



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERÍA**

**LA SENSIBILIDAD INTERCULTURAL COMO ELEMENTO ESENCIAL DE LA  
COMPETENCIA CULTURAL EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA**

**MAESTRIA EN ENFERMERÍA  
(CON ORIENTACIÓN EN EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA)**

**PRESENTA:**

**LIC. ENF. ROSALBA PÉREZ ISLAS**

**MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR**

**DRA. IRMA PIÑA JIMÉNEZ  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DRA. LAURA MORÁN PEÑA  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**MÉXICO, D. F. ABRIL 2013**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERÍA**

**LA SENSIBILIDAD INTERCULTURAL COMO ELEMENTO ESENCIAL DE LA  
COMPETENCIA CULTURAL EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA**

**MAESTRIA EN ENFERMERÍA  
(CON ORIENTACIÓN EN EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA)**

**PRESENTA:**

**LIC. ENF. ROSALBA PÉREZ ISLAS**

**MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR**

**DRA. IRMA PIÑA JIMÉNEZ  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DRA. LAURA MORÁN PEÑA  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**MÉXICO, D. F. ABRIL 2013**

## ***Agradecimientos***

A las doctoras Irma Píña Jiménez y Laura Morán Peña por su apoyo, comprensión, enseñanza, y asesoría, que fueron de gran apoyo para la elaboración, orientación y culminación del presente trabajo.

***Dedicatoria***

***A mis padres  
José y  
Celia***

***A Silvia  
y Mar  
por su amor y mis grandes apoyos.***

# INDICE

## PÁGINA

Resumen

### INTRODUCCIÓN

### CAPÍTULOS

<b>I. ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
1.1. Planteamiento del problema	<b>10</b>
1.2. Objetivos	<b>13</b>
1.3. Hipótesis	<b>14</b>
<b>II. REVISIÓN DE LA LITERATURA</b>	
2.1. Marco Teórico	
2.1.1. La inmigración en México	<b>15</b>
2.1.2. Multiculturalismo y diversidad cultural	<b>21</b>
2.1.3. La cultura y el cuidado de la salud	<b>26</b>
2.1.4. La Competencia Cultural en enfermería	<b>28</b>
2.1.5. Sensibilidad intercultural	<b>33</b>
2.1.6. La formación del profesional de enfermería en la Educación para la Salud en la diversidad cultural	<b>38</b>
2.2. Estado del arte	
2.2.1. Modelos de Competencia cultural	<b>44</b>
2.2.2. La medición de la sensibilidad intercultural	<b>48</b>
<b>III. METODOLOGÍA</b>	
3.1. Diseño del estudio	<b>54</b>
3.2. Población y muestra	<b>54</b>
3.3. Criterios de inclusión	<b>55</b>
3.4. Criterios de exclusión	<b>55</b>
3.5. Área geográfica	<b>55</b>
3.6. Procedimiento	<b>55</b>
3.7. Cuestiones Éticas	<b>55</b>

3.8. Métodos estadísticos	57
3.9. Instrumento de investigación	57
<b>IV. RESULTADOS</b>	
4.1. Resultados descriptivos	59
4.1.1. Características sociodemográficas	59
4.1.2. Grado de sensibilidad intercultural	62
4.1.3. Sensibilidad intercultural por dimensión	62
4.1.4. Diferencias en la sensibilidad intercultural de los alumnos según características escolares, personales y contextuales	68
4.1.5. Correlaciones	70
4.2. Hallazgos e hipótesis	70
<b>V. DISCUSIÓN</b>	
5.1. Análisis de la información	71
5.2. Conclusiones	74
5.3. Limitaciones del estudio	75
5.4. Implicaciones para la práctica de enfermería	76
5.5. Implicaciones para la educación de Enfermería	76
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	77
<b>ANEXOS</b>	
Anexo 1. Instrumento para recolección de datos	83
Anexo 2. Autorización para la utilización del instrumento	87
Anexo 3. Consentimiento por parte de la institución	88
Anexo 4. Consentimiento informado de los participantes	89
Anexo 5. Programa de la asignatura Didáctica de la Educación para la Salud	90
Anexo 6. Programa de la asignatura Educación para la Salud	97

## Índice de figuras, cuadros o gráficas

	<b>Pág.</b>	
Tabla 1	Características demográficas	<b>59</b>
Tabla 2	Niveles de sensibilidad intercultural	<b>62</b>
Tabla 3	Dimensiones y total de ítems y puntajes del instrumento para medir la Sensibilidad Intercultural.	<b>62</b>
Tabla 4	Porcentajes que integran la dimensión 1 Implicación en la interacción, por cada rasgo que la conforma.	<b>64</b>
Tabla 5	Porcentajes que integran la dimensión 2 Respeto por las diferencias culturales, por cada rasgo que la conforma.	<b>65</b>
Tabla 6	Porcentajes que integran la dimensión 3 Confianza en la interacción, por cada rasgo que la conforma	<b>66</b>
Tabla 7	Porcentajes que integran la dimensión 4 Disfrute de la interacción, por cada rasgo que la conforma.	<b>67</b>
Tabla 8	Porcentajes que integran la dimensión 5 Atención en la interacción, por cada rasgo que la conforma.	<b>68</b>



## Índice de figuras, cuadros o gráficas

	<b>Pág.</b>	
Tabla 1	Características demográficas	<b>59</b>
Tabla 2	Niveles de sensibilidad intercultural	<b>62</b>
Tabla 3	Dimensiones y total de ítems y puntajes del instrumento para medir la Sensibilidad Intercultural.	<b>62</b>
Tabla 4	Porcentajes que integran la dimensión 1 Implicación en la interacción, por cada rasgo que la conforma.	<b>64</b>
Tabla 5	Porcentajes que integran la dimensión 2 Respeto por las diferencias culturales, por cada rasgo que la conforma.	<b>65</b>
Tabla 6	Porcentajes que integran la dimensión 3 Confianza en la interacción, por cada rasgo que la conforma	<b>66</b>
Tabla 7	Porcentajes que integran la dimensión 4 Disfrute de la interacción, por cada rasgo que la conforma.	<b>67</b>
Tabla 8	Porcentajes que integran la dimensión 5 Atención en la interacción, por cada rasgo que la conforma.	<b>68</b>

**Título.** La sensibilidad intercultural como elemento esencial de la competencia cultural en estudiantes de Enfermería.

Palabras clave: Sensibilidad intercultural, competencia cultural, multiculturalidad, actitudes, escala de sensibilidad intercultural.

## **Introducción**

La Sensibilidad Intercultural (S.I.) se refiere a “el deseo que motiva a las personas a conocer, comprender, apreciar y aceptar las diferencias entre culturas” (Chen y Starosta, 1996). La sensibilidad intercultural es un elemento esencial de la competencia cultural y su relevancia radica en que sus intervenciones profesionales, las realiza a partir de la interacción con personas que provienen de diversos contextos interculturales, y la efectividad de las mismas se ve comprometida en buena medida por esta competencia. Asimismo, la sensibilidad intercultural, es por hoy un componente que ha de poseer el profesional de Enfermería, en razón de los procesos de globalización y de migración que vive el mundo.

## **Objetivo**

Nuestro objetivo fue medir el nivel de sensibilidad intercultural que poseen los alumnos de las licenciaturas en Enfermería y Obstetricia y en Enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM y analizar las relaciones que existen entre el nivel de sensibilidad intercultural y sus características socio demográficas en una muestra de 240 estudiantes.

## **Antecedentes**

En los últimos tiempos nuestro país experimenta procesos migratorios y desplazamientos provenientes de zonas geográficas periféricas hacia el centro y las capitales de los estados, generando una composición demográfica que muestra un mosaico intercultural, que trasciende lo exclusivamente étnico pues implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano, como un factor importante en todo el proceso de salud y enfermedad, que requiere de los profesionales de enfermería una sensibilidad intercultural que facilite la interacción enfermera

paciente en la atención y los cuidados de la salud, así como procesos de educación para la salud con fines preventivos y de promoción a la salud.

### **Metodología**

Aplicación de la escala de sensibilidad intercultural (Chen, G.M. y Starosta, W), el cual es un instrumento tipo Liker, con 5 opciones de respuestas desde totalmente de acuerdo, hasta totalmente en desacuerdo, con un total de 24 items, distribuidos en cinco dimensiones.

El tipo de estudio fue cuantitativo descriptivo y correlacional, con una muestra de 240 estudiantes de las licenciaturas en Enfermería y en Enfermería y Obstetricia, de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.

### **Resultados**

Los resultados obtenidos si bien es cierto, indican un nivel alto y medio de sensibilidad intercultural en el grupo estudiado, esto es en buena medida resultado de las experiencias personales de los alumnos, en la interacción con diversos grupos. También se advierte que en las variables de algunas dimensiones, el grupo estudiado se ubica en un punto medio, es decir ciertos rasgos aún muestran un pronunciamiento que no refleja una alta sensibilidad intercultural, aspecto que nos lleva a sugerir que es deseable hacer un mayor énfasis en este aspecto como un contenido curricular, que directamente incumbe al profesional de la Enfermería, de manera especial en sus actividades de intervención educativa para la salud.

### **Discusión**

Los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento “escala de sensibilidad intercultural” en los 240 alumnos encuestados de dos licenciaturas en Enfermería en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, indican una actitud favorable hacia el hecho de interactuar con personas de diferente cultura y

son semejantes a los que se han obtenido en estudios similares sobre sensibilidad intercultural a nivel universitario.

### **Conclusiones**

En un contexto de salud intercultural, es deseable que en la formación de los profesionales de enfermería se diseñen estrategias educativas que favorezcan la sensibilidad intercultural, como componente esencial de la competencia cultural en enfermería, a fin de que en la educación para la salud, se reconozca la diversidad cultural en la interacción enfermera paciente, en los diferentes niveles de atención.

## INTRODUCCIÓN

Los cambios sociales, económicos, políticos y culturales afectan a todos los sectores, la realidad social de las migraciones es un fenómeno que se ha potenciado en estas últimas décadas por los grandes cambios producidos en el marco de la globalización.

La multiculturalidad, que se vive como consecuencia del desplazamiento migratorio, afecta la interacción entre los individuos e impone el reto de convivir aceptando respetuosamente esa diversidad cultural, que en otras palabras no es más que aceptar a las personas con su identidad.

El reconocimiento del otro permite el acercamiento y propicia la diversidad cultural, por lo cual, en la actualidad, la interculturalidad es una prioridad hacia donde se deben orientar todas las políticas y prácticas de la intervención social.

Lo anterior, ha trascendido hasta en el ámbito de la salud, en donde se han desarrollado políticas, programas y procesos con enfoque en la atención a la salud intercultural, en donde el aspecto cultural, es fundamental.

En el campo de la enfermería, se habla en el terreno de la formación profesional, del desarrollo de diversas competencias, entre ellas, de la competencia cultural, dentro de la cual el componente de la sensibilidad intercultural, constituye un importante aspecto.

En este sentido los profesionales de enfermería, tienen un papel importante en la atención a la salud, de manera particular en lo que a la educación para la salud se refiere, cuyo propósito fundamental es mejorar la calidad de vida de la población en los tres niveles de atención, mediante la modificación de hábitos, prácticas y conductas saludables, dentro del cual la sensibilidad intercultural es indispensable.

Esta investigación se planteó como propósito identificar y analizar en qué grado los alumnos que realizan una licenciatura en Enfermería muestran sensibilidad intercultural y cuáles son los factores personales y contextuales que la favorecen o la obstaculizan, empleando para ello un instrumento escala de medición de sensibilidad intercultural.

Componen este trabajo cinco apartados. En el capítulo I, se describe el planteamiento del problema que justifica la necesidad de esta indagación y que concluye con la pregunta de investigación, de igual manera se aborda el propósito, los objetivos y la hipótesis; el capítulo II aborda el marco teórico y conceptual que da sustento a los planteamientos y directrices al presente trabajo; el capítulo III describe la metodología que incluye el tipo de diseño de la investigación, población, muestra, criterios de inclusión y de exclusión, área geográfica, el procedimiento y descripción del instrumento de medición; el capítulo IV da a conocer los resultados, incluyendo los datos descriptivos y los derivados de la aplicación de las pruebas estadísticas t de student y ANOVA; y el capítulo V contiene la discusión, las conclusiones, limitaciones e implicaciones para la práctica y para la educación de enfermería.

Por último se encuentran las referencias bibliográficas y el apartado de anexos donde se incluye el instrumento utilizado, la autorización para su utilización y el consentimiento informado por parte de la institución y de los participantes.

## I. ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.1. Planteamiento del problema

En materia de salud, durante las dos últimas décadas del siglo XX y la primera del XXI, México se ha enfrentado al denominado proceso de transición epidemiológica, caracterizado por una disminución en la mortalidad general e infantil y en la fecundidad, lo cual repercute en el incremento en la esperanza de vida de la población y en un mosaico de enfermedades en donde si bien predominan las crónico degenerativas como la Diabetes, las afecciones cardiacas y los tumores malignos, continúan apareciendo dentro de los primeros padecimientos los infectocontagiosos y los problemas materno infantil, resultado principalmente de las grandes diferencias existentes en el desarrollo de las distintas regiones del país.

Toda esta problemática de salud existente, se ve exacerbada por el desplazamiento voluntario, cuando se va en busca de mejores oportunidades y condiciones de vida, o en caso contrario forzado, por conflictos, desalojos o por la inseguridad que vive el país, entre otras razones.

Lo anterior, ha propiciado la diversidad cultural, fenómeno sociocultural tan importante que se proclamó la Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural (UNESCO, 2001), aprobada por unanimidad durante la trigésima primera reunión de la Conferencia General de la UNESCO, eleva la diversidad cultural a la categoría de “patrimonio común de la humanidad”, “tan necesaria para la humanidad como la biodiversidad para los seres vivos” y su salvaguardia se erigió en imperativo ético indisoluble del respeto por la dignidad de la persona.

Nuestro país no está exento de los efectos de la movilidad de las personas, resultado principalmente de la fragilidad de la frontera sur y de los procesos

constantes de migración y de desplazamiento voluntario, en búsqueda de mejores condiciones de vida, debido a la creciente inseguridad o por razones de movimientos armados, lo que genera que en un mismo espacio subsistan personas con diversas costumbres, diferentes lenguas o dialectos, de diversos grupos étnicos y religiosos, con distintos significados o modos de ver la vida, al mundo y a la salud.

En el campo de la salud, lo anterior plantea la necesidad de que el personal de enfermería desarrolle competencias culturales que le permitan interactuar con la diversidad y heterogeneidad que presenta el individuo y la comunidad, así como implementar intervenciones de calidad *ad hoc*.

Aún cuando reconocemos que la sensibilidad intercultural, sólo es uno de los componentes de la competencia cultural, ésta es muy relevante, en tanto que impacta en el plano afectivo y actitudinal a los profesionales de la salud, inmersos en situaciones de inter y multiculturalidad siempre presentes en los diversos ámbitos en los que interviene Enfermería, al procurar atención a la salud y a la enfermedad.

Si bien es cierto en los planes curriculares de formación en Enfermería, existen asignaturas vinculadas con la Educación para la Salud y con aspectos Socioantropológicos, es aún insuficiente la relevancia concedida a la formación de las competencias culturales, lo cual es preocupante si consideramos que todo individuo o grupo que ve vulnerada su situación de salud – enfermedad, requiere que se reconozca su propio contexto cultural y su diversidad.

Por todo ello nos interrogamos si en la actualidad la formación de los futuros profesionales de enfermería, incorpora los conocimientos y las herramientas necesarias para desplegar esta competencia, o si éstas están presentes en razón de las vivencias propias de cada uno (interacción con personas de otras culturas, grupos étnicos, manejo de otras lenguas, costumbres y preferencias, entre otros).



Se considera que el entendimiento y comprensión de las personas de diferentes culturas, es un elemento indispensable para establecer una comunicación efectiva en la educación para la salud, tarea ineludible de la enfermera en los diferentes niveles de atención, al contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población.

En razón de lo anterior, el desarrollo de esta investigación parte del planteamiento de las siguientes interrogantes:

¿En qué grado está presente la sensibilidad intercultural en los alumnos de la Licenciatura en Enfermería?

¿Qué factores personales y contextuales favorecen u obstaculizan su sensibilidad intercultural?

## 1.2. Objetivos

1. Evaluar el grado de sensibilidad intercultural que tienen los alumnos de las licenciaturas en Enfermería y en Enfermería y Obstetricia, a partir de su medición, con el cuestionario Escala de Sensibilidad Intercultural (ISS) propuesto por Chen y Starosta (2000), adaptado lingüística y culturalmente por María Paola Ruiz Bernardo (2012).
2. Identificar el comportamiento que muestran los alumnos de las licenciaturas en Enfermería y en Enfermería y Obstetricia, en los diferentes rasgos que integran las cinco dimensiones que reúne el instrumento de Chen y Starosta.
3. Identificar si existen diferencias en la sensibilidad intercultural de los alumnos de las licenciaturas en Enfermería y en Enfermería y Obstetricia, vinculadas con algunas de sus características personales y contextuales.
4. Sugerir propuestas a partir de los resultados, que promuevan en la formación de los licenciados en Enfermería y en Enfermería y Obstetricia, una mayor sensibilidad intercultural, favoreciendo la conformación de las competencias culturales que requiere enfermería, fundamentalmente en el terreno de la educación para la salud.

### 1.3. Hipótesis

#### Hipótesis de investigación

Existen diferencias entre la sensibilidad intercultural de las y los estudiantes de las licenciaturas en Enfermería y en Enfermería y Obstetricia.

Las alumnas y los alumnos de la licenciatura en Enfermería y Enfermería y Obstetricia, tienen una baja sensibilidad intercultural.

#### Hipótesis nula

No existen diferencias entre la sensibilidad intercultural de las y los estudiantes de las licenciaturas en Enfermería y en Enfermería y Obstetricia.

Los alumnos de la licenciatura en Enfermería y Enfermería y Obstetricia, tienen una alta sensibilidad intercultural

## II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

### 2.1 Marco Teórico

#### 2.1.1 La inmigración en México

La inmigración a México (INEGI, Tasas de inmigración, emigración y migración neta por entidad federativa, 1995-2000), comenzó en el siglo XIX. Sin embargo, a lo largo de los tres siglos que transcurrieron desde la conquista en el siglo XVI, hasta la guerra de independencia, en los albores del siglo XIX ocurrieron los primeros flujos inmigratorios hacia los territorios que hoy conforman México. En ese período, inmigrantes españoles y de otras naciones llegaron primero, como conquistadores, después como misioneros, encomenderos, colonizadores, esclavos y oportunistas. Ese proceso, aunado al desplazamiento y migración internos de la población autóctona, decidieron la dinámica de la gestación de una nueva nación que hoy conocemos como la "nación mexicana".

La población del México actual tiene una composición multiétnica basada fundamentalmente en sus pueblos indígenas y enriquecida por la presencia de inmigrantes de otras naciones y de quienes resultaron del proceso de mestizaje entre esos grupos (OECD, 2000)

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece en su artículo 30 que: "Todo hombre tiene derecho para entrar en la República, salir de ella, viajar por su territorio y mudar de residencia, sin necesidad de carta de seguridad, pasaporte, salvo-conducto u otros requisitos semejantes. El ejercicio de este derecho estará subordinado a las facultades de la autoridad judicial, en los casos de responsabilidad criminal o civil, y a las de la autoridad administrativa, por lo que toca a las limitaciones que impongan las leyes sobre emigración, inmigración y salubridad general de la República, o sobre extranjeros perniciosos

residentes en el país.” Tanto el artículo 33 como el 9 constitucional limitan a los extranjeros a inmiscuirse en los asuntos políticos del país.

Este mismo artículo, otorga a los extranjeros las mismas garantías que a los nacionales, por lo que son protegidos por lo establecido en el artículo 4°; la igualdad del hombre y la mujer y el 1° que prohíbe toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

El Art. 133 constitucional indica que los tratados internacionales firmados por el presidente y ratificados por el senado, serán ley suprema de toda la unión. Por lo que en la actualidad los diversos tratados internacionales protegen diferentes derechos protectores de las personas migrantes, como es el caso de la Convención Interamericana sobre Derechos Humanos (CIDH, 1969) que en su artículo 22 establece los derechos de circulación y residencia, estipulando entre otras cosas el derecho de salir libremente de cualquier país inclusive del propio y solo podrá ser restringido mediante leyes para proteger la seguridad nacional, la seguridad o el orden públicos, la moral o la salud públicas o los derechos y libertades de los demás. México es parte de la Convención sobre Trabajadores Migrantes de Naciones Unidas en donde se estipulan ampliamente sus derechos y del corpus iuris de protección de los derechos de las mujeres y las niñas.

La inmigración en México (INEGI, Tasas de inmigración, emigración y migración neta por entidad federativa, 1995-2000), no ha tenido un impacto desbordante entre la población total en comparación con otros países, pero sí ha habido un incremento considerable en la población extranjera, desde que México se consolidó como nación independiente. Por la posición geográfica de México y debido a motivos sociales, económicos, climatológicos, culturales y de tránsito se ha dado la permanencia de extranjeros en todo el territorio. El país no ha buscado

históricamente la inmigración masiva, sino que ha sido foco de atracción de una inmigración más selectiva a la que se suma una vieja tradición de asilo político por persecución religiosa o ideológica, por lo que en México residen intelectuales, científicos y artistas venidos de otras naciones y que han contribuido en diversos campos científicos y artísticos.

El INEGI, menciona que aunque México es netamente un país de emigración, a diario arriban extranjeros a su territorio y deciden quedarse en el país por tiempo indefinido, que tienen una estancia legal mayor a seis meses desde que ingresaron al país, sin embargo la difícil situación de control en las fronteras y aduanas nacionales impide tener un conteo exacto de ingreso de extranjeros, su origen y su destino. El 80% de los extranjeros que viven en México provienen de países limítrofes (Estados Unidos y Guatemala), otras comunidades importantes provienen principalmente de naciones hispanohablantes, de las cuales sobresalen las comunidades españolas, colombianas, argentinas, cubanas, venezolanas y hondureñas, el resto de la inmigración proviene de otras naciones no hispanas. En el año 2010 ya no se registraron migraciones predominantemente europeas, asiáticas y africanas como en décadas y siglos anteriores. (INEGI, Tasas de inmigración, emigración y migración neta por entidad federativa, 1995-2000)

México en el siglo XXI, no solo es atractivo por su clima, cultura y el bajo costo de vida para los jubilados de países desarrollados o para aquellos extranjeros que deciden emprender grandes negocios a causa de una numerosa población de consumidores nacionales (Morales, 2009); se han dado otros fenómenos sociales que obligan a los extranjeros a internarse en México de manera ilegal sin ser un caso generalizado, por ejemplo; el tráfico de centroamericanos, sudamericanos, asiáticos y caribeños con la intención de llegar a los Estados Unidos, el trato de blancas con jóvenes del Caribe, Sudamérica o Europa Oriental, la explotación laboral de población extranjera flotante en campos de cultivo y zonas turísticas. Debido al alto grado de corrupción y de impunidad, instituciones como la ONU, Derechos Humanos, Interpol, CEPAL, entre otras, están pendientes de todo lo

ocurrido en el territorio mexicano en materia de migración y violación al libre tránsito como un derecho.

En México, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2011) en el 2010 la población era de 112'322,757 habitantes, la mayor entre los países de habla hispana, la segunda de América Latina detrás de la de Brasil y la undécima en el mundo. A lo largo del siglo XX la población mexicana pasó de 13,6 a 97,5 millones de habitantes al crecer a tasas en torno al 3% anual entre 1940 y 1980. Este ritmo de crecimiento, generalizado en los países en desarrollo en ese periodo, fue calificado de explosión demográfica y motivó la adopción de una política de control de la natalidad a partir de los años setenta. Aunque esta tendencia se ha reducido y la tasa promedio de crecimiento anual de los últimos años ha sido menor al 1,50%, la transición demográfica aún está en progreso, y México cuenta con una gran cohorte de jóvenes.

La ciudad más poblada del país es la capital, la Ciudad de México, con una población de 8,7 millones de habitantes (2005), y el área metropolitana es la más poblada del país con 20.137.152 millones de habitantes (INEGI, En México somos 112 millones 322 mil 757 habitantes al 12 de junio de 2011, 2011).

Aproximadamente el 50% de la población vive en una de las 55 áreas metropolitanas de México.

Según el INEGI (2011), estimaciones recientes, México sufrirá un periodo de envejecimiento de la población, para el 2025 se estima que la población mayor de 60 años sea de 35'561,222, sobre todo en el ambiente rural norteño, donde la población joven emigra a los EE. UU.. A la larga, la tasa de natalidad también bajará y aumentará la esperanza de vida. Sin embargo, este envejecimiento no será tan drástico como en el caso de los países europeos.

Actualmente (CONAPO, 2000), somos más de 112 millones de mexicanos y para el 2025 serán alrededor de 140 millones.

Desde la década de los ochenta, la población mexicana se ha descentralizado lentamente: del 2000 al 2005 (INEGI, Tasa de crecimiento media anual de la población por entidad federativa, 1990 a 2005) la tasa anual promedio de crecimiento de la capital, el Distrito Federal, fue la cuarta más baja entre las entidades federativas del país, con tan solo 0,2%. El estado con la tasa de crecimiento más baja en el mismo periodo fue Michoacán (-0,1%), mientras que los estados con las mayores tasas de crecimiento fueron Quintana Roo (4,7%) y Baja California Sur (3,4%), los cuales fueron los últimos territorios en convertirse en estados de la federación en la década de 1970.

La tasa neta de migración anual promedio del Distrito Federal en el mismo periodo fue negativa y la más baja de todas las entidades federativas del país, mientras que los estados con la tasa neta de migración más alta fueron Quintana Roo (2,7), Baja California (INEGI, En México somos 112 millones 322 mil 757 habitantes al 12 de junio de 2011, 2011) (INEGI, Tasas de inmigración, emigración y migración neta por entidad federativa, 1995-2000) y Baja California Sur .

El porcentaje de la clasificación por edades por grupo etario es de: 0-14 años: 18,6% 15-64 años: 67,3% 65 años y más: 14,1%.

Aunque la tasa de crecimiento anual aún es positiva (1%), la tasa neta de migración internacional es negativa (-4,75 por cada 1.000 habitantes), dado el intenso flujo migratorio hacia los Estados Unidos; se estima que 5,3 millones de Mexicanos indocumentados vivían en los Estados Unidos en el 2004 (Passel, 2004), y 18,2 millones de ciudadanos de aquél país en el 2000 declararon ser de ascendencia mexicana (Donald L. Evans, 2000). México, de hecho, es el segundo país que más inmigrantes ha aportado a los Estados Unidos, después de Alemania.



Los estados y el Distrito Federal que conforman la federación mexicana se conocen como "entidades federativas". Las cinco entidades federativas más pobladas de México en el 2005 fueron el estado de México (14,4 millones), el Distrito Federal (8,7 millones), Veracruz (7,1 millones), Jalisco (6,7 millones) y Puebla (5,4 millones), los cuales en conjunto albergaban al 40,7% de la población del país. (INEGI, En México somos 112 millones 322 mil 757 habitantes al 12 de junio de 2011, 2011).

La Ciudad de México, siendo a su vez el Distrito Federal, es la ciudad más poblada del país, mientras que la zona metropolitana de la Ciudad de México, formada por la ciudad misma y diversos municipios adyacentes, es la novena conurbación más poblada del mundo.

El crecimiento poblacional intenso de los estados del norte, especialmente en la frontera con los Estados Unidos, (INEGI, En México somos 112 millones 322 mil 757 habitantes al 12 de junio de 2011, 2011) cambió el perfil demográfico de México durante la segunda mitad del siglo XX, ya que desde 1967, mediante el Tratado de la Industria Maquiladora entre los Estados Unidos y México, todos los productos manufacturados en las ciudades fronterizas podían entrar libres de impuestos a los Estados Unidos. Desde que el Tratado de Libre Comercio de América del Norte entró en vigor, todos los productos ahora entran libres de impuestos a los Estados Unidos sin importar su estado de origen. De esta manera, el porcentaje de las exportaciones de las ciudades fronterizas ha disminuido (Hufbauer and Schott, 2005), lo cual, aunado al proceso de descentralización, ha permitido el desarrollo de nuevos centros regionales de crecimiento económico, como Guadalajara, Monterrey, Puebla, San Luis Potosí, León y Torreón, entre otros.

### 2.1.2 Multiculturalismo y diversidad cultural

Durante la década de 1970 y 1980, México abrió sus puertas a los inmigrantes perseguidos de Latinoamérica, principalmente refugiados políticos de Argentina, Chile, Cuba, España, Perú, Brasil, Colombia, Venezuela y Centroamérica. Una segunda ola de inmigrantes ha llegado a causa de las dificultades económicas de algunos países de la región. La comunidad argentina, cuyo tamaño se ha estimado entre 11.000 y 30.000 personas (Vega, 2005), es la segunda comunidad de extranjeros más grandes del país, después de la comunidad de estadounidenses.

México es el país donde más ciudadanos estadounidenses viven en el extranjero. La Asociación de Ciudadanos Estadounidenses en el Extranjero ha estimado que poco más de un millón de ciudadanos estadounidenses viven en México (es decir, el 1% de la población total de México, y el 25% de todos los ciudadanos estadounidenses que viven en el extranjero). Este fenómeno migratorio bien se puede explicar por la integración cada vez mayor de ambos países bajo el TLCAN, pero también porque México se ha convertido en un lugar popular para retirarse, especialmente los pueblos pequeños: tan sólo en el estado de Guanajuato, en San Miguel de Allende y sus alrededores, viven 200.000 ciudadanos estadounidenses. (Go south, old man, 2005) Las Ciudades con más ciudadanos estadounidenses son la Ciudad de México (D.F.), Ensenada (B. C.) y Tijuana (B. C.).

Las diferencias entre las estimaciones oficiales y de organismos privados sobre el número de extranjeros viviendo en México son significativas. La cifra oficial de extranjeros residiendo en México en el 2000 había 492.617, de los cuales la mayoría (77.9%) proviene de los Estados Unidos (excepto en Chiapas, donde la mayoría de los inmigrantes es de Centroamérica). Los cinco estados con el mayor número de inmigrantes son Baja California (12,1% del total de inmigrantes), el Distrito Federal (11,4%), Jalisco (9,9%), Chihuahua (9%) y Tamaulipas (7,3%).

Más del 54% de la población inmigrante tienen menos de 15 años de edad, y el 9% más de cincuenta. (INEGI, Migración internacional captada a través de la Encuesta Nacional de Ocupación y empleo 2006-2012 ENOE, 2012)

## Religiones en México

Según el INEGI, la población mexicana es predominantemente católica (en el censo del 2010, último del que se tienen datos sobre religión, el 83,9% de la población de 5 años y más se identificó como católica), aunque un porcentaje mucho menor (46%) asiste a la iglesia regularmente. Cerca del 5,9% de la población se clasificó como protestante o evangélica, y 2,3% se clasificó como bíblica no evangélica (una clasificación que agrupa a los adventistas, mormones, y a los Testigos de Jehová); finalmente el 0,05% se clasificó como judíos, el 4,6% sin religión. El grupo más grande de evangélicos fue el de pentecostales y carismáticos (clasificados como "otras" y ahora como neo-pentecostales).

De igual forma, este instituto, refiere que los estados con el porcentaje más alto de católicos se encuentran en el centro del país, principalmente Guanajuato (93,8%) y en occidente Aguascalientes (92,3%) y Jalisco (92,0%), mientras que los estados del sureste tienen el porcentaje más bajo de católicos: Chiapas (58,3%), Tabasco (64,5%), y Campeche (63,1%). El porcentaje de católicos ha estado decayendo durante las últimas cuatro décadas, del 98% en 1950 a 87,9% en el 2000. El crecimiento promedio anual de católicos de 1990 al 2000 fue de 1,7%, mientras que el de los no-católicos fue de 3,7%. Dado que la tasa de crecimiento promedio anual de la población durante el mismo periodo fue de 1,8%, el porcentaje de católicos continúa decreciendo.

La constitución no requiere que el presidente profese el catolicismo (como es el caso en Argentina); el Estado no provee de financiación a la Iglesia (como es el caso de España), y la Iglesia no participa en la educación pública (ninguna escuela pública puede ser administrada por la iglesia y no se permite la

enseñanza de religión, salvo en las escuelas privadas). Incluso, el gobierno nacionalizó las propiedades de la Iglesia (algunas ya fueron devueltas durante la década de 1990), y los sacerdotes o ministros de culto perdían el derecho a votar y ser votados (desde la década de 1990 ya pueden votar, pero no pueden ejercer ningún cargo público)

## Lenguas en México

El INEGI, señala que la lengua más importante y oficial de facto en México es el español. El español mexicano muestra una variedad de acentos y dialectos que varían entre regiones y estados, pero con características uniformes con respecto a los dialectos del español en otros países. La Ley de los Derechos Lingüísticos del 2001 declaró que las 62 lenguas indígenas de México son "lenguas nacionales" con la "misma validez" que el español en los territorios donde se hablen. La lengua indígena con el mayor número de hablantes es el náhuatl (2,5% de la población total), seguido del maya yucateco (1,8%). En la Ciudad de México y otras grandes ciudades, después del flujo migratorio de zonas rurales a urbanas, existen grandes distritos donde se hablan lenguas indígenas.

Durante la primera mitad del siglo XX el gobierno promovió una política de "castellanización", con el fin de integrar a los pueblos indígenas a la sociedad mexicana. Sin embargo, esta política ha cambiado, y desde la década de 1980, el gobierno ha establecido programas bilingües e interculturales en las comunidades indígenas. Esta política ha tenido éxito en las comunidades con un número elevado de hablantes, pero muchas lenguas, con menos de 1,000 habitantes, están en peligro de extinción.

La segunda lengua más hablada en México, sin embargo, es el inglés, utilizado sobre todo en las ciudades fronterizas, los centros turísticos y en las grandes ciudades, un fenómeno atribuible al Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), así como al retorno de los emigrantes mexicanos de los Estados

Unidos. De las lenguas de los inmigrantes a México, el véneto de Chipilo (Puebla) y el plautdietsch (de los menonitas), de Durango y Chihuahua se hablan en comunidades aisladas. Otras lenguas que se hablan en México son el francés, el alemán y el ruso. Aunque algunas de estas lenguas tienen un número de hablantes mayor que el de algunas de las 62 lenguas nacionales, no tienen ningún reconocimiento ni apoyo por parte del gobierno.

Entre la comunidad con discapacidad auditiva se encuentran presentes la lengua de señas mexicana, yucateca y americana y entre los invidentes el braille español.

### Grupos étnicos

México es un país étnicamente diverso, debido a que el INEGI no realiza encuestas respecto al origen étnico de la población, sí hace una aproximación a partir de estudios realizados por terceros.

Según datos publicados en 2006 por la Comisión Nacional de los Pueblos Indígenas, la población indígena había bajado a 9,8% en 2005, de 10,5% en el año 2000.

El artículo segundo de la constitución de México define al país como una nación pluricultural sostenida originalmente en sus pueblos indígenas. Tradicionalmente, México se ha definido como nación mestiza e indígena, tanto cultural como étnicamente.

### Pueblos indígenas

La constitución de México reconoce a los 62 pueblos indígenas que viven en el territorio mexicano y les otorga libre determinación y protege su cultura y su lengua. Esta protección se extiende a los pueblos indígenas que emigraron desde los Estados Unidos o Guatemala durante el siglo XIX y el siglo XX.

Los municipios en los que se encuentran los pueblos indígenas pueden mantener sus sistemas normativos tradicionales en relación con la elección de sus autoridades. Este sistema se conoce como "usos y costumbres". De acuerdo a las cifras oficiales (reportadas por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas), los pueblos indígenas representan entre el 10-11% de la población del país.

Aunque aproximadamente sólo la mitad (5% de la población total) todavía habla su lengua nativa, y 7% de ellos (menos del 1% de la población total) no habla español. De acuerdo con los datos de la CONADEPI (2010) los estados con el porcentaje más alto de indígenas son: Yucatán (59%), Oaxaca (48%), Quintana Roo (39%), Chiapas (28%), Campeche (27%), Hidalgo (24%), Puebla (19%), Guerrero (17%), San Luís Potosí (15%) y Veracruz (15%).

La población de ascendencia africana tiene su origen en el periodo Colonial, con el tráfico de esclavos de España. La población afroamericana, de ascendencia mixta, vive sobre todo en las áreas costeras de Veracruz, Tabasco y la región de Costa Chica en Oaxaca y Guerrero. Son cuantitativamente importantes en esa zona.

También en el estado de Morelos hay presencia de afroamericanos descendientes de esclavos negros que trabajaron en las plantaciones de caña de azúcar de las haciendas región.

Después de la Segunda Guerra Mundial llegaron a nuestro país otros inmigrantes, principalmente de Francia, Italia, Reino Unido Irlanda y Alemania.

Inmigrantes de Armenia, Rumania, Rusia, Suecia, Polonia, Bélgica, Croacia, Dinamarca, Eslovenia, Finlandia, Noruega, Países Bajos y Judíos Askenazis, además de los refugiados españoles que llegaron en el siglo XX, como exiliados del Régimen de Franco.

Los judíos europeos askenazís, se unieron a la comunidad sefardita que vivía en México desde tiempos de la colonia, aunque muchos vivían como cripto-judíos, principalmente en los estados de Nuevo León, Tamaulipas y Jalisco.

Algunas comunidades de europeos se han mantenido aisladas del resto de la población mexicana desde su llegada, como los menonitas de ascendencia holandesa de Chihuahua y Durango y los vénetos de Chipilo, Puebla, que han mantenido sus lenguas.

La Población Blanca en México se ubica principalmente en el norte del país, en estados como Sonora, Chihuahua, Baja California, Nuevo León, Durango, Coahuila y Sinaloa.

Otros grupos étnicos

Otros grupos de inmigrantes importantes provinieron del Líbano y Turquía, la mayoría de los cuales viven en el centro de México, principalmente en Puebla y Tampico, así como de China, Japón y Corea.

### 2.1.3. La cultura y el cuidado de la salud

La manera en que entendemos el mundo, el cuerpo, la salud y la enfermedad y todos los procesos de interacción entre los individuos y su ambiente, cambia de una cultura a otra; por eso, para poder entendernos con personas de otras culturas, es necesario establecer puentes y acuerdos comunes de comunicación.

La Organización Panamericana de la Salud señala: "...La interculturalidad está basada en el diálogo, donde ambas partes se escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer, de avasallar, sino de concertar...". (OPS-OMS, 2002)

Interculturalidad significa, una relación donde varios grupos y poblaciones culturales diferentes, conviven y se relacionan compartiendo espacios territoriales, lingüísticos y jurídicos. Sin embargo, a diferencia de la multiculturalidad, donde se reconoce la diversidad de poblaciones y sin embargo un grupo cultural mantiene una relación de hegemonía sobre los demás, en las relaciones interculturales existe la disposición del reconocimiento a partir del ejercicio de derechos, no como concesión ni claudicación de los privilegios de un grupo ante otro, sino como el marco para potenciar relaciones hacia la convivencia social.

Además de los contextos multiculturales de las regiones indígenas, los fenómenos migratorios plantean nuevos retos hacia las relaciones sociales donde las propuestas interculturales proponen esquemas para el abordaje conceptual hacia la relación entre culturas que comparten obligadamente un espacio territorial (Alcina, 1997), por eso, la palabra interculturalidad pretende fomentar la horizontalidad, aceptación, respeto, inclusión, equidad, reciprocidad y solidaridad; no sólo se refiere a su ámbito en las regiones indígenas, sino también en las ciudades, en el contexto de la interacción de diversos grupos socioculturales de muy diversa índole e intereses.

### Barreras culturales

Las barreras y los elementos que dificultan y limitan el acceso a los servicios de salud se identifican como económicas, geográficas y culturales.

Con el propósito de atenuar las barreras geográficas, la Secretaría de Salud, implementó la construcción de centros y casas de salud cada vez más cercanos a los diferentes centros de población, además de programas de ampliación de la cobertura y la extensión de los servicios, con equipos itinerantes y auxiliares de salud.



Para el caso de las barreras económicas, en el año 2003 se constituyó el Sistema Nacional de Protección Social en Salud y en el periodo del 2006-2012, se impulsó, el “Seguro Médico para una nueva Generación”, con el fin de otorgar servicios médicos a todos los recién nacidos con la clara intención de disminuir el empobrecimiento por causas de gastos catastróficos en salud.

En cuanto a las “barreras culturales” delimitadas por la lengua, las tradiciones y el contexto que en el caso de la atención a la salud, se manifiestan en la organización de los servicios (sistema) en las actitudes del personal de los servicios de salud y en la de los usuarios.

La medicina actual se vincula con el hecho de que no se valora la importancia de la dimensión cultural del proceso salud-enfermedad-atención, enfocando los mayores esfuerzos a brindar al personal del sistema de atención, una visión más orientada a la esfera biológica y tecnológica, en detrimento de una visión más integral del ser humano.

#### 2.1.4. La Competencia Cultural en enfermería

El ser humano, donde quiera que se encuentre, siempre está inmerso y en relación dinámica con la cultura que lo rodea. Este es un poderoso legado que el hombre mismo ha ido construyendo a través de su historia y que, en relación dinámica con él, lo influye y lo moldea. Es así como Geertz afirma que “sin hombres no hay cultura por cierto, pero igualmente, y esto es más significativo, sin cultura no hay hombres” (Geertz, 2000).

Para los profesionales de la salud no podría pasar desapercibida la cultura, como una variable que no solo afecta a los receptores del cuidado, sino también a ellos mismos. La cultura influencia nuestro desarrollo como seres humanos desde lo biológico, lo psicológico, lo social y, por supuesto, lo cultural en sí mismo (Leininger, 1995).

Frecuentemente, se asocia el término cultura a la forma en que se espera que determinado grupo hable, se alimente, se vista, organice su familia y se conduzca en general.

Para Lipson (2000), cultura es “un sistema de símbolos que son compartidos, aprendidos y transmitidos a través de generaciones en un grupo social”. Además, “la cultura interviene entre los seres humanos y el caos. Es la guía dinámica para que la gente perciba el mundo y para que entienda cómo debe de comportarse con los otros”. Se puede considerar entonces, la cultura como un elemento que condiciona el comportamiento y las decisiones de quienes están inmersos.

El antropólogo Marvin Harris (1989) define la cultura como un modo socialmente aprendido de vida que se encuentra en las sociedades humanas y que abarca todos los aspectos de la vida social, incluidos el pensamiento y el comportamiento. Harris afirma que William Durham (1991) y otros antropólogos contemporáneos sostienen que la cultura consiste exclusivamente en entidades ideacionales o mentales compartidas y transmitidas socialmente, como valores, ideas, creencias y otras afines “a los espíritus de los seres humanos”. Esto lo deduce de observar cómo, en algunas situaciones, el comportamiento guía o modifica la forma de pensar de un grupo social respecto a ciertos asuntos en particular. Implica, entonces, una relación dinámica entre creencias y prácticas, las cuales se influyen mutuamente, imprimiendo a la cultura su carácter dinámico que le permite ajustarse a las condiciones humanas.

Geertz (2000) propone que la cultura se comprende mejor no como complejos de esquemas concretos de conducta (costumbres, usanzas, tradiciones, conjunto de hábitos), como ha ocurrido en general hasta ahora, sino como una serie de mecanismos de control (planes, recetas, fórmulas reglas, instrucciones: lo que los ingenieros de computación llaman “programas”), que gobiernan la conducta.

Para Geertz cultura es “la trama de significados en función de la cual los seres humanos interpretan su existencia y experiencia, así mismo como conducen sus acciones”

Desde la enfermería transcultural, Purnell y Paulanka (Purnell, 2003) definen la cultura como la totalidad de patrones de comportamiento, artes, creencias, valores, costumbres, estilos de vida y otros productos del trabajo y el pensamiento humanos socialmente transmitidos, características de una población de personas, que guían su visión del mundo y su toma de decisiones.

Herrera (2008) resume que la cultura es desarrollada por los seres humanos y a la vez ella influye a las personas en su pensar y en su actuar. Dentro de la cultura, las creencias orientan (más no condicionan) las prácticas; y éstas a su vez pueden modificar las creencias. Y afirma que la cultura actúa como guía dinámica que orienta y modula la convivencia grupal humana. Para esta autora el brindar cuidados de salud, es prudente tener en cuenta la cultura dentro de la cual la persona o el grupo poblacional están inmersos, ya que es de esperarse que cada cultura implique un repertorio distinto de creencias y de prácticas de cuidado de la salud, que deben respetarse y considerarse para lograr el objetivo del cuidado.

De acuerdo a Leininger (1995) (Leininger, 2006) el cuidado está presente en todas las culturas pero tiene características diferentes en cada una de ellas. Para ella “la cultura es el conocimiento aprendido, compartido y transmitido sobre los valores, creencias y estilos de vida de un grupo particular el cual es transmitido de generación en generación e influencia los pensamientos, las decisiones y las acciones en patrones o en formas ya establecidas” y el cuidado que tienen en cuenta el aspecto cultural o “cuidado cultural” se define como “los valores, creencias y patrones de estilo de vida aprendidos y transmitidos profesional y popularmente y que se usan para asistir , facilitar o capacitar a individuos o grupos para mantener su bienestar o su salud o mejorar una condición humana o estilo de vida”.

La teoría de la diversidad cultural y universalidad del cuidado cultural desarrollada por Leininger en los años 50' tiene como propósito descubrir, documentar, conocer y explicar la interdependencia del cuidado y el fenómeno de la cultura, con las diferencias y coincidencias entre culturas y dentro de ellas., lo cual fundamenta a la enfermería transcultural, la cual busca responder a la necesidad de que las enfermeras estén en capacidad de cuidar a personas de culturas distintas o similares en todo el mundo, es decir culturalmente competentes.

Lipson (2000) considera tres razones por las cuales la cultura es importante para enfermería:

1. La gran migración de personas entre países del mundo entero
2. La cultura es parte importante de la identidad de cada persona
3. Si se desconoce este aspecto, el cuidado de enfermería puede terminar siendo inefectivo o hasta dañino.

Lo anterior señala Lipson (Lipson, 2000), evidencia el papel fundamental que juega la enfermería transcultural en un mundo que tiende a la globalización, la cual favorece las relaciones entre personas de distintas culturas. Señala también que para que el encuentro entre las culturas sea favorable se requiere conocer las características de la cultura, así como el respeto por las diferencias.

Lenninger (2006), propone que el cuidado cultural incluye el “cuidado genérico” referido como el aprendido y transmitido, tradicional y popularmente (*perspectiva emic*), usado hábilmente por la cultura y el “cuidado profesional” se refiere al conocimiento *etic* aprendido cognitiva y formalmente practicado hábilmente.

Para ella, el cuidado cultural implica acciones o decisiones con respecto a las expresiones, patrones y prácticas de cuidado, pues luego de analizarlos a la luz del contexto cultural, se debe decidir si se mantienen, se negocian o se reestructuran.

El cuidado culturalmente competente, definido por la Academia Americana de Enfermería en el 2005, es el cuidado que es sensible a los temas de cultura, raza, género, orientación sexual, clase social y situación económica (Meleis, Isenberg, Koerner y Stern: 1995; citadas por Lipson, J., 2002). Meleis define *cuidado culturalmente competente*, como aquel que es sensible a las diferencias individuales que los pacientes y sus familias pueden tener en sus experiencias y respuestas debido a su herencia, orientación sexual, situación socioeconómica, etnia y experiencia cultural.

Existen varios modelos de competencia cultural, los cuales buscan identificar los aspectos de la cultura que influyen en el cuidado y en la relación que existe entre ellos, así como las características de los cuidadores de salud “*culturalmente competentes*”, dentro de éstos están el modelo de valoración transcultural desarrollado por Joyce Newman Giger y Ruth Davidhizar (Giger, 1999), el modelo de Larry Purnell (Purnell, 2003) de competencia cultural; el proceso de competencia cultural en los servicios de cuidado de la salud Caphinha-Bacote (2002) desarrollado por ella misma en 1998 y la perspectiva cultural trabajada por Juliene Lipson (Lipson J. G., 2000) entre otros modelos.

Todos los modelos anteriores contemplan desde una u otra perspectiva los distintos aspectos culturales que influyen en el cuidado de la salud y que deben tener en cuenta tanto al receptor de los cuidados como el proveedor de los mismos al momento de planear, organizar, ejecutar, evaluar o reajustar los cuidados de la salud de las personas. Generalmente estos aspectos pasan inadvertidos pues forman parte de la cotidianidad de las personas.

Todo lo anterior muestra que existe un verdadero interés por los teóricos de enfermería, en que es necesario considerar los aspectos culturales que influyen en el cuidado de la salud, para responder a una necesidad real en enfermería: cuidar

a personas de culturas diferentes que piensan y actúan de forma particularmente especial.

#### 2.1.4. Sensibilidad intercultural

La Sensibilidad Intercultural (S.I.) se refiere a “el deseo que motiva a las personas a conocer, comprender, apreciar y aceptar las diferencias entre culturas” (Chen y Starosta, 1996).

La relevancia de esta competencia radica en su necesidad para hacer frente a la competitividad internacional tanto en el ámbito laboral, como en el académico o el social.

La sensibilidad intercultural (intercultural sensitivity) (Chen, Intercultural communication competence: a synthesis, 1996), corresponde al aspecto afectivo de la competencia comunicativa intercultural, esta dimensión, se centra en las emociones personales o en los cambios de sentimientos causados por situaciones particulares, personas y ambientes, según Bronfenbrenner citado por Chen y Starosta (1998).

El constructo de sensibilidad emocional se concibe como una expresión de la reactividad emocional de los individuos, cuyo foco puede estar tanto en las propias emociones, como en las de otros.

Estos autores se han centrado en el desarrollo del aspecto afectivo al que han llamado Sensibilidad Intercultural. Para Chen y Starosta (1996) el constructo de sensibilidad intercultural, se basa en la *“capacidad de proyectar y recibir respuestas emocionales positivas antes, durante y después de las interacciones interculturales”*.

En este componente priman las emociones y los sentimientos provocados por situaciones particulares, personas y ambientes diversos culturalmente, lo cual es

motivo de un choque cultural que puede verse atenuado o aminorado si se ven fortalecidas las siguientes características personales (Vilà, 2005).

Visión optimista. El autoconcepto (*self-concept*) que hace referencia al modo en que una persona se ve a sí misma. Con conceptos implicados como la autoestima, la visión optimista que puede inspirar confianza en sus interacciones (Chen y Starosta, 1996).

La apertura de mente (*open-mindedness*), que favorece la aceptación de las explicaciones de los demás, y reconocer, apreciar y aceptar diferentes visiones e ideas en la interacción intercultural (Chen y Starosta, 1996).

Actitudes de no juzgar (*nonjudgmental attitudes*) significa no aceptar ciertos prejuicios que impidan la escucha sincera del otro durante la comunicación. Se nutre así un sentimiento de disfrute sobre las diferencias culturales en las interacciones interculturales (Chen y Starosta, 1996).

Empatía: es la actitud que se refiere a la capacidad de situarse en la mente de alguien culturalmente distinto y desarrollar pensamientos y emociones semejante en la interacción.

Autoregulación (*self-monitoring*), hace referencia a la capacidad de detectar coacciones situacionales para regularse y cambiar los propios comportamientos. Aspecto que con anterioridad se conceptualizó como elemento cognitivo. Implicación en la interacción (*interaction involvement*), que comprende tres conceptos: sensibilidad (*responsiveness*), atención (*attentiveness*), y perspicacia (*perceptiveness*).

La sólida conceptualización de este constructo les permitió el desarrollo de un instrumento específico denominado *escala de sensibilidad intercultural (ISS)*. El instrumento se desarrolló del siguiente modo:

Inicialmente elaboraron 73 ítems con 6 dimensiones, en una escala de actitudes tipo Likert. Luego de diversos procesos estadísticos se depuró quedando definidos 24 ítems. Los cuales mediante análisis factorial permitieron identificar cinco factores básicos:

1. La implicación en la interacción (*interaction engagement*)
2. El respeto por las diferencias culturales (*respect of cultural differences*)
3. La confianza en la interacción (*interaction confidence*)
4. El grado de disfrute de la interacción (*interaction enjoyment*)
5. La atención en la interacción (*interaction attentiveness*)

(Ruiz Bernardo, 2012) señala que este enfoque es actualmente el más utilizado por diversos investigadores como Fritz, Möllenberg and Chen en el 2001; Vilà, en 2005; De Santos Velasco en 2004; Sanhueza y Cardona, en 2009; etc y que se han realizado adaptaciones en diferentes idiomas y a diversos contextos culturales.

Vilà, define la sensibilidad intercultural como “*aquellas capacidades de emitir respuestas emocionales positivas y controlar aquellas emociones que pueden perjudicar la comunicación intercultural*”. (Vilà, 2006: 355)

Sensibilidad intercultural (Goleman, 2008), es una “emoción de constitución compleja”; en tanto se observa la coherencia de la emoción que se orienta por el pensamiento y da lugar a la respuesta conductual que de ambos procede; al hablar de una emoción, más la cognición y la conducta, se puede establecer una clara conexión de este constructo con lo que otros autores llaman actitud.

Entonces la sensibilidad intercultural es una actitud, la cual desde el enfoque sociopedagógico tiene varias definiciones. Para Thomas y Znaniecki (Ruiz Bernardo, 2012), tal vez la más antigua de todas las definiciones, quienes dicen que las actitudes serían reflejo a nivel individual de los valores sociales de su grupo. Concepción que se aproxima a la situación de la sensibilidad intercultural



en tanto se sabe que es propia de cada individuo, pero que se desarrolla en función del contexto que la determina.

Otra definición de actitudes, de Krech y Crutchfield en 1948 (Ruiz Bernardo, 2012), que se aproxima a la de sensibilidad intercultural, señala que son un sistema estable de evaluaciones positivas o negativas, sentimientos, emociones y tendencias de acción desfavorables o favorables respecto a objetos sociales. En ésta se destaca el hecho que se hace mención a sentimientos y emociones que orientan la acción.

Desde el plano pedagógico, Sales y García definen “la actitud como una predisposición aprendida para responder consistentemente de un modo favorable o desfavorable ante personas o grupos de personas, objetos sociales y situaciones” (Sales y García citado en Ruiz Bernardo, 2012:87)

El hecho de ser una predisposición aprendida, también es común a la sensibilidad intercultural, en tanto que ésta se desarrolla y evoluciona (Bennett, 1998) y se puede gestionar desde el aprendizaje y el control de las emociones complejas.

Las definiciones anteriores tienen rasgos comunes entre la sensibilidad intercultural y las actitudes:

La predisposición o tendencia a la acción para comportarse de una manera determinada ante situaciones determinadas. Existe en el individuo y es adquirida por la socialización y el aprendizaje. Se supone que la infraestructura de esta predisposición es algún estado mental (Ruiz Bernardo, 2012).

Por tanto, este estado mental se halla integrado por tres elementos: comportamental, afectivo y cognitivo. Sales y García (Ruiz Bernardo, 2012) lo explican diciendo que el componente cognitivo son las creencias sobre el objeto, el componente afectivo, los sentimientos hacia el objeto y sus atributos y el componente conductual es todo tipo de respuesta que manifiesta a tal actitud.

Esta última característica, trae a juego lo que se denomina el modelo multidimensional de Beckler en 1984, (Ruiz Bernardo, 2012) en tanto éste confirma, mediante un modelo multifactorial, que existen tres componentes y que están muy vinculados entre sí.

María Paola Ruíz Bernardo (2012), en su tesis doctoral resalta, el énfasis que se le da al componente afectivo, ya que ante un objeto conocido se asocian sentimientos positivos o negativos y esta carga afectiva se debe al condicionamiento de la experiencia que tiene el sujeto. También señala que otra forma de generar esa carga emocional es a través de la reflexión. Destaca que este componente es el más importante dentro de las actitudes. En tanto que el componente cognitivo es el fundamento de la actitud, el mismo puede ser real o erróneo pero sirve para justificar tal actitud. Y por último el componente conativo o comportamental, es como se ha dicho, la tendencia a la acción y por tanto el elemento dinamizador de la actitud que en definitiva manifiesta la conjunción de los otros dos componentes.

Ruiz Bernardo (2012), asegura que al referirse a la sensibilidad intercultural se está refiriendo a una actitud que se rige por estos componentes. Menciona que en la sensibilidad intercultural existe una actitud positiva y/o adecuada y también una situación negativa o desfavorable que puede ser la situación opuesta de la misma actitud positiva, es decir el otro extremo de la misma emoción. Por lo que de acuerdo con Sales y García (Sales y García citado en Ruiz Bernardo, 2012:87), que plantea que el prejuicio, es la actitud negativa que se opone a la sensibilidad intercultural.

A la vez menciona que otro elemento que refuerza el pensar en el prejuicio como la actitud opuesta a la sensibilidad intercultural es el hecho de que tienen la misma dinámica para su desarrollo. Desde las teorías sociológicas se justifican en tanto la lucha por los bienes sociales y económicos lleva a un conflicto atribuyendo unos valores específicos a cada grupo o estrato social, estos esquemas se repiten de

generación en generación para mantener el status de cada grupo, esta transmisión se realiza a través de la socialización. Refiere que desde las teorías psicológicas, el prejuicio es la manera en que el sujeto encausa su agresividad, generada por frustraciones, a figuras sin autoridad, las que se conocen como “chivos expiatorios”. Y que la relación de la sensibilidad intercultural, con las teorías sociológicas tiene como elemento común, que ha aparecido en los análisis de los conceptos previos, un fuerte componente o determinante social, relacionado con la imagen social que se tiene de las minorías, y por ello el trabajo relacionado con los medios de comunicación y las posibilidades de visibilización (hacer visible lo que no aparece normalmente a la vista de la sociedad) positiva de esas minorías (Iranzo y Ruiz, 2007).

En la dinámica para el desarrollo de la sensibilidad intercultural, desde el plano psicológico, se busca desarrollar emociones positivas, contrario a la agresión que surge de la frustración, y para ello juega un papel fundamental el saber disfrutar de la diversidad cultural que es uno de los componentes del constructo que definen (Chen, y Starosta, 2000).

La sensibilidad intercultural se considera como una actitud, con tres elementos: el cognitivo, el afectivo y el comportamental, definida como un enfoque socio-comunitario.

#### 2.1.6. La formación del profesional de enfermería en la Educación para la Salud en la diversidad cultural

La formación, de los profesionales de la Enfermería en el terreno de la antropología y la salud intercultural en México, es un tema íntimamente articulado con la emergencia, crecimiento, desarrollo y consolidación de la disciplina antropológica en nuestro país.

Según Holen y Littlewood, (Martorell, 2010), la antropología de la enfermería incluye el estudio de las características socioculturales que definen la profesión

enfermera, es decir, se centra en el estudio de las prácticas, tradiciones y rituales implicados en dicha disciplina. En tanto que la antropología para enfermería como concepto se interesa por la forma en que los conceptos y teorías de antropología pueden ser aplicados a la práctica de la enfermería, es decir estudia como la antropología puede proporcionar un marco de trabajo para los cuidados.

La inclusión de la dimensión cultural en los cuidados de enfermería se dio en el siglo pasado, en la década de los cuarenta, especialmente en las enfermeras que atendían a los militares durante la Segunda Guerra Mundial, quienes empezaron a ver la necesidad de entender las diferencias culturales.

En la educación algunos antropólogos y científicos sociales introdujeron el contenido cultural en la enseñanza en enfermería. En 1937 la Liga Nacional de Enfermería, recomienda incluir un mínimo de 10 horas semestrales de ciencias sociales en el curriculum de los estudiantes, a instancias de la Joint Commission y de la Rusell Sage Foundation de la Cornell University School of Nursing a iniciativa de Margaret Mead y Rhoda Metraux.

A partir de la constitución del Council on Nursing and Anthopology en 1968 se formaron otras instituciones como la Transcultural Nursing Society en 1974 y la American Nurses Association's on Inter-Cultural Diversity, en 1980.

A la fecha, la antropología se encuentra en un estadio de renovación y reconceptualización de su objeto de análisis (Casasa, 2010), en especial la rama de la antropología médica de la cual se han derivado la rama de antropología de la salud y más recientemente la antropología del cuidado, que se comienza a desarrollar ligada a la enfermería.

El modelo de salud hegemónico, en nuestra cultura en especial en el modelo clínico, Casasa (2010) señala, que se percibe un conflicto de creencias, ya que la medicina moderna juega el importante papel de una imposición simbólica en el

que juegan interés, poderes y saberes. Que contrario a la perspectiva antropológica en la que el hombre debe ser comprendido como una totalidad, biológica, psicológica y cultural, en donde alcanzar la totalidad es difícil, ya que existe un espejismo cuando se cree comprender la totalidad, pero se deja de lado la dimensión cultural de la persona porque se le considera ignorante, de escasos recursos, con creencias y prácticas que se tachan de supercherías.

En la actualidad dada la interculturalidad en el campo de la salud, es evidente la necesidad de que los profesionales de la salud cuenten con las competencias culturales indispensables para la atención de los problemas interculturales, que le permitan entender y comprender los patrones culturales de percepción de la salud-enfermedad y de los tratamientos.

Lo anterior aplica también en la Promoción de la Salud, considerada como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla (OMS, 1998).

La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los *determinantes de la salud* y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.

De manera particular en la educación para la salud la cual de acuerdo con la OMS, comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la *alfabetización sanitaria*, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de *habilidades personales* que conduzcan a la salud individual y de la *comunidad*.

La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la *salud*. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la *salud*, sino también la que se refiere a los *factores de riesgo y comportamientos de riesgo*, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la *salud*.

En este sentido, en la (Eneo, 2007), dentro de los programas de estudio del cuarto semestre, se incluye la asignatura: Educación para la Salud, con una duración de 48 horas de teoría y 32 horas de práctica, bajo la modalidad de curso taller, para lo cual cuentan con los conocimientos de Sociedad y Salud, Salud Colectiva, Ecología y Salud. La materia de Educación para la salud, da la pauta para que los alumnos cursen las asignaturas de Antropología del cuidado, Gestión para el cuidado y Enfermería comunitaria.

Los contenidos de esta asignatura implican una formación técnica en aspectos de interacción y contacto con la comunidad y la diversidad sociocultural, dirigida a explicar las costumbres, hábitos y creencias de estos grupos, que están en estrecha relación con las formas de atender su salud, así como con los daños que presentan.

Con enfoque a adquirir conocimiento sobre los fines, los principios y las diversas metodologías para llevar a cabo intervenciones educativas en salud para lograr a mediano plazo, incidir en los estilos de vida de las personas, generando una cultura a favor de la salud.

Otra asignatura obligatoria, en el cuarto semestre de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia es la de Didáctica de la Educación para la Salud, con 48 horas de duración, en el área Proceso Salud-Enfermedad en las diferentes etapas evolutivas.

El programa, aporta elementos que permiten planear, aplicar y evaluar, acciones de educación para la salud que atienden necesidades específicas, a partir del reconocimiento de los ámbitos socioculturales y las determinantes socioeconómicas que se presentan y marcan diferencias en las condiciones, los riesgos y los daños a la salud que enfrenta una comunidad determinada.

Incluye tres unidades, en la primera de ellas se aborda la educación como un proceso social que adquiere características propias en función de los contextos culturales en que tiene lugar y que se presenta bajo estructuras formales, no formales e informales, con lo cual el alumno podrá apreciar las implicaciones que tiene el fenómeno educativo en la sociedad. Este primer acercamiento a la educación permitirá ubicar de manera más significativa, en una segunda unidad, a la educación para la salud como una función de la atención primaria y como un concepto que actualmente es definido desde diferentes referentes políticos, teóricos y prácticos que enfatizan algún aspecto particular (prevención, autocuidado, fomento a la salud entre otros), pero que se perfilan con base en un propósito común.

El programa parte de una concepción amplia de la educación para la salud que recupera las dimensiones sociales, culturales, comunicativas y psicológicas, así como las implicaciones que esto tiene para el desarrollo disciplinar de la enfermería, los individuos y los grupos de educandos.

En la última unidad se analizan aspectos de carácter pedagógico-didáctico fundamentales para el educador de la salud que promueve procesos de enseñanza y de aprendizaje con fines claramente intencionados. Asimismo, se

revisan las temáticas de planeación, coordinación y evaluación de programas de educación para la salud que respondan a determinadas circunstancias.



## 2.2. Estado del arte

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos MEDLINE, CINALH, CUIDEN, Biblioteca Cochrane, INDEX y Cultura de los Cuidados, así como los archivos del Journal of Transcultural Nursing, combinando los descriptores estudios cualitativos, cuidado cultural, multicultural, intercultural, transcultural, competencia cultural, educación para la salud, modelo de competencia cultural, antropología y enfermería. A partir de ésta se puede afirmar que no existe información que aborde de manera específica la Educación para la Salud Culturalmente Competente en el Primer Nivel de Atención.

Así mismo se consultaron las bases de la Secretaria de Salud, relacionadas con el nivel de salud de la población así como con las acciones, estrategias y Programa Nacional de Salud, del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) respecto a la estadística poblacional, del Instituto Mexicano del Seguro Social y de la Secretaria de Salud del Gobierno del Distrito Federal.

### 2.2.1. Modelos de Competencia cultural

En los estudios antecedentes relacionados con la competencia cultural de la enfermera en la Educación para la Salud, se identifica que en el ámbito internacional, entre las enfermeras existe un gran interés por los cuidados culturales, esto como resultado de la migración creciente de la población de un país a otro, en busca de mejores condiciones de vida, del desplazamiento de las personas como consecuencia de los movimientos armados de los últimos años, así como de la búsqueda de mejores condiciones de vida y oportunidades sociales, económicas y educativas y de la globalización, entre otros factores.

Fue durante la década de los 70 que Madelaine Leininger, con base en las disciplinas de la antropología y de la enfermería, definió la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y

el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo, en respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, así como del modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico, para proporcionar una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y/o la práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura (Leininger, 1995).

Leininger desarrollo el modelo de la Enfermería Transcultural y la teoría de la “Diversidad y universalidad en el cuidado cultural”, así como el “Modelo del Sol Naciente” que se refiere el proceso de competencia cultural en los servicios de cuidado de la salud, es pionera en emplear el término de etnoenfermería, como “el estudio, documentación y análisis, desde una perspectiva local o *emic*, del punto de vista de las personas, las creencias y las practicas sobre fenómenos potenciales o actuales de cuidados de enfermería dentro de una cultura particular para generar conocimiento enfermero” (Leininger, 1995).

El modelo enfatiza una visión universal, con consideración de las diferencias culturales del individuo, familia y comunidad con creencias, valores y prácticas culturales diversas.

Joyce Newman Giger (1999), con base en el modelo anterior, desarrolló un segundo modelo de Asesoramiento e intervención en Enfermería Transcultural, el cual, se enfoca a la definición de enfermería transcultural; el cuidado de enfermería culturalmente diverso; los individuos culturalmente únicos y ambientes culturalmente sensibles.

Un modelo reciente es el desarrollado por Larry Purnell (1998), el cual incluye un diagrama que puede ser utilizado por los diferentes profesionales de la salud, con enfoque a diferentes dominios de la cultura y la salud.

El modelo del Volcán de Josepha Camphine-Bacote (2002), se enfoca al desarrollo de habilidades de actuar de la enfermera, con base en el conocimiento de la cultura de la comunidad y del paciente.

Julienne G. Lipson (2000), desarrolló desde la visión de la complejidad, lo que ella denomina, perspectiva cultural, la cual, considera que el cuidado de Enfermería culturalmente competente, es más que el enfoque sobre el conocimiento, sobre un paciente o grupo cultural, para lo cual, enfoca al cuidado desde las perspectivas del contexto, el componente objetivo se centra en las características culturales del paciente, familia y comunidad, el componente subjetivo está focalizado en la propia enfermera.

En el campo de la investigación en Enfermería aunque es notorio el incremento de la aplicación de dichos modelos en las intervenciones, se identifican algunos trabajos, en cuyo caso hacen referencia principalmente al de la doctora Leininger y al de Purnell.

Durante la revisión efectuada, se identificó que los trabajos de investigación están realizados en mayor número bajo el paradigma positivista es decir cuantitativo y, en un menor número bajo el cualitativo, encontrando algunos trabajos que combinan ambos paradigmas.

Es conveniente señalar que en el ámbito internacional, existen investigaciones de Enfermería, que se refieren principalmente a estudios sobre la práctica de la Enfermería, encaminados a evaluar el desempeño profesional de la enfermera en diversas áreas y a medir la satisfacción del personal; a la calidad de la atención de Enfermería para determinar la eficiencia de las acciones y un tercer aspecto es la evaluación del personal para conocer el nivel de preparación y la calidad del trabajo (Urbina, 2004) (Urbina,2002) (Urbina, 2003).

En disciplinas como la pedagogía, lingüística, sociología, ciencias de la comunicación y bibliotecología, existen estudios encaminados a determinar las competencias profesionales, con el propósito de legitimar a la profesión, o bien definir las competencias básicas de la enfermería y el trayecto formativo de su construcción, sobre este último caso pueden verse la Tesis doctoral de Irma Piña Jiménez, en la que menciona: la tendencia a instituir estándares internacionales en el desempeño profesional de la enfermera, frente a un mercado mundial que desconoce las particularidades culturales, (Piña, 2012) y los trabajos de Urbina que refieren formas de evaluación de las competencias de los profesionales de Enfermería, en el contexto cubano (Urbina, 2002) (Urbina, 2004) (Urbina, 2003) y (Pilleux, 2001).

De igual forma, se identifica que se han conformado grupos de enfermeras interesados en el estudio de la cultura en Enfermería, su importancia y trascendencia para el cuidado cultural, las competencias culturales de la enfermera y su aplicación tanto en la educación como en la investigación, así como para la construcción de teorías culturales de Enfermería, cuyos objetivos principales se centran en asegurar, que las necesidades de cuidados de la sociedad global, sean tratadas por profesionales culturalmente competentes.

En la práctica, están las enfermeras que aún cuando experimentan la diversidad cultural en su trabajo cotidiano, no la afrontan como tal y consideran que un buen cuidado es tratar a todos los pacientes por igual.

Aparentemente, un trato igualitario a la gente suena bien, pero a pesar de las buenas intenciones, tratar a todos de igual manera, es ignorar o desconocer sus necesidades reales de cuidado, mismas que devienen de sus condiciones de vida y de sus diferencias culturales, derivando en conductas, valores y percepciones distintas de ver el mundo, y de tratar la salud y la enfermedad, en cada individuo.

En opinión de Lipson (2000), un buen cuidado requiere que se acepte al paciente como individuo y en familia en el contexto de su cultura, por lo que no se puede esperar a que las personas en crisis, cambien sus creencias y conducta para ajustarse a la cultura de las unidades médicas.

### 2.2.2. La medición de la sensibilidad intercultural

El estudio de la sensibilidad intercultural ha estado orientado al desarrollo de modelos de diagnóstico, para medir los fenómenos de la sensibilidad y de las emociones vinculadas al enfoque intercultural como el de la sensibilidad emocional (Construcción y validación de la escala de sensibilidad emocional (ESE). un nuevo enfoque para medir neuroticismo, 2005) de Guarino y Roger (Guarino, L. y Roger, D., 2005), de la Universidad Simón Bolívar de Venezuela, junto con la Universidad de Canterbury en Nueva Zelanda, investigaciones desarrolladas para elaborar la escala para medir la sensibilidad emocional, la cual examina su implicación en el proceso del estrés–enfermedad, para ellos el constructo de sensibilidad emocional se concibe como una expresión de la reactividad emocional de los individuos, cuyo foco puede estar tanto en las propias emociones, como en las de otros.

Resultado de su estudio desarrollaron y validaron la Escala de Sensibilidad Emocional (*Emotional Sensitivity Scale, ESS*), la cual incluye dos dimensiones dependientes de la sensibilidad: *Sensibilidad Egocéntrica Negativa* y *Sensibilidad Interpersonal Positiva* (Guarino, 2005).

La *Sensibilidad Egocéntrica Negativa (SEN)* describe la tendencia de los individuos a reaccionar negativamente con emociones de aprehensión, rabia, desesperanza, vulnerabilidad y autocrítica ante las demandas ambientales y situaciones estresantes; mientras que las de *Sensibilidad Interpersonal Positiva (SIP)* describe la tendencia a orientarse emocionalmente hacia los otros, mostrando gran habilidad para reconocer las emociones de otros y manifestar preocupación y compasión por aquellos que sufren o atraviesan circunstancias.

El estudio (Guarino y Roger, 2005) reveló resultados interesantes que demuestran las diferencias moderadas en la estructura factorial del ESS en sus versiones hispana y anglosajona, indicando así que hay formas culturalmente distintivas de conceptualizar las emociones.

En su tesis (Ruiz Bernardo, 2012), señala que la sensibilidad intercultural, desde la perspectiva propuesta por Milton Bennett y sus colaboradores (1998), se ha centrado especialmente en la habilidad para identificar y apreciar las diferencias culturales relevantes (Hammer, Bennett, y Wiseman, 2003).

Este estudio permitió desarrollar el Modelo de Desarrollo de Sensibilidad Intercultural (*The Development Model of Intercultural Sensitivity*), que describe las etapas que suceden en diversas situaciones en las cuales las personas experimentan y entienden las diferencias culturales y consecuentemente actúan mediante adaptación o reacción según la etapa en que se encuentre.

El aporte teórico de este estudio, es el desarrollo de modelos con los cambios en la estructura del pensamiento y de la visión del mundo, donde los cambios actitudinales y comportamentales funcionan como indicadores de la visión del mundo de la persona (Hammer, 2003).

Este estudio comprende 3 etapas, la primera denominada *etnocéntrica*, en donde las experiencias comienzan con la negación de la existencia de otras culturas, a través de un punto de vista polarizado reflejado en “nosotros” versus “ellos”. Lo que significa que se siente que la propia cultura es de alguna forma superior o mejor que las otras, esta etapa consta de tres fases:

Negación (omisión del individuo en el que ignora lo que ocurre y es incapaz de experimentar diferencias culturales)

Defensa (el individuo ya experimenta otras culturas, pero a la vez, ve a estas culturas de un modo superficial)

Minimización (tendencia a minimizar las diferencias que se encuentran ante la diversidad cultural, las diferencias culturales son vistas como menos importantes, dándole prioridad a lo humano, a los valores y a los principios universales).

La segunda etapa se denominó (Bennett, 1998), "etnorelativa" y comprende tres fases:

Aceptación (las personas perciben las diferencias culturales y las aceptan de modo respetuoso.

Adaptación (las personas en esta fase son capaces de mirar al mundo "con otros ojos")

Integración (la persona se desenvuelve cotidianamente utilizando las diferentes visiones del mundo integrando las diferencias en algo nuevo y particular de su forma de actuar).

Hammer, Bennett y Wiseman (Hammer M. R., 2003), crearon un instrumento para evaluar el nivel de desarrollo individual según el modelo evolutivo de la sensibilidad intercultural antes descrito, al que denominaron Inventario de Desarrollo Intercultural o IDI, el cual permite una lectura detallada del punto de vista global predominante de una persona en relación a cómo experimenta su visión de las otras culturas

Chen, Starosta (2000) proponen un modelo de competencias interculturales basado en la construcción de la multiculturalidad de forma interactiva (interactive-multiculture building), este modelo está basado en Belay (1993) y Bennett (1986).

El objetivo de éste es facilitar entre los interlocutores actitudes de reconocimiento, respeto, tolerancia e integración de las diferencias culturales, para llegar a la construcción de una ciudadanía global (Aguaded, 2006).

El modelo representa un proceso de transformación basado en la interdependencia simétrica que se explica a partir de tres componentes (Vilà, 2005):

1. **Afectivo:** representa la sensibilidad intercultural, promovida a través de un autoconcepto positivo, la apertura mental, actitudes no condenatorias y la relajación social.
2. **Cognitivo:** representa la conciencia intercultural, que incluye la autoconciencia y la comprensión de la propia cultura así como de las culturas de otras personas.
3. **Comportamental:** que representa la habilidad intercultural basada en habilidades para transmitir el mensaje, el auto-despliegue apropiado, la flexibilidad comportamental, el manejo de la interacción y las habilidades sociales.

El instrumento propuesto por (Chen, y Starosta, 2000) ha sido utilizado en varias investigaciones en Europa, particularmente en España, las cuales comparte las mismas características de contexto dentro del ámbito académico o escolar.

En Alemania, la ISS fue adaptada por Wolfgang Fritz, Antje Möllenberg and Guo-Ming Chen (2001) y se aplicó a estudiantes universitarios de la Universidad de Mannheim. Chen, G., quién pudo validar el instrumento original, verificando la constitución del constructo con las cinco dimensiones de la escala inicial, lo que sirvió además para comprobar la validez del constructo en otra cultura y lengua otorgándole un rango de universalidad al mismo.

En España, la traducción de la escala al español y su aplicación como instrumento diagnóstico ha sido ampliamente utilizada en diferentes niveles del sistema educativo:



En Educación Primaria, (Sanhueza S., 2009) publicaron un estudio que tenía por objetivo evaluar la sensibilidad intercultural de alumnos de Educación Primaria, como así también indagar diferencias étnicas, de edad y de género. La muestra se componía de 198 alumnos/as de educación primaria, de cuarto, quinto y sexto curso, de dos colegios públicos de la provincia de 5 GREDI: *Grup de Recerca en Educació Intercultural. Universitat de Barcelona*.

En Alicante, se utilizó la escala ISS adaptada por las investigadoras (Sanhueza S., 2009). En este caso el análisis factorial identificó dos factores. El primero: Respuesta Emocional Positiva hacia la Interacción (REP) y el segundo: Respuesta Emocional Negativa (REN). Los resultados revelan que los participantes tienen una buena sensibilidad intercultural, pero asociada a una actitud pasiva hacia la interacción.

En Educación Secundaria, (Vilà, 2005) la tesis planteó dos problemas básicos: 1º ¿qué competencias comunicativas interculturales son necesarias en el primer ciclo de la ESO? y ante la propuesta de una intervención educativa a través de un programa. 2º ¿qué aportaciones supone su aplicación en un contexto concreto?

Utilizó un diseño metodológico mixto basado en la integración, por combinación, de una aproximación cuantitativa y cualitativa en tres fases: 1. diagnóstico de las competencias: investigación por encuesta, mediante la adaptación de la *escala de sensibilidad intercultural* y la creación del *test de comunicación intercultural*, 2. creación del *programa de comunicación intercultural* según este diagnóstico y 3. adaptación, aplicación y evaluación del programa en un contexto concreto.

En este mismo nivel educativo (Aguaded, 2006), realizó un estudio, a fin de identificar carencias y necesidades en el desarrollo de la sensibilidad intercultural en los alumnos del primer ciclo de la ESO de la provincia de Huelva. La muestra se constituyó por 386 alumnos. Los resultados demuestran que se producen y disfrutaban de interacciones positivas entre los alumnos de diferentes culturas.

También se observó que los estudiantes que no habían vivido un proceso migratorio, interno o externo, eran menos sensibles.

En la Educación Superior, (De Santos, 2004), en su tesis doctoral explica la formación para el desarrollo de las competencias interculturales, para la gestión de la diversidad en las organizaciones empresariales. Aborda el tema desde el ámbito universitario, tanto en cuanto a la oferta que existe actualmente, como en cuanto a la que pudiera existir para favorecer el desarrollo de dichas competencias en el alumnado universitario.

La adaptación del ISS, estuvo orientada a población adulta, estudiantes de las universidades de Cataluña, como diagnóstico para una posterior intervención en el área de educación superior.

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1. Diseño del estudio

El presente estudio propone una modalidad de investigación descriptiva, que tiene como objetivo la descripción de los perfiles de la sensibilidad intercultural, de los alumnos de la licenciatura en Enfermería y de Enfermería y Obstetricia de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Según Hernández (Hernández, 2006), los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de persona, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a análisis.

Se trata de un estudio con enfoque cuantitativo descriptivo y correlacional.

#### 3.2. Población y muestra

La población del estudio, la constituyeron los alumnos de las dos licenciaturas que ofrece actualmente la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, de la Universidad Nacional Autónoma de México, en el sistema escolarizado, es decir la Licenciatura en Enfermería y la licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

La muestra se integró por 240 alumnos pertenecientes a ambas licenciaturas, número que representa el 10% de la población total del estudio. De los turnos matutino y vespertino que han concluido el 1°, 3°, 5°, 7° y 8° semestres y pasantes de las licenciaturas en Enfermería y en Enfermería y Obstetricia del sistema escolarizado de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.

En el caso de la licenciatura en Enfermería se aplicó a 68 alumnos y de Enfermería y Obstetricia se aplicó a 172 alumnos.

### 3.3. Criterios de inclusión

Alumnos que han concluido los semestres 1°, 3°, 5°, 7°, 8° y pasantes de las licenciaturas en Enfermería y en Enfermería y Obstetricia.

Estudiantes que acepten participar en el estudio.

Mujeres y hombres.

### 3.4. Criterios de exclusión

Estudiantes que no acepten participar en el estudio.

### 3.5. Área geográfica

El instrumento se aplicó en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, durante el periodo intersemestral y de reinscripciones al ciclo escolar 2013, en que los alumnos acudieron a tomar cursos extracurriculares y a realizar trámites administrativos. De esta forma se obtuvieron respuestas de 60 alumnos que cursarían el 2° semestre 84 alumnos el 4° semestre, 45 alumnos el 6° y 45 alumnos el 8avo semestre y 2 pasantes.

### 3.6. Procedimiento

El llenado del instrumento fue autoadministrado y si bien se aplicaron 390 cuestionarios, se excluyeron 155 por estar incompletos en su llenado, quedando 240 cuestionarios bien llenados.

### 3.7. Cuestiones éticas

Este estudio se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, capítulo I. Disposiciones comunes (1987), en tanto la aplicación del instrumento de investigación atendió los aspectos éticos que garantizaban la dignidad y el bienestar de la persona que participó, pues no representó ningún riesgo quien lo contestara, y se solicitó previamente su consentimiento.

También se consideró el Código Deontológico de Enfermería que alude a la contribución de la enfermera al desarrollo de conocimientos profesionales basados en la investigación.

#### Consentimiento por parte de la institución

Para este estudio se solicitó por escrito a las autoridades de la ENEO, su autorización para la aplicación de los cuestionarios.

#### Consentimiento informado de los participantes

Así mismo en apego al principio de autonomía, los alumnos dieron su consentimiento para responder el cuestionario, una vez que leyeron con que propósito se realizaba este estudio e indicándoles que su participación sería voluntaria y que podían retirarse en el momento en que lo quisieran. La información proporcionada fue de carácter confidencial y anónima, en consideración a lo establecido en el Art. 16 del mismo Reglamento, que hace referencia a la privacidad del individuo que está sujeto a una investigación.

### 3.8. Métodos estadísticos

A partir de las características que reúne el instrumento de investigación y de las variables que comprende, se elaboró una base de datos en el programa estadístico SPSS, versión 15. La información reunida a partir del instrumento de investigación, fué codificada y capturada en dicha base de datos y posteriormente se derivaron medidas de tendencia central y se corrieron pruebas estadísticas de ANOVA y t de student para identificar probabilidad estadística.

### 3.9. Instrumento de investigación

La realización de esta investigación retomó la escala adaptada de Sensibilidad Intercultural (ISS por sus siglas en inglés que significan Intercultural Sensibility Scale) de Chen y Astorga (2000), solicitando su autorización y obteniendo su permiso para su aplicación.

El ISS es un cuestionario con escala de actitud, en concreto la actitud hacia el hecho de interactuar con personas de diferente cultura.

El instrumento comprende 24 ítems distribuidos en 5 dimensiones: implicación en la interacción (8 ítems); respeto por las diferencias culturales (5 ítems); confianza en la interacción (4 ítems); disfrute de la interacción (3 ítems) y atención en la interacción (4 ítems).

Cada afirmación puede ser calificada a partir de una escala de Liker, que en este caso comprendió las cinco opciones de respuesta:

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo

- Totalmente en desacuerdo

Para ello, los alumnos deben marcar el grado de acuerdo o desacuerdo con cada uno de los 24 ítems utilizando una escala de 5 puntos. La puntuación mínima posible de la escala es de 24 puntos (que mostraría una actitud en contra) y la máxima de 120 puntos (que mostraría una actitud muy favorable), siendo la puntuación de 72 la que mostraría una actitud indiferente o indecisa.

Este instrumento fue traducido y adaptado lingüística y culturalmente al español por María Paola Ruíz Bernardo en el 2012 y aplicado a la población de la provincia de Castellón, dentro de una campaña de sensibilización.

Previo a la aplicación del cuestionario en nuestra población, se aplicó a manera de piloteo a cinco personas con las mismas características de la población de estudio, en la idea de verificarla comprensión y el sentido de los planteamientos, solo se requirió ajuste en una palabra en una pregunta.

A este instrumento se le agregaron preguntas que exploraban variables socio-demográficas tales como: edad, sexo, experiencia laboral, nacionalidad, lugar de residencia, estado civil, religión y conocimiento de otros idiomas, entre otras.

## CAPÍTULO IV. RESULTADOS

### 4.1. Resultados descriptivos

Una vez que se corrieron los datos en el programa de SPSS para Word versión 15, se obtuvieron frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central, se elaboraron cuadros y gráficas para iniciar el análisis de los resultados.

A continuación se presentan los resultados del estudio, mostrando en primer lugar las características socio demográficos de los estudiantes participantes, seguida por los datos relativos al grado de sensibilidad intercultural gruesa, así como por cada una de sus dimensiones y los datos que muestran las diferencias por cada licenciatura.

#### 4.1.1 Características socio demográficas

Tabla 1.  
Características demográficas  
n=240

Variable	Frecuencias	Porcentaje
<b>Género</b>		
Masculino	53	22.1
Femenino	183	76.3
<b>Edad (años)</b>		
	Media = 21.62 SD = 4.04± Rango = 18-47	
<b>Carrera que cursa</b>		
Licenciatura en Enfermería	68	28.0
Licenciatura en Enfermería y Obstetricia	172	72.0
<b>Avance en los estudios</b>		
Primeros 2 años	144	60.0
Últimos 2 años	96	40.0
<b>Experiencia laboral</b>		
Si	49	20.0
No	191	80.0
<b>Tiempo de experiencia laboral</b>		
Menos de 1 año	35	94.0
Más de 1 año	14	6.0
<b>Ámbito de la experiencia laboral</b>		
Asistencial	38	78.0
Educativo	11	22.0
<b>Tipo de Institución</b>		
Pública	22	45.0
Privada	25	51.0
Ambas	2	9.0
<b>Nacionalidad</b>		
Mexicana	240	



Variable	Frecuencias	Porcentaje
<b>Nacidos en</b>		
Distrito Federal	184	77.0
Otra entidad	56	23.0
<b>Lugar de nacimiento del padre</b>		
México	238	99.0
Otra entidad	2	0.1
<b>Lugar de nacimiento de la madre</b>		
México	240	
<b>Residido en el extranjero</b>		
Si	12	5.0
No	228	95.0
<b>Tiempo de permanencia en el extranjero</b>		
Menos de 1 año	10	83.0
Más de 1 año	2	17.0
<b>Residido en el interior de la República Mexicana</b>		
Si	45	19.0
No	195	81.0
<b>Convivencia con personas de otras culturas</b>		
Si	88	37.0
No	152	63.0
<b>Lengua materna</b>		
Español	238	99.2
Nahuatl	1	0.4
Otomi	1	0.4
<b>Estudia otros idiomas</b>		
Si	216	90.0
No	24	10.0
<b>Idiomas que estudia</b>		
Inglés	190	88.0
Francés	24	11.0
Alemán	2	9.0
<b>Habla algún dialecto</b>		
Si	3	2.0
No	235	98.0
<b>Dialecto que habla</b>		
Huasteco	1	0.3
Náhuatl	2	0.7
<b>Estado civil</b>		
Soltero	214	89.0
Casado	10	4.0
Unión libre	11	5.0
Separado	3	1.0
Divorciado	1	0.5
Viudo	1	0.5
<b>Religión</b>		
Católica	180	75.0
Cristiana	20	8.0
Otras	7	3.0
Ninguna	33	14.0

El 72% de los alumnos encuestados, cursan la licenciatura en Enfermería y Obstetricia y el 28% la Licenciatura en Enfermería. El 60% del total de la población han cursado los dos primeros años de la carrera, mientras que el 40% se encuentran cursando los últimos semestres. El rango de edad de los participantes es de 29 años con una media de edad de 21.62 años  $\pm$ 4.04 años, la mayoría son mujeres (76%) y sólo el 22% son hombres. El 49% de los estudiantes refiere

contar con experiencia laboral, el 71.4% por menos de un año y el 28.6%) por un periodo mayor a un año.

El 100% de los alumnos son mexicanos, 77% nacidos en el Distrito Federal y el 23% en otras entidades de la República Mexicana y de éstos sólo una en el extranjero de padres mexicanos.

Únicamente el 5% de los alumnos ha vivido en el extranjero, con una permanencia mayor a 1 año el 17%, mientras que el 19% ha vivido en el interior de la República Mexicana.

Una tercera parte (36.7%) refiere que tiene convivencia con personas de otras culturas, principalmente en la escuela (21.7%), con amigos (17.1%), en su colonia (16.2%) y en su casa (14.6%).

La lengua materna que prevalece es el español (99%), aspecto congruente con la nacionalidad mexicana que refieren. El 90% estudia otros idiomas, principalmente el inglés en un 88%, seguido por el francés con un 11%; únicamente tres alumnos (2%) hablan algún dialecto, que es el huasteco y el náhuatl.

En cuanto a la participación en intercambios académicos, aspecto que se considera propicia una mayor sensibilidad intercultural, sólo 3 alumnos han participado a nivel internacional y 2 a nivel nacional.

La mayoría (89%) es soltero, seguido por el 5% que vive en unión libre y el 4% que está casado.

La religión que profesa la mayoría es la católica en un 75%, seguida por la cristiana con el 8%, otras el 3% y el 14% no profesa religión alguna.

#### 4.1.2. Grado de sensibilidad intercultural.

Respecto a la puntuación que los alumnos obtuvieron cuando se evaluó su sensibilidad intercultural mediante el cuestionario de Intercultural Sensibility Scale propuesto por Chen y Starosta (2000) traducido y adaptado por María Paola Ruíz Bernardo (2008), se encontró que la media fue de 93.13 con una desviación típica de  $9.21\pm$  de un total posible de 120 puntos

Considerando los rangos de Alta sensibilidad intercultural, media y baja, en la población total, como se observa en la tabla 2, el 92.5% tienen alta sensibilidad y el 7.5% media. Llama la atención que ningún estudiante tiene baja sensibilidad intercultural.

Tabla 2

#### NIVELES DE SENSIBILIDAD INTERCULTURAL

Niveles	F <sub>o</sub>	Porcentaje válido
Media sensibilidad intercultural	18	7.5
Alta sensibilidad intercultural	222	92.5
Total	240	100.0

#### 4.1.3. Sensibilidad cultural por dimensión.

Tabla 3

Dimensiones y total de ítems y puntajes del instrumento para medir la Sensibilidad Intercultural.

Dimensiones	Número de ítems	Puntuaciones	
		Mínima	Máxima
1. Implicación en la interacción	9, 10, 12, 13, 17, 19, 21, 22	8	40
2. Respeto por las diferencias culturales	2, 4, 8, 18, 20	5	25
3. Confianza en la interacción	3, 6, 7, 11	4	20
4. Disfrute de la interacción	5, 15, 23	3	15
5. Atención en la interacción	1, 14, 16, 24	4	20

Como se observa la estructura del instrumento comprende cinco dimensiones a saber; implicación en la interacción con personas de otras culturas; respeto por las diferencias culturales; confianza en la interacción; disfrute de la interacción y atención durante la interacción, por ello se consideró importante el análisis del comportamiento de las respuestas de los alumnos en cada uno de los rasgos que lo conforman cuyos datos se muestran en las tablas 3 a la 8.

Tabla 4

Porcentajes que integran la dimensión 1

Implicación en la interacción, por cada rasgo que la conforma

DIMENSIÓN 1. IMPLICACIÓN EN LA INTERACCIÓN		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
I9	Respeto los valores de las personas de otras culturas.	77.5	18.8	1.7	0.8	0.8
I10	Me resulta incómodo trabajar o compartir otros espacios con personas de diferentes culturas (p. ej. el elevador, el transporte público).	2.9	3.3	7.5	22.1	64.2
I12	Cuando conozco a alguien de otra cultura intento que no me influyan las ideas preconcebidas o los prejuicios que yo pueda tener acerca de su cultura.	23.8	30.8	27.1	11.3	7.1
I13	Con frecuencia no me siento a gusto cuando estoy con personas de otras culturas.	2.5	7.1	11.7	35.0	43.8
I17	Cuando me relaciono con personas de otras culturas, intento estar lo más atento posible a sus explicaciones, para poder entenderlas correctamente.	52.9	38.8	6.3	0.4	0.4
I19	Cuando me relaciono con personas de otras culturas creo que me doy cuenta claramente de las pequeñas diferencias de significado que pueden tener las palabras o las ideas.	27.5	50.8	16.7	2.9	0.8
I21	Normalmente, cuando me relaciono con personas de otras culturas, suelo ser bastante positivo con ellos para mostrarles interés y atención.	35.0	41.7	18.3	2.9	0.8
I22	En general, intento evitar las situaciones que me exigen relacionarme con personas de otras culturas.	1.7	5.0	20.8	32.9	38.3

Se identifica que la dimensión 1 que evalúa la implicación en la interacción de los estudiantes con personas de otras culturas, incluye ítems relacionados con el disfrute o la tensión que les produce el estar en relación con personas de otras culturas.

El análisis de esta dimensión muestra que en lo relativo al respeto de los valores casi el 80% se muestra totalmente de acuerdo; al evaluar la incomodidad que se siente por trabajar o compartir otros espacios con personas de diferentes culturas a dos terceras partes de los estudiantes no les causa incomodidad; en cuanto a la evaluación de la presencia de prejuicios acerca de otras culturas la opinión es más neutral (27.1%) y ya aparecen rasgos negativos (18.4%). El 80% de los alumnos no experimenta el disgusto por estar entre personas de otras culturas. En cuanto a la atención que se requiere para entender correctamente las explicaciones de personas de otras culturas en el 92% se muestran atentos; al explorar sí

identifican pequeñas diferencias de significado en las palabras o ideas, se observa que en casi el 80% de los alumnos las reconocen. Al estimar el interés y atención el 77% de las respuestas refleja una actitud positiva y el 71.2% no evita la relación con personas de otras culturas, mostrando sensibilidad intercultural.

**Tabla 5**  
**Porcentajes que integran la dimensión 2**  
**Respeto por las diferencias culturales, por cada rasgo que la conforma**

<b>DIMENSIÓN 2. RESPETO POR LAS DIFERENCIAS CULTURALES</b>		<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
I2	Creo que las personas de otras culturas tienen una mentalidad muy cerrada.	1.3	5.8	37.5	38.8	16.3
I4	Me es difícil hablar con personas de otras culturas, aun conociendo su idioma.	1.7	14.6	33.3	35.0	15.0
I8	Me produce tensión el relacionarme con personas de otras culturas.	2.9	6.7	18.3	39.6	31.7
I18	Normalmente acepto mejor las opiniones de las personas de mi propia cultura que las opiniones de las personas de otras culturas.	6.3	11.3	43.8	22.5	15.0
O120	Creo que mi cultura es mejor y más abierta que otras culturas.	2.5	4.6	35.8	25.4	30.0

La dimensión 2 que evalúa el respeto de los alumnos por las diferencias culturales, considera ítems sobre la tensión o dificultad que supone la relación con personas de otras culturas que pudieran representar una marcada postura etnocéntrica.

Respecto a creer que las personas de diferente cultura tienen una mentalidad cerrada se observa que poco más de la población de los estudiantes no consideran que las personas de diferente cultura tengan una mentalidad cerrada llama la atención que más de una tercera parte de ellos tiene una opinión neutra. Al explorar si al interactuar con personas que hablan otra lengua, aún cuando ésta sea conocida, se observa que a la mitad no le es difícil y que a una tercera parte de los estudiantes su opinión es neutra; cuando se evalúa la tensión en la relación con personas de otras culturas, más de las dos terceras partes (71.3%) manifiestan que no les produce tensión relacionarse con personas de otras culturas. En cuanto a aceptar que sean mejores las opiniones de personas de su

propia cultura que las de otras casi la mitad de las respuestas fueron neutras, y el 37.5% consideran que aceptan de igual manera las de unas como la propia. Llama la atención el 55.4% de los estudiantes se muestran abiertos a considerar otras culturas como iguales a la suya. Lo anterior muestra que no existe falta de respeto por las diferencias culturales ni tampoco insensibilidad intercultural.

Tabla 6  
Porcentajes que integran la dimensión 3  
Confianza en la interacción, por cada rasgo que la conforma

DIMENSIÓN 3. CONFIANZA EN LA INTERACCIÓN		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
I3	Cuando me relaciono con personas de culturas diferentes me siento bastante seguro de mí mismo.	22.5	38.3	30.0	4.6	3.3
I6	Cuando me relaciono con personas de otras culturas siempre sé qué decir.	3.3	20.8	52.1	20.0	2.9
I7	Soy igualmente sociable con personas de mi propia cultura que con personas de otras culturas.	39.6	32.9	17.5	7.5	2.5
I11	Creo que tengo habilidades para relacionarme con personas de una cultura diferente a la mía.	19.2	38.8	35.4	4.6	1.7

Se identifica que la dimensión 3 que evalúa la confianza de los estudiantes en la interacción con personas de otras culturas, está integrada por 4 ítems.

Respecto a la seguridad para relacionarse con personas de culturas diferentes se observa que casi dos terceras partes se sienten bastante seguros de sí mismos cuando se relacionan con personas de otras culturas; al evaluar siempre sé que decir con personas de otras culturas, la opinión es neutral en la mitad de los estudiantes, pero se observa que una quinta parte muestran que si sabrían que decir y una quinta parte no sabrían que decir. Al explorar si son igualmente sociables casi dos terceras partes de los estudiantes son sociables con personas de otras culturas y de la propia cultura y el 69% refiere que cuenta con habilidades para relacionarse con personas de otras culturas lo que favorece la sensibilidad intercultural.

Tabla 7

Porcentajes que integran la dimensión 4

Disfrute de la interacción, por cada rasgo que la conforma

DIMENSIÓN 4. DISFRUTE DE LA INTERACCIÓN		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
I5	Tengo una actitud más observadora y atenta cuando me relaciono con personas de otras culturas que cuando lo hago con personas de mi propia cultura.	17.5	37.1	22.5	17.5	5.4
I15	Cuando me relaciono con personas de otras culturas que hablan otra lengua, creo que no sé comunicarme suficientemente bien con ellos.	12.5	37.1	32.9	12.9	4.6
I23	Cuando converso con una persona de otra cultura, trato de mostrarle que le comprendo, a través de palabras o gestos.	25.8	49.6	19.2	2.5	1.7

Se identifica que la dimensión 4 que evalúa el disfrute de la interacción de los estudiantes, se integra por 3 items que exploran el interés y atención por comunicarse adecuadamente con personas de otras culturas. Por ejemplo al explorar si su actitud es más observadora y atenta que cuando se relacionan con personas de otras culturas refieren tener una actitud más observadora y atenta con personas de otras culturas poco más de la mitad (64.6%) que cuando lo hacen con personas de su propia cultura, una quinta parte se mostró neutral pero el 17.5% no. Al explorar si el hablar otra lengua se convierte en una barrera intercultural de igual forma se observa que casi la mitad de los estudiantes no se saben comunicar suficientemente bien con personas que hablan otra lengua , una tercera parte respondió de manera neutra con ciertos rasgos negativos. Respecto a mostrar comprensión de palabras y gestos como manifestación de interés y atención para comunicarse se observa que tres cuartas partes de los estudiantes consideran mostrarse comprensivos a través de palabras o gestos cuando conversan con personas de otra cultura.



Tabla 8  
 Porcentajes que integran la dimensión 5  
 Atención en la interacción, por cada rasgo que la conforma

DIMENSIÓN 5. ATENCIÓN EN LA INTERACCIÓN		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
I1	Me gusta relacionarme con personas de otras culturas.	62.9	28.3	8.8	0.0	0.0
I14	Me considero una persona de mente abierta a las diferencias culturales.	65.0	26.7	6.3	1.3	0.4
I16	Respeto la forma de comportarse de las personas de otras culturas.	60.4	31.3	4.6	1.3	1.3
I24	Me gustan las personas de culturas diferentes porque las encuentro muy interesantes.	50.0	30.4	15.8	1.3	0.8

Se identifica que la dimensión 5 se refiere a la atención de los alumnos en la interacción se caracteriza por los efectos y el deseo de querer interactuar y comunicarse con personas de otras culturas, a partir de una situación de respeto hacia las otras culturas.

En esta dimensión se observó respecto al agrado al relacionarse con personas de otras culturas que casi el 91% se muestra de acuerdo o totalmente de acuerdo; cuando se evalúa la opinión de considerarse una persona de mente abierta, la opinión se aglutina en el 91.7% la respuesta positiva. Al explorar el respeto al comportamiento de personas de otras culturas, éste se presenta positivamente en el 91.7% de los casos, mientras consideran a las personas de otras culturas como un aspecto interesante el 80.4%.

#### **4.1.4 Diferencias en la sensibilidad intercultural de los alumnos según características escolares, personales y contextuales.**

Al correr la prueba estadística de t de Student, para identificar si existían diferencias en la sensibilidad intercultural de los alumnos según la carrera que cursan, se encontró que no existen diferencias significativas entre ellos ( $t=-.308$ ,  $gl= 238$ ,  $p= .75$ ). Es decir, no existen diferencias de sensibilidad intercultural entre

los alumnos que cursan la licenciatura en Enfermería y los que cursan la licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Con el propósito de identificar si se observan diferencias en la puntuación de sensibilidad intercultural de los alumnos según su grado de avance en los estudios, se encontró que los alumnos que están en los dos primeros años de la carrera, muestran una media ligeramente menor (92.29) que los que están en los dos últimos años (94.77), ( $t=-2.015$ ,  $gl= 238$ ,  $p=.045$ ).

En lo que se refiere a la sensibilidad intercultural entre los alumnos según su sexo no se encontraron diferencias significativas ( $t=-0.216$ ,  $gl= 234$ ,  $p=.829$ ).

Tampoco se observó diferencia en la sensibilidad intercultural entre los alumnos que han vivido en el extranjero y los que no ( $t=0.870$ ,  $gl= 238$ ,  $p=.385$ ).

De la misma manera no se observó diferencia en la sensibilidad intercultural entre los alumnos que han vivido en el interior de la República Mexicana y los que no ( $t=0.955$ ,  $gl= 238$ ,  $p=.341$ ).

En lo que corresponde a la sensibilidad intercultural entre los alumnos que conviven con personas de otras culturas y los que no conviven con otras culturas, no se encontraron diferencias significativas ( $t=0.599$ ,  $gl= 238$ ,  $p=.550$ ).

En lo que se refiere a la sensibilidad intercultural entre los alumnos que tienen experiencia laboral y los que no la tienen, no se identificaron diferencias significativas ( $t=-0.121$ ,  $gl= 238$ ,  $p=.904$ ), sin embargo es importante señalar como se observa en la tabla 1 que en la mayoría de los casos la experiencia laboral es menor a 1 año.

En cuanto a la sensibilidad intercultural entre los alumnos que estudian otro idioma y los que no lo estudian, no se obtuvieron diferencias significativas ( $t=0.682$ ,  $gl=238$ ,  $p=.496$ ).

Con relación a la sensibilidad intercultural entre los alumnos según la religión que profesan, no se identificaron diferencias significativas ( $F=1.031$ ,  $p=.379$ ).

En relación a la sensibilidad intercultural entre los alumnos que han nacido en el Distrito Federal y los nacidos en otra entidad, no se observaron diferencias significativas ( $t=0.875$ ,  $gl=238$ ,  $p=.383$ ).

#### **4.1.5 Correlaciones**

Aunque significativa, es casi nula la asociación lineal entre la puntuación de sensibilidad intercultural de los estudiantes y su edad ( $r_p=.120$ ,  $p=0.03$ )

#### **4.2. Hallazgos e hipótesis**

Los datos indican congruencia con las hipótesis nulas, por lo que se acepta que:

No existen diferencias entre la sensibilidad intercultural de las y los estudiantes de las licenciaturas en Enfermería y en Enfermería y Obstetricia.

Los alumnos de la licenciatura en Enfermería y Enfermería y Obstetricia, tienen una alta sensibilidad intercultural.

Con lo cual se rechazaron las hipótesis de que existen diferencias entre la sensibilidad intercultural de las y los estudiantes de las licenciaturas en Enfermería y en Enfermería y Obstetricia.

Las alumnas y los alumnos de la licenciatura en Enfermería y Enfermería y Obstetricia, tienen una baja sensibilidad intercultural.

## IV. DISCUSIÓN

### 5.1. Análisis de la información

Los resultados obtenidos en el presente estudio, en la evaluación del grado de sensibilidad intercultural que tienen los alumnos de las licenciaturas en Enfermería y en Enfermería y Obstetricia, mediante el cuestionario ISS (2000) propuesto por Chen y Starosta, adaptado por María Paola Ruiz Bernardo, son similares a otros realizados en el contexto educativo, donde ha sido aplicada la Escala de Sensibilidad Intercultural.

En educación primaria el estudio realizado por Susan Sanhuenza y Ma Cristina Cardona en el 2009, quienes utilizaron la escala ISS, adaptada por ellas mismas y que como resultado del análisis factorial que realizaron identificaron 2 factores. El primero: respuesta emocional positiva hacia la interacción y el segundo: respuesta emocional negativa hacia la interacción, de donde concluyeron que los estudiantes tienen una buena sensibilidad intercultural pero asociada a una actitud pasiva a la interacción.

En educación secundaria, la sensibilidad intercultural ha sido objeto de estudio de Ruth Vilà Baños (2005), quién lo aplicó en adolescentes en dos etapas; una previa y otra posterior a una intervención educativa que diseñó como parte del programa de comunicación intercultural del segundo curso de la educación secundaria obligatoria, en el cual obtuvo que hubo mejora en el nivel de sensibilidad intercultural, posterior a la intervención educativa.

En el mismo nivel educativo que el anterior Agued Ramírez (2006), realizó su investigación con el mismo instrumento, cuyos resultados arrojaron que se producen y disfrutan de interacciones positivas entre alumnos de diferentes culturas, y que en los estudiantes que no habían vivido un proceso migratorio interno o externo, el nivel de sensibilidad intercultural fue menor.

En la educación superior, el trabajo de investigación a cargo de Francisco Javier de Santos Velazco en el 2004, explica la formación para el desarrollo de las competencias interculturales, para la gestión de la diversidad en las organizaciones empresariales, desde el ámbito universitario, cuyos resultados arrojaron que en todos los factores, las puntuaciones obtenidas por el alumnado reflejan en términos de sensibilidad intercultural un nivel alto de competencia.

Contrario a los resultados antes mencionados, en un contexto diferente, al de la educación, el estudio realizado por María Paola Ruiz Bernardo, en el 2012, Validación de un instrumento para el estudio de la Sensibilidad Intercultural en la provincia de Castellón, obtuvo cuatro diferentes perfiles de sensibilidad intercultural a saber: Perfil 1: Baja sensibilidad intercultural, Perfil 2: Alta sensibilidad intercultural, Perfil 3: Sensibilidad intercultural Media baja y dispersa y Perfil 4: Sensibilidad intercultural Media alta y homogénea.

Dichas diferencias principalmente resultado de los diferentes factores contextuales, de la población de estudio han demostrado tener una influencia importante en el desarrollo de la sensibilidad intercultural, a diferencia de la población estudiada en el que el 99% de los estudiantes han nacido en la República Mexicana y no en el extranjero, condición de origen que en el caso de Castellón, se identificó que son más sensibles los extranjeros.

En cuanto a identificar el comportamiento que muestran los alumnos en los rasgos involucrados en las diferentes dimensiones que reúne el instrumento, se considera lo siguiente:

Dimensión 1, implicación de los alumnos en la interacción con personas de otras culturas, destacan por las altas puntuaciones obtenidas el respeto a los valores de las personas de otras culturas y la atención que se presta a las explicaciones de personas de otras culturas, lo cual se interpreta como una actitud bastante

favorable para la sensibilidad intercultural. En tanto el puntaje obtenido en la identificación de pequeñas diferencias de significado que puedan tener las palabras y en la actitud positiva demostrar interés por las personas de otras culturas, se considera reflejan una actitud medianamente favorable para la sensibilidad intercultural.

De igual manera resultan favorables las opiniones obtenidas en los planteamientos que manifiestan de modo negativo la tensión que les produce el estar en relación con personas de otras culturas, factores que favorecen la sensibilidad intercultural de los alumnos.

En la dimensión 2, respeto por las diferencias culturales, sobresale el puntaje neutro obtenido en el ítem 18, el cual es entendible en cualquier cultura, por otra parte sobresalen los resultados por el respeto a las diferencias culturales, dejando fuera el etnocentrismo.

Dimensión 3, Confianza en la interacción sobresale el resultado neutro obtenido en el ítem 6, el cual refleja indecisión en los alumnos en la interacción con personas de otras culturas, aspecto que en la etapa de formación es válido y que justifica plenamente la necesidad de desarrollar estas actitudes en los alumnos en esta etapa formativa.

Es de destacar los puntajes obtenidos en la dimensión 4 disfrute de la interacción, en los cuales se observa que solamente un grupo minoritario disfruta la interacción, aspecto que de igual forma que en la dimensión anterior implica la necesidad de desarrollar estas actitudes en los alumnos en la etapa formativa.

Finalmente, la dimensión 5 atención en la interacción los puntajes obtenidos muestran que en los alumnos existe interés y atención por comunicarse adecuadamente con personas de otras culturas, lo cual representa una posición

favorable para la sensibilidad intercultural, que deberá de fortalecerse durante la etapa de formación.

Lo anterior es coincidente con los resultados obtenidos por Ruth Vilà Baños (2005) en su estudio la dimensión afectiva en la competencia comunicativa intercultural en la educación secundaria obligatoria; escala de sensibilidad intercultural.

En cuanto a identificar si existen diferencias en la sensibilidad intercultural de los alumnos de las licenciaturas en Enfermería y en Enfermería y Obstetricia, vinculadas con algunas de sus características personales y contextuales, no se obtuvieron diferencias significativas en el nivel de sensibilidad intercultural, contrario a los datos obtenidos por Vilà (2005), en los cuales menciona que hubo diferencias significativas en la sensibilidad cultural de los alumnos según su lugar de origen, así como del de los padres; también refiere mayor sensibilidad intercultural en aquellos alumnos que conviven con otras culturas en su casa, en la escuela, en su barrio o en los lugares donde compran manifestada ésta por una mayor comprensión, tolerancia y apertura.

Otro aspecto relevante para la sensibilidad intercultural, es la relacionada con la competencia lingüística la cual está dada por los idiomas que habla o estudia, lo cual contribuye a que el alumno se perciba a sí mismo más competente, en tanto el estudio de una lengua distinta a la materna, constituye un proceso que *per se* lo introduce a otras culturas. Todo lo anterior no se observó en los datos obtenidos en este estudio, en donde no se identificaron diferencias significativas.

## **5.2. Conclusiones**

De acuerdo a los resultados y a su discusión, el grado de sensibilidad intercultural entre los alumnos de las licenciaturas en Enfermería y en Enfermería y Obstetricia, son favorables en los 24 ítems que conforman las cinco dimensiones de la Escala para medir la Sensibilidad Intercultural: implicación en la interacción con personas

de otras culturas; respeto por las diferencias culturales; confianza en la interacción; disfrute de la interacción y atención durante la interacción, al obtener en el 92.5 de los alumnos un nivel alto de sensibilidad intercultural y sólo el 7.5 un nivel medio, sin que se haya presentado un solo caso de baja sensibilidad intercultural.

Los resultados obtenidos mostraron que no existen diferencias significativas en la sensibilidad intercultural de los alumnos vinculadas con algunas de sus características personales y contextuales.

La currícula de ambas licenciaturas si bien incluye las asignaturas de Educación para la Salud, en la que se destaca ésta como una actividad propia del profesional de Enfermería, así como asignaturas relacionadas con aspectos socioantropológicos, en las cuáles se hace referencia a la competencia cultural de comunicación, es deseable considerar además del conocimiento propio de la enfermera en materia de educación para la salud, el desarrollo de actitudes y habilidades que favorezcan la sensibilidad intercultural, aspecto que se desarrolla por la vía de la interacción y exposición de los alumnos a situaciones en las que son puestas a prueba, sus actitudes y aptitudes frente a la interacción humana con personas de diferentes culturas.

En lo que se corresponde a la escala de sensibilidad intercultural empleada, se concluye que es válida, fiable y útil para explorar este aspecto en el ámbito de la educación, en este caso en la formación de recursos humanos para la atención de la salud.

### 5.3. limitaciones del estudio.

Una limitación que puede contener este estudio es que únicamente se realizó una medición y el número de cuestionarios reunidos si bien representó un porcentaje



del 10% de la población de estudio, un número mayor de cuestionarios y un mayor número de mediciones podría aportar resultados más sólidos y consistentes.

#### 5.4. Implicaciones para la práctica de enfermería.

La práctica de enfermería supone de manera esencial un trato con otras personas y esa persona generalmente suele ser de una cultura diferente a la de la enfermera, por lo que en su formación profesional, resulta fundamental desarrollar la competencia intercultural, que le permita al profesional de enfermería identificar de mejor manera la diversidad cultural (de uno mismo, de los otros y del entorno), así como eliminar los prejuicios o estereotipos que pudieran mediatizar la percepción en sus relaciones en los tres niveles de atención y relativizar la eficacia de sus intervenciones profesionales a favor del cuidado a la salud.

#### 5.5. Implicaciones para la educación de enfermería.

El fenómeno de la globalización es un hecho que no se puede negar, como contexto general se impone en todos los ámbitos de la sociedad y el educativo no es la excepción, por lo que es deseable incorporar en la currícula de las licenciaturas en enfermería, de manera más directa, temas alusivos a la sensibilidad intercultural.

El reto está en diseñar estrategias educativas que favorezcan la sensibilidad intercultural como componente esencial de la competencia cultural en enfermería, a fin de que en la educación para la salud, se reconozca la diversidad cultural en la interacción enfermera paciente, en los diferentes niveles de atención

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguaded, E. (2006). La educación de competencias básicas para el desarrollo de la ciudadanía intercultural en la ESO. *V Congreso internacional "Educación y sociedad: Reyes del s. XXI"* (págs. 1-8). Granada: Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Granada.
- Alcina, M. R. (1997). *Elementos para la comunicación Intercultural*. Barcelona: Universidad de Barcelona, 1997.
- Bennett, M. J. (1998). *Basic Concepts Of Intercultural Communicatio: Selected Readings*. Yarmouth: Intercultural Press.
- Camphinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *Journal of transcultural Nursing* , United States of America.
- Casasa, G. P. (2010). Definiendo la antropoenfermería. En Casasa G. P., *Antropoenfermería, salud, migración y multiculturalidad en América Latina* (págs. 25-39). México: Miguel Ángel Porrúa.
- Chen G.H, y Starosta W. (2000). The developmet and validation of the intercultural sentisitivity scale. *Human Communication* , 2-14.
- Chen G.M., y. Starosta W. (1998). A review of the concep of intercultural sensitivity. *Human Communication* , 27-54.
- Chen G.M., y. Starosta W. (1996). Interculltural communication competence: a synthesis. *Communication Yearbook* , 353 - 383.
- CIDH, C. I. (7 - 22 de Noviembre de 1969). Convencion Americana Sobre Derechos Humanos (Pacto de San José). Convencion Americana Sobre Derechos Humanos, *suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos (B-32)* . San José, Costa Rica: San José, Costa Rica 7 al 22 de noviembre de 1969.

CONAPO. (2000). *Proyecciones de la población, en La Situación Demográfica de México*. México D.F.: CONAPO.

De Santos, V. F. (2004). *Desarrollo de la Competencia Intercultural en Alumnado Universitario: Una propuesta formativa para la gestión en empresas multiculturales*. Tesis Doctoral . Barcelona: Universidad de Barcelona.

Donald L. Evans. (2000). *2000 Census of Population and Housing*. Washington, DC: U.S. Department of Commerce.

ENEO, UNAM. (2007). Plan de estudios de las licenciaturas en enfermería y en Enfermería y Obstetricia.

Geertz, C. (2000). *La interpretación de las culturas*. España: Gedisa.

GigerJ, D. R. (1999). *transcultural nursing, asesment & interventio*. United States of America: Mosby.

Goleman, D. (2008). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.

Guarino, L. y Roger, D. (2005). Construcción y validación de la escala de sensibilidad emocional (ESE). Un nuevo enfoque para medir neuroticismo. *Psicothema* , 472-475.

Hammer, et. al. (2003). Measuring intercultural sensitivity: the intercultural developent inventory. En *International journal of intercultural relations*, Volumen 27, páginas, 421-443.

Hernández, S. R. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.

Hufbauer GC and Schott, JJ. (2005). *NAFTA Revisited*. Washington D.C.: Institute for International Economics.

INEGI. (2011). *En México somos 112 millones 322 mil 757 habitantes al 12 de junio de 2011*. México: INEGI.

INEGI. (2012). *Migración internacional captada a través de la Encuesta Nacional de Ocupación y empleo 2006-2012 ENOE*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía .

INEGI. *Tasa de crecimiento media anual de la población por entidad federativa, 1990 a 2005*. México: INEGI.

INEGI. *Tasas de inmigración, emigración y migración neta por entidad federativa, 1995-2000*. México: INEGI.

Kuri-Morales, P. A. (2011). La transición en Salud y su impacto en la demanda de servicios. *Gaceta Médica de México*. , 451-454.

Larry Purnell, P. B. (2003). *Transcultural health care: a culturally competent approach*. Philadelphia: F.A. davis Company.

Leininger, M. (2006). *Culture care diversity and universality*. Massachutes: Bartlett Publishers.

Leininger, M. (1995). *Transcultural nursing. Theories, research & practices*. Nueva York: McGraw-Hill.

Lipson, J. G. (2000). Cultura y Cuidados de Enfermería. *Revista Index de Enfermería* , 28-29.

Lipson, J. (2002). Temas culturales en el cuidado de enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería* , volumen 20 número 1, páginas 56-68.

Martorell, P. M. (2010). ¿Antropoenfermería o enfermeantropología? En G. P. Casasa, *Antropoenfermería, salud, migración y multiculturalidad en América latina* (págs. 17-24). México: Miguel Ángel Porrúa.

Melguizo, H. E. (2008). Ciencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Avances en Enfermería* , 112-123.

Morales, O. L. (2009). Redes e impacto social del turismo residencial de jubilados estadounidenses en Mazatlán, Sinaloa y Cabo San Lucas, Baja California Sur. *Topofilia: Revista de Arquitectura, Urbanismo y Ciencias Sociales, Centro de Estudios de América del Norte, El Colegio de Sonora* , 404-416.

OECD. (2000). *Inmigrantes en México, censo OECD 2000*. París, Francia: OECD.

OMS. (1998). Promoción de la Salud. En O. M. Saud, *Promoción de la Salud, Glosario* (pág. 10). Ginebra: World Health Organization.

OPS-OMS. (1996). *Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas*. Chile: OPS-OMS.

Passel, J. (2004). *Mexican Immigration to the US: The Latest Estimates*. Washington, DC : Migration Information Source.

Pilleux, M. (2001). Competencia comunicativa y análisis del discurso. *Revista de estudios filológicos*, 36 .

Piña, J. I. (2012). La construcción de las competencias obstétricas: el caso del Licenciado en Enfermería y Obstetricia. *Tesis doctoral La construcción de las competencias obstétricas: el caso del Licenciado en Enfermería y Obstetricia*. México: UNAM.

Ruiz Bernardo, M. P. (2012). Validación de un instrumento para el estudio de la sensibilidad intercultural en la provincia de Castellón. Tesis doctoral. Castellón de Planas.

Ruiz Bernardo, M. P. (6 de Diciembre de 2012). <http://hdl.handle.net/10803/83300>. Recuperado el 12 de Diciembre de 2012, de Tesis doctorales en Xarxa: <http://hdl.handle.net/10803/83300>

Secretaria de Salud (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-012. Por un México Sano construyendo alianzas para una mejor salud*. México: Secretaria de Salud.

Sánchez, F. y Mesa M.F.C. (1998). *Actitudes hacia la tolerancia y la cooperación en ambientes multiculturales. Evaluación e intervención educativa en un contexto concreto: La ciudad de Melilla*. Granada: Universidad de Granada.

Sanhueza S., y Cardona. (2009). Evaluación de la sensibilidad intercultural en alumnado de educación primaria escolarizado en aula culturalmente diversas. *Investigación Educativa*, volumen 27, número 1, páginas 247-262.

Sin autor. (24 de Noviembre de 2005). Go south, old man. *The Economist Newspaper* .

Urbina, Laza O. y Barazal G. A. (2002). Experiencia de la evaluación de la competencia profesional en Enfermería en el periodo 1997-1999. *Revista Cubana de Educación Media Superior*, 120-7.

Urbina, Laza O. y Otero Ceballos M. (2003). Tendencias actuales en las competencias específicas de Enfermería. *Revista Cubana de Educación Media Superior* , 17 (4).

Urbina, Laza O., Otero, Ceballos M., Cárdenas S. (2004). Evaluación de la competencia profesional del personal de Enfermería en neonatología. *RevCubEducMedSuper 2004;18(2)* , 18 (2).

Vega, M. G. (16 de Octubre de 2005). Migrantes, votos, remesas...: La apuesta política. *Suplemento enfoque/reforma.com* , págs. 3 -5.

Vilà, R. (2005). La competencia comunicativa intercultural. Un estudio en el Primer Ciclo de la ESO. *La competencia comunicativa intercultural. Un estudio en el Primer Ciclo de la ESO. Tesis doctoral* . Barcelona: Universidad de Barcelona.

## ANEXOS



Proyecto: La sensibilidad intercultural como elemento esencial de la competencia cultural en estudiantes de enfermería. Investigadora: Rosalba Pérez Islas, Tel. 57 59 54 46, correo electrónico: roperezislas@yahoo.com.mx.com.

El estudio para el que solicito su participación pretende explorar las competencias culturales que poseen los alumnos de la Licenciatura en Enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Le solicito me responda el siguiente cuestionario, para el cual, se prevé se requieran aproximadamente de 20 minutos.

Su participación es voluntaria, anónima y podrá retirarse del estudio en el momento que lo desee. La información que me proporcione se tratará de manera confidencial, sólo las personas implicadas en el proyecto la conocerán. Los resultados se presentarán de forma agrupada, no en lo individual.

No hay ningún riesgo que se derive de su participación en el estudio a no ser que le incomode dar respuesta a cualquiera de las preguntas del cuestionario.

## DATOS PERSONALES

**INSTRUCCIONES:** Marca con una X dentro del cuadro que corresponda a tus datos personales, o bien, responde sobre la línea correspondiente.

**CARRERA:** Licenciatura en Enfermería

Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

**MODALIDAD:** Sistema Escolarizado

Sistema Abierto y a Distancia

**SEMESTRE CONCLUIDO:**  1°  3°  5°  7°

**EDAD:** \_\_\_\_\_ **SEXO:**  M  F

## EXPERIENCIA LABORAL

¿Has tenido **EXPERIENCIA LABORAL EN ENFERMERÍA?**  SI  NO ¿Si tu respuesta es **SI**, por **CUÁNTOS MESES?** \_\_\_\_\_,

Indica el **ÁMBITO:** ASISTENCIAL  EDUCATIVO  ADMINISTRATIVO

En que **TIPO DE INSTITUCIÓN:** PÚBLICA  PRIVADA

CONTINÚA A LA VUELTA



NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD DE MI PADRE: \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD DE MI MADRE: \_\_\_\_\_

LUGAR ACTUAL DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_

¿Has VIVIDO EN EL EXTRANJERO?  SI  NO

Si tu respuesta es Si, ¿por CUÁNTOS MESES? \_\_\_\_\_

¿Has VIVIDO EN OTRO ESTADO DE LA REPÚBLICA MEXICANA?  SI  NO

Si tu respuesta es Si, ¿por CUÁNTOS MESES? \_\_\_\_\_

CONVIVES CON PERSONAS DE OTRAS CULTURAS?  SI  NO. ¿Si tu respuesta es SI, indica en DONDE Y FRECUENCIA

Lugar	Casi nunca (menos de 1 vez al mes)	Pocas veces (1 o 2 veces por semana)	A veces (1 vez por semana)	A diario
En el trabajo				
En la colonia				
En la escuela				
En casa				
Donde compra				
Con grupo de amigos				

¿Cuál es tu LENGUA MATERNA? \_\_\_\_\_

¿Has estudiado alguno de los siguientes idiomas?  SI  NO

Si tu respuesta es Si, INDICA EL IDIOMA:

Inglés:  Francés:  Alemán:  Otro:(especifique) \_\_\_\_\_

¿Hablas ALGÚN DIALECTO?  SI  NO, Si tu respuesta es Si, especifica cuál \_\_\_\_\_

¿Has PARTICIPADO EN PROGRAMAS DE INTERCAMBIO AL EXTRANJERO?  SI  NO

¿Has PARTICIPADO EN PROGRAMAS DE INTERCAMBIO NACIONAL?  SI  NO

ESTADO CIVIL: Soltero  Casado  Unión libre

Separado  Divorciado  Viudo

RELIGIÓN, especifica: \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO DE SENSIBILIDAD INTERCULTURAL****Instrucciones:**

A continuación se presentan una serie de preguntas, las cuales le pedimos conteste seleccionando la opción de respuesta que mejor describe lo que usted piensa.

Su respuesta es de carácter anónima, por lo que le solicitamos sea lo más veraz posible.

ITEMS	PREGUNTA	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	Converso fácilmente con personas de otras culturas					
2	Temo expresarme en presencia de personas de otras culturas					
3	Cuando me relaciono con personas de culturas diferentes me siento bastante seguro de mí mismo.					
4	En ocasiones muestro otra personalidad cuando interactúo con personas de otras culturas					
5	Tengo una actitud más observadora y atenta cuando me relaciono con personas de otras culturas que cuando lo hago con personas de mi propia cultura.					
6	Cuando me relaciono con personas de otras culturas siempre sé qué decir.					
7	Soy igualmente sociable con personas de mi propia cultura que con personas de otras culturas.					
8	Me produce tensión el relacionarme con personas de otras culturas.					
9	Respeto los valores de las personas de otras culturas.					
10	Me resulta incómodo trabajar o compartir otros espacios (p. ej. el ascensor) con personas de diferentes culturas.					
11	Creo que tengo habilidades para relacionarme con personas de una cultura diferente a la mía.					
12	Cuando conozco a alguien de otra cultura intento que no me influyan las ideas preconcebidas o los prejuicios que yo pueda tener acerca de su cultura.					
13	Con frecuencia no me siento a gusto cuando estoy con personas de otras culturas.					
14	Me considero una persona de mente abierta a las diferencias culturales.					

ITEMS	PREGUNTA	<i>Totalmente de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Totalmente en desacuerdo</i>
15	Cuando me relaciono con personas de otras culturas que hablan otra lengua, creo que no sé comunicarme suficientemente bien con ellos.					
16	Respeto la forma de comportarse de las personas de otras culturas.					
17	Cuando me relaciono con personas de otras culturas, intento estar lo más atento posible a sus explicaciones, para poder entenderlas correctamente.					
18	Normalmente acepto mejor las opiniones de las personas de mi propia cultura que las opiniones de las personas de otras culturas.					
19	Cuando me relaciono con personas de otras culturas creo que me doy cuenta claramente de las pequeñas diferencias de significado que pueden tener las palabras o las ideas.					
20	Creo que mi cultura es mejor y más abierta que otras culturas.					
21	Normalmente, cuando me relaciono con personas de otras culturas, suelo ser bastante positivo con ellos para mostrarles interés y atención.					
22	En general, intento evitar las situaciones que me exigen relacionarme con personas de otras culturas.					
23	Cuando converso con una persona de otra cultura, trato de mostrarle que le comprendo, a través de palabras o gestos.					
24	Me gustan las personas de culturas diferentes porque las encuentro muy interesantes.					

ANEXO 3



Universidad Nacional Autónoma de México  
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia  
Asunto: Solicitud de Autorización aplicación de cuestionario

Maestra Ángeles Torres Lagunas  
Jefe de la División de Estudios Profesionales  
Presente

Muy atentamente me dirijo a usted, con el propósito de solicitar su amable autorización para aplicar un cuestionario que es parte del trabajo de tesis de Maestría en Enfermería, que actualmente realizo y que tiene como título: "La sensibilidad intercultural como elemento de la competencia cultural en estudiantes de enfermería ", bajo la tutoría de las Dras. Irma Piña Jiménez y Laura Morán Peña.

En este sentido solicito autorización para realizar la aplicación durante los días 14 al 18 de enero del presente año, a los alumnos que realizan que realizan proceso de reinscripción en la LE y en la LEO, su aplicación no requiere más de 15 minutos y es de carácter anónimo y los resultados solamente serán empleados para los fines arriba mencionados.

Agradeciendo de antemano la atención que se sirva dar a la presente quedo de usted.

Atentamente

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rosalba Pérez Islas'.

Lic. Enf. Rosalba Pérez Islas  
Pasante del Programa de Maestría en Enfermería  
Correo electrónico: [roperezislas@yahoo.com.mx](mailto:roperezislas@yahoo.com.mx)

Ccp:  
Dra. Irma Piña Jiménez.  
Dra. Laura Morán Peña



#### Anexo 4

Maestría



Proyecto: La sensibilidad intercultural como elemento esencial de la competencia cultural en estudiantes de enfermería. Investigadora: Rosalba Pérez Islas, Tel. 57 59 54 46, correo electrónico: roperezislas@yahoo.com.mx.com.

El estudio para el que solicito su participación pretende explorar las competencias culturales que poseen los alumnos de la Licenciatura en Enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Le solicito me responda el siguiente cuestionario, para el cual, se prevé se requieran aproximadamente de 20 minutos.

Su participación es voluntaria, anónima y podrá retirarse del estudio en el momento que lo desee. La información que me proporcione se tratará de manera confidencial, sólo las personas implicadas en el proyecto la conocerán. Los resultados se presentarán de forma agrupada, no en lo individual.

No hay ningún riesgo que se derive de su participación en el estudio a no ser que le incomode dar respuesta a cualquiera de las preguntas del cuestionario.

## Anexo 5

Programa de la asignatura	<b>DIDÁCTICA DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD</b>
Clave	<b>1403</b>
Valor	<b>6 CRÉDITOS</b>
Ubicación	<b>4°. SEMESTRE</b>
Duración	<b>48 HRS.</b>
Carácter de la asignatura	<b>OBLIGATORIA</b>
Tipo de la asignatura	<b>TEÓRICA</b>
Área de pertenencia	<b>PROCESO SALUD-ENFERMEDAD EN LAS DIFERENTES ETAPAS EVOLUTIVAS</b>

Una de las tareas a las que se enfrenta permanentemente el profesional de enfermería en los diversos ámbitos en que ejerce su práctica profesional, es la educación para la salud. Esta actividad requiere ser valorada no sólo por el gran compromiso que ha de asumir el educador que promueve la salud en una comunidad, familia, grupos o individuos en lo particular, sino también por la gran trascendencia e implicaciones socioculturales contenidas en el acto mismo de educar.

La educación encierra siempre la posibilidad de transformar o modificar formas de pensar, percibir y vivir de las personas, es por ello que el programa de Didáctica de la Educación para la Salud, aporta elementos que permiten planear, aplicar y evaluar, acciones de educación para la salud que atienden necesidades específicas, a partir del reconocimiento de los ámbitos socioculturales y las determinantes socioeconómicas que se presentan y marcan diferencias en las condiciones, los riesgos y los daños a la salud que enfrenta una comunidad determinada.

El programa de Didáctica de la Educación para la Salud se compone de tres unidades. En la primera de ellas se aborda la educación como un proceso social que adquiere características propias en función de los contextos culturales en que tiene lugar y que se presenta bajo estructuras formales, no formales e informales, con lo cual el alumno podrá apreciar las implicaciones que tiene el fenómeno educativo en la sociedad. Este primer acercamiento a la educación permitirá ubicar de manera más significativa, en una segunda unidad, a la educación para la salud como una función de la atención primaria y como un concepto que actualmente es definido desde diferentes referentes políticos, teóricos y prácticos que enfatizan algún aspecto particular (prevención, autocuidado, fomento a la salud entre otros), pero que se perfilan con base en un propósito común.

El programa parte de una concepción amplia de la educación para la salud que recupera las dimensiones sociales, culturales, comunicativas y psicológicas, así como las implicaciones que esto tiene para el desarrollo disciplinar de la enfermería, los individuos y los grupos de educandos.

En la última unidad se analizarán aspectos de carácter pedagógico–didáctico fundamentales para el educador de la salud que promueve procesos de enseñanza y de aprendizaje con fines claramente intencionados. Asimismo, se revisaran las temáticas de planeación, coordinación y evaluación de programas de educación para la salud que respondan a determinadas circunstancias.

## **OBJETIVO GENERAL**

A partir del análisis de la educación para la salud como un proceso social intencionado, diseñar y ejercitar las estrategias pedagógico–didácticas que guíen las intervenciones de enfermería en la persona o en los grupos.

### **UNIDAD I.– EDUCACIÓN Y SOCIEDAD. (10 horas)**

En esta unidad se abordará el estudio de la educación como fenómeno histórico social y cultural en el que subyacen determinantes económicas y políticas que configuran las estructuras educativas y las representaciones de los vínculos intersubjetivos.

#### **Objetivo**

El alumno comprenderá el valor de las determinantes histórico sociales, económicas y políticas en la configuración cultural del fenómeno educativo y, desde este contexto analizará la complejidad que demanda la Educación para la Salud.

#### **Contenido**

- 1.1. Las determinantes económico políticas que impactan el fenómeno educativo.
- 1.2 El contexto histórico social y cultural de la educación.
  - Los vínculos intersubjetivos que se establecen en las acciones educativas.
  - Los procesos de socialización, reproducción y transformación.
- 1.3 Estructuras formales, no formales e informales de la educación.
  - Estructuras no formales del ámbito de la Educación para la Salud.
  - Presencia de la educación para la salud en la escuela, familia, comunidad y los centros de atención a la salud.

### **UNIDAD II.– ENFERMERÍA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD (12 horas)**

Esta unidad trata la importancia de la educación para la salud dentro de la estrategia de atención primaria y de los diversos referentes en que ésta es abordada y su vinculación directa con las funciones que realizan las enfermeras con los individuos y grupos.

## **Objetivo**

Analizar el compromiso y la responsabilidad social que tienen los profesionales de enfermería en la educación para la salud, y su contribución en la calidad de vida de las personas y grupos sociales.

## **Contenido**

- 2.1. Promoción de la salud: sus vertientes (Carta de Ottawa)
  - 2.1.1. Políticas internacionales y nacionales
  - 2.1.2. Relevancia y presencia de los programas de educación para la salud.
- 2.2. Los fines de la educación para la salud en sus diversos escenarios de acción y grupos de población.
- 2.3. La educación para la salud como práctica sustantiva de la enfermería.
  - 2.3.1. Estrategias de educación para la salud dirigidas hacia:
    - La promoción de la salud
    - Fomento de la salud
    - Prevención de enfermedades
    - Autocuidado
- 2.4. Relevancia y presencia de programas de educación para la salud.

## **UNIDAD III. LA DIDÁCTICA EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD.**

**(10 horas)**

La Educación para la Salud implica una acción concreta dirigida a un fin específico: orientar a las personas o grupos para propiciar modificaciones en sus actitudes y estilos de vida relacionados con su salud. Esta acción denota el acto de educar, de guiar, y, considerando que la Didáctica es la disciplina pedagógica que estudia la teoría y práctica del proceso-enseñanza-aprendizaje, resulta importante su relación con la Educación para la Salud. Es así que la Didáctica proporciona al educador para la salud los elementos teóricos, metodológicos y técnicos para la planeación, coordinación y evaluación del proceso-enseñanza-aprendizaje de las acciones educativas encaminadas a la promoción de la salud de las personas y grupos.

Para el desarrollo de esta unidad se recuperarán los aprendizajes adquiridos en las unidades anteriores mismos que constituirán el contexto para el abordaje de las temáticas seleccionadas.

## **Objetivo**

Con base en la detección de necesidades de educación para la salud, el alumno integrará los elementos teóricos, metodológicos y técnicos de la Didáctica en la planeación, ejecución y evaluación de programas de educación para la salud.



## Contenido

- 3.1 Factores que contribuyen en el impacto de la educación para la salud
  - 3.1.1 La Educación para la Salud, un campo interdisciplinario
  - 3.1.2 Aportaciones de la Didáctica a la Educación para la Salud
  - 3.1.3 El aprendizaje como construcción de nuevos conocimientos y formas de actuar en el cuidado de la salud.
  - 3.1.4...El diagnóstico de necesidades de educación para la salud a nivel individual, grupal y comunitario. Orientación de los programas educativos.
    - 3.1.4.1. Conocer al sujeto de aprendizaje y contar con él.  
Implicaciones pedagógico–didácticas.
- 3.2. Consideraciones didácticas en la elaboración y desarrollo de los programas de educación para la salud
  - 3.2.1. Determinación de objetivos de aprendizaje
  - 3.2.2. Selección, documentación y organización de los contenidos
  - 3.2.3. Selección de estrategias de aprendizaje en situaciones de Educación para la Salud
    - 3.2.3.1 Momentos didácticos en el proceso enseñanza aprendizaje
    - 3.2.3.2. Criterios para la selección y manejo de técnicas y recursos didácticos
    - 3.2.3.3. Características de la población y sentido del programa
    - 3.2.3.4. Coordinación del proceso de enseñanza aprendizaje
  - 3.2.4. Evaluación de los programas de educación para la salud
    - 3.2.4.1. Indicadores para evaluar el proceso enseñanza aprendizaje
    - 3.2.4.2. Indicadores para evaluar los resultados alcanzados en los individuos.

## METODOLOGÍA DE ENSEÑANZA–APRENDIZAJE

- El estudio de esta asignatura se plantea en tres momentos metodológicos que responden a las etapas que atraviesa un grupo dentro de un proceso educativo. Se inicia con el encuadre del curso a fin de buscar la reflexión acerca del objeto de estudio de la asignatura, sus relaciones con el plan de estudios y la importancia que tiene en la formación de enfermería. Se establecen las bases para el trabajo escolar y los ajustes necesarios al programa analítico.
- En el momento de apertura se trata de ubicar y rescatar los conceptos e ideas que posee el grupo acerca de la asignatura, a fin de establecer vínculos y relaciones conceptuales que permitan llegar a una primera síntesis del objeto de conocimiento.

- Para el desarrollo se espera llegar a un nivel de comprensión y análisis de los diferentes contenidos de la asignatura, recurriendo para ello al desarrollo de actividades específicas que permitan al alumno generar nuevas aproximaciones al objeto de estudio, tales como la realización de búsquedas bibliográficas, lecturas, entrevistas, trabajos parciales, discusiones grupales, presentaciones y evaluación de situaciones típicas que propicien su análisis crítico.
- Se espera que el grupo logre una integración grupal a partir de la comunicación pedagógica y el trabajo colaborativo, en donde el papel del docente es fundamental para el logro de estos propósitos y consiste en coordinar las actividades áulicas, asesorar trabajos, proyectos y productos parciales, así como evaluar el aprendizaje.
- El momento de culminación se sugiere sea elaborado en un taller de didáctica, en donde se desarrollen habilidades cognitivas más vinculadas con un nivel de aplicación. Para ello se espera que de manera grupal, y a partir de las posibilidades reales y áreas de interés de los alumnos, se aborde la planeación y el desarrollo de un programa de educación para la salud, derivado de un diagnóstico de necesidades en donde se plasmen elementos teóricos, metodológicos y técnicos de la comunicación educativa, la didáctica de la salud y la enfermería revisados en el curso, a fin de generar nuevos conocimientos sobre situaciones específicas, y de esta manera acercar al alumno a una experiencia concreta de educar en la salud.

### **CRITERIOS DE ACREDITACIÓN**

- Para la acreditación de este programa se sugieren los siguientes elementos:
- Elaboración de un diagnóstico de necesidades de educación para la salud aplicado a un individuo, grupo o familia.
- Presentación de una propuesta didáctica sobre un tópico de educación para la salud, considerando las necesidades de educación para la salud detectadas en un individuo, grupo o familia.
- Diseño de materiales y recursos didácticos que apoyen la propuesta didáctica.
- Evaluación colegiada.

### **BIBLIOGRAFÍA BÁSICA**

- ASTORGA, Alfredo y Bart Vander Bijil. “ Los pasos del diagnóstico participativo” en, *Manual de diagnóstico participativo*, Buenos Aires, Humanitas, 1992, pp. 63–105
- BRICEÑO–LEÓN, Roberto, “Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria” en, *Debate. Cad. Saúde Públ.*, Río de Janeiro, 2001, pp. 7–30.

CASTRO Ramírez, M. “Calidad de vida y promoción de la salud”, en,  
*Promoción de la salud. Como construir una vida saludable,*

Colombia, Panamericana, 2001. p.p. 54–64

Dirección de Educación Superior. Taller. Selección, elaboración y uso de medios didácticos. En

<http://www.inacap.cl/tportal/portales/tp4964b0e1bk102/uploadImg/File/pdf/4215TElabMediosDidacticos.pdf>

consultado 13 de abril de 2010

GIDDENS Anthony. “Clase, estratificación y desigualdad”. en *Sociología*, Madrid, Alianza Editorial, 4ª edición 2004, p. 363–388.

KLAINBERG, Marilyn, HOLZENER, B. Stephen, LEONARD, Margaret, ARNOLD, Juan, “Diversidad cultural en la comunidad” en,  
*Enfermería comunitaria. Una alianza para la salud*, Bogotá, Mc. Graw Hill Interamericana, 2000.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, “Carta de Ottawa para la promoción de la salud”, en, *Promoción de la salud: una antología*, Washington, D.C. Publicación Científica No. 557, 1996.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, “Escuelas promotoras de la salud. Entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras”. Washington, D.C. Comunicