencia en el

profesional. Papadopoulos y otros (24) justifican la creación de una teoría que ayude al mejoramiento de las políticas de atención en salud desde un enfoque culturalmente competente, como lo adelantan España y Estados Unidos. Colombia se encuentra emprendiendo un nuevo modelo de atención en salud en el cual la interculturalidad se muestra como un principio fundamental (4).

La presente subcategoría facilita entender que el proceso culturalmente competente no se genera al momento de iniciar los cuidados o con determinado grupo poblacional, sino que empieza con la comprensión y el manejo de los conocimientos inherentes a la profesión de las ESP y de las políticas que respaldan su quehacer, en conjunción con los elementos propios de la cultura a la que atienden.

#### ***Subcategoría 3.2: atiendo a los emberá-chamí siendo empática***

La empatía, como proceso de entender, respetar y verificar el significado de las observaciones del paciente (23) es una cualidad de las ESP que se enlaza con el respeto por las creencias, estilos de vida, gustos y necesidades de los indígenas emberá-chamí.

Uno va aprendiendo, se va metiendo y va averiguando, lo de enfermedades propias y todo. Me he sentido con las parteras y los médicos tradicionales y mucho documento [Enfermera FE28-81:24].

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

Y yo sé y eso siempre lo he sabido y eso lo aprendí desde enfermería también. Hay que crear una empatía, si no hay empatía llore. Llórelo [indica el incumplimiento de los objetivos], y si no hay empatía, usted no va a descubrir todo [Enfermera MG24-69:10].

Para Papadopoulos y otros la empatía justifica la sensibilidad cultural. En la actualidad, los mismos autores centran sus estudios en la compasión y en la cc (17, 24), concluyendo que esta última está estrechamente ligada a la empatía dentro del acto de cuidado.

Algunas investigaciones de cc establecieron elementos relacionados con la empatía, desde el receptor de cuidado. En el estudio de Costa dos Reis y Mendes-Costa (25) se determinó que en el proceso de conciencia cultural se valoraba la capacidad para generar empatía y a menudo las enfermeras trataban de ponerse en el lugar de la persona atendida.

#### ***Categoría 4: atiendo dispuesta a la escucha y adapto mi lenguaje, aunque pienso que llenar tantos formatos interfiere en la comunicación con el emberá-chamí***

Aspectos comunicativos verbales y no verbales expresados por las ESP en sus roles de comunicadoras como un elemento fundamental en la atención culturalmente competente.

##### ***Subcategoría 4.1: me dispongo a la escucha y adapto mi lenguaje verbal y corporal cuando atiendo al emberá-chamí***

Las enfermeras y los indígenas se comunican en español, sin embargo, los emberá-chamí tienen usos propios de la lengua que las enfermeras han de comprender, para brindar información en un lenguaje coloquial, conocido, entendido y aceptado por los indígenas.

Mirar cuando te pasa eso en los ojitos, si sientes los cachetes [mejillas] calientes, si además de eso como cocuyitos [fosfenos]. Acompañado de jaqueca [sic], un dolor de cabeza como en la trastienda [parte posterior de la cabeza] [Enfermera SV13-12:12].

Otra modificación de las ESP con respecto a la comunicación verbal tiene que ver con la aceptación frente a las respuestas cortas, concisas y básicas que ofrece el indígena a las preguntas o interacciones necesarias en los controles.

Siempre me van a decir «sí», porque de muy pocas palabras sí son. Algunos sí se me expresan... pero generalmente son callados [de pocas palabras] [Enfermera MG24-83:45].

Las ESP comprenden que realizar cualquier tipo de control de forma amable y respetuosa es esencial para una buena comunicación con los indígenas, por lo que lo materializan en favor del cuidado realizado.

Acá a la gente le encanta que la traten bien, por eso usted me ve y yo soy así... Toda «ña, ña, ña», los toco y soy amable [Observación participante 24-31:4].

El lenguaje y la comunicación son quizá los elementos que con mayor frecuencia se relacionan con el cuidado culturalmente competente. Este es un tema de tal importancia que ha evolucionado a una corriente dentro de la temática denominada competencia cultural y lingüística. Los elementos comunicativos emergentes en esta investigación son coincidentes con lo planteado en la teoría descrita por Purnell, al incluir el volumen de la voz, entonaciones, reflexiones y deseos de compartir pensamientos y sentimientos (18).

La relevancia exponencial de los elementos comunicativos emergidos en el presente estudio concuerda con investigaciones europeas y anglosajonas (6, 13, 26, 27). Además, muestra cómo el fenómeno de la comunicación entre las ESP y el indígena emberá-chamí es un factor unificador contrario a otras investigaciones, en las cuales el asunto del lenguaje, especialmente entre enfermeras y pacientes que hablan diferente idioma, se manifiesta como portador de una barrera para la atención culturalmente competente (26, 27).

##### ***Subcategoría 4.2: pienso que llenar tantos formatos interfiere en la comunicación con el emberá-chamí***

El diligenciamiento de papelería es tomado por las enfermeras como una acción a la que se le invierte gran cantidad de tiempo, lo que genera dilaciones en el contacto con los indígenas.

Yo muy bien hasta que me toca ponerme a llenar papeles. A mí



me encantaría que los controles y la atención se pudieran hacer con la videocámara... ¡Ahí sí!, es la mejor evidencia, ahorraría mucho tiempo [Enfermera SV28-70:65].

La situación de priorizar la escritura y compartir el diligenciamiento de datos, hojas y formatos durante el acto de cuidado no se referencia en la literatura científica. Este tipo de barreras externas propias del sistema es común en los estudios de atención a personas de diversas culturas (20).

## Conclusiones

Los elementos culturalmente competentes de las ESP se relacionan con propuestas expuestas por diversos teóricos (5, 7, 8, 18), como son: capacidad de un autoexamen de la ESP de su propia cultura y de mediar con la cultura indígena; capacidad de conocer, comprender e interactuar con la cultura indígena y de mediar con la cultura hegemónica dominante del sistema de atención y la práctica profesional; y reconocer las peculiaridades intraculturales y de contexto de los indígenas de una misma comunidad, que llevan a particularizar la atención y dar significado único a los encuentros. Además, la comunicación se define por la empatía, la adaptación del lenguaje verbal y no verbal que evidencia respeto por la singularidad del indígena.

Los encuentros culturales generados por las ESP y el indígena emberá-chamí en diferentes momentos de la cotidianidad y en el acto de cuidado corroboran algunos constructos teóricos de CC desarrollados por Campinha-Bacote (5) y la propuesta de Leininger (16) de mantenimiento, negociación y reorientación de los cuidados para ofrecer cuidados culturales congruentes.

Desempeña un papel primordial en la CC de ESP el contexto laboral de dignidad y armonía de las políticas institucionales basadas en la cultura de los indígenas. En suma, el estudio ofrece evidencia de cómo la CC en salud es un proceso amplio, no solo de ESP con el indígena sino de la adopción de esta desde los sistemas y las instituciones con políticas, planes y programas apoyados en las culturas indígenas; aunque el estudio se limita a una institución con lineamientos interculturales, se extendió la visión a conocer el punto de vista del indígena receptor de la atención (objetivo de otra publicación).

## Recomendaciones

Para la práctica será menester promover la CC en salud como un proceso de congruencia no solo del profesional/persona, familia o comunidad, sino de las entidades para brindar atención basada en la cultura de los usuarios; serán necesarios procesos de formación en CC promovidos por las instituciones de salud y educativas.

Para la investigación en CC en salud serán imperiosos estudios cualitativos y cuantitativos que permitan integrar tres fuentes de información: la institución, los profesionales y los usuarios; y ver los efectos en las mismas.

## Apoyo financiero

División de Investigación de la Universidad Nacional de Colombia en el marco del proyecto "Competencia cultural de profesionales de enfermería cuidando a grupos vulnerables", código 20730.

## Referencias

- (1) Betancourt-Rodríguez CF, Pinilla-Alfonso MY. Apreciaciones sobre el contexto sociocultural del VIH-Sida en las comunidades indígenas en Colombia. *Desacatos* [Internet]. 2011 [citado 2018 ago. 26];35:75-86. Disponible en: DOI:<https://doi.org/10.29340/35.322>
- (2) Ministerio de Salud y Protección Social. Resumen ejecutivo. Encuesta Nacional de Demografía y Salud [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015 [citado 2018 ago. 26] 96p. Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/Libro%20RESUMEN%20EJECUTIVO.pdf>
- (3) U. S. Department of Health and Human Services Office of Minority Health. Office of Minority Health [Internet]. Washington: U. S. Department of Health and Human Services Office of Minority Health; 2014 [citado 2018 ago. 26]. Disponible en: <https://www.minorityhealth.hhs.gov>
- (4) Ministerio de Salud y Protección Social. Política de atención integral en salud [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016 [citado 2018 ago. 26]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Política%20de%20Atención%20Integral%20en%20Salud.pdf>
- (5) Campinha-Bacote J, Transcultural C.A.R.E. Associates. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services. *Models of cultural competence - Transcultural C.A.R.E. Associates* [Internet]. Ohio: Transcultural C.A.R.E. Associates; 2015 [citado 2018 ago. 26]. [Cerca de 10 p.]. Disponible en: <http://transculturalcare.net/the-process-of-cultural-competence-in-the-delivery-of-healthcare-services/>

- (6) López-Díaz AL. La competencia cultural, una clave para mejores resultados en salud. *MedUnab* [Internet]. 2016 [citado 2018 ago. 26];18(3):163-5. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.2569>
- (7) Etowa J. Uncovering aboriginal nursing knowledge through community based participatory research (CBPR). *Indig Policy J* [Internet]. 2011 [citado 2018 ago. 26];22(1):1-16. Disponible en: <http://www.indigenouspolicy.org/index.php/ipj/article/view/3>
- (8) López L, Barreto-Zorza YM, Maluche A. Dolor en personas ancianas afrodescendientes: resultados cualitativos de un programa domiciliario adaptado culturalmente. *Index Enferm* [Internet]. 2014 [citado 2018 ago. 26];23(3):162-6. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000200010>
- (9) Pelcastre-Villafuerte B, Ruiz M, Meneses S, Amaya C, Márquez M, Taboada A et al. Community-based health care for indigenous women in Mexico: a qualitative evaluation. *Int J Equity Heal* [Internet]. 2014 [citado 2018 jun. 9];13. Disponible en: DOI: [10.1186/1475-9276-13-2](https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-2)
- (10) Serra-Galceran M, Mestres-Camps L, González-Soriano M, Leyva-Moral JM, De Dios-Sánchez R, Montiel-Pastor M. Competencia clínico cultural: análisis de la capacitación de los profesionales de la salud. *Index Enferm* [Internet]. 2013 [citado 2018 ago. 26];22(1-2):16-9. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100004>
- (11) Castro A, Ruiz E. The effects of nurse practitioner cultural competence on Latina patient satisfaction. *J Am Acad Nurse Pr* [Internet]. 2009 [citado 2018 jun. 9];21(5):278-86. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19432912>
- (12) Herrero-Hahn R, Rojas JG, Ospina-Díaz JM, Montoya-Juárez R, Restrepo-Medrano JC, Hueso-Montoro C. Cultural adaptation and validation of the cultural self-efficacy scale for colombian nursing professionals. *J Transcult Nurs* [Internet]. 2017 [citado 2018 jun. 9];28(2):195-202. Disponible en: DOI: [10.1177/1043659615613419](https://doi.org/10.1177/1043659615613419)
- (13) Herrero-Hahn R, Rojas JG, Montoya-Juárez R, García-Caro MP, Hueso-Montoro C. Level of cultural self-efficacy of colombian nursing professionals and related factors. *J Transcult Nurs* [Internet]. 2018 [citado 2018 ago. 26];30(2):137-45. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1043659618777047>
- (14) González V. Competencia cultural para enfermeras hospitalares que cuidan pacientes con enfermedad crónica [tesis de maestría]. [Bogotá]: Universidad Nacional de Colombia; 2014. 137 p. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/47061/1/53118425.2014.pdf>
- (15) Loftin C, Hartin V, Branson M, Reyes H. Measures of cultural competence in nurses: an integrative review. *Scientific World Journal* [Internet]. 2013 [citado 2018 ago. 26];ID 289101. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/289101>
- (16) McFarland MR, Wehbe-Alamah HB. *Leininger's culture care diversity and universality a worldwide nursing theory*. 3.a ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2015. 612 p.
- (17) Schim SM, Doorenbos AZ. A Three-dimensional model of cultural congruence: framework for intervention. *J Soc Work End Life Palliat Care* [Internet]. 2010 [citado 2018 ago. 26];6(3-4):256-70. Disponible en: DOI: [10.1080/15524256.2010.529023](https://doi.org/10.1080/15524256.2010.529023)
- (18) Purnell L. The Purnell model for cultural competence. *J Transcult Nurs* [Internet]. 2002 [citado 2018 ago. 26];13(3):193-6. Disponible en: DOI: [10.1177/10459602013003006](https://doi.org/10.1177/10459602013003006)
- (19) Torri MC, Hollenberg D. Indigenous traditional medicine and intercultural healthcare in Bolivia: a case study from the Potosi region. *J Community Heal Nurs* [Internet]. 2013 [citado 2018 ago. 26];30(4):216-29. Disponible en: DOI: [10.1080/07370016.2013.838495](https://doi.org/10.1080/07370016.2013.838495)
- (20) Arias-Murcia SL, López L. The experience of nurses in care for culturally diverse families: a qualitative meta-synthesis. *Rev Lat Am Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2018 ago. 26];24:e2718. Disponible en: DOI: [10.1590/1518-8345.1052.2718](https://doi.org/10.1590/1518-8345.1052.2718)
- (21) Starr S, Wallace DC. Client perceptions of cultural competence of community-based nurses. *J Community Heal Nurs* [Internet]. 2011 [citado 2018 ago. 26];28(4):57-69. Disponible en: DOI: [10.1080/07370016.2011.564057](https://doi.org/10.1080/07370016.2011.564057)
- (22) Renzaho A, Romios P, Crock C, Sonderlund A. The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient-centered health care. A systematic review of the literature. *Int J Qual Heal Care* [Internet]. 2013 [citado 2018 ago. 26];25(3):261-9. Disponible en: DOI: [10.1093/intqhc/mzt006](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt006)
- (23) Kynyk D, Olson JK. Clarification of conceptualizations of empathy. *J Adv Nurs* [Internet]. 2001 [citado 2018 ago. 26];35(3):317-25. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01848.x>
- (24) Papadopoulos I, Zorba A, Koulouglioti C, Ali S, Aagard M, Akman O et al. International study on nurses' views and experiences of compassion. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2016 [citado 2018 ago. 26];63(3):395-405. Disponible en: DOI: [10.1111/inr.12298](https://doi.org/10.1111/inr.12298)
- (25) Costa dos Reis AS, Mendes-Costa MA. Caring for immigrants: from interacting in practice to building nurses' cultural competencies. *Referência* [Internet]. 2014 [citado 2018 ago. 26];4(2):61-8. Disponible en: DOI: [10.12707/R1113118](https://doi.org/10.12707/R1113118)
- (26) Plaza del Pino FJ, Soriano E, Higginbottom GM. Sociocultural and linguistic boundaries influencing intercultural communication between nurses and moroccan patients in southern Spain: a focused ethnography. *BMC Nurs* [Internet]. 2013 [citado 2018 ago. 26];12:14. Disponible en: DOI: [10.1186/1472-6955-12-14](https://doi.org/10.1186/1472-6955-12-14)
- (27) McKenzie H, Kwok C, Tsang H, Moreau E. Community nursing care of chinese-australian cancer patients. *Cancer Nurs* [Internet]. 2014 [citado 2018 ago. 26];38(4):E53-60. Disponible en: DOI: [10.1097/NCC.000000000000193](https://doi.org/10.1097/NCC.000000000000193)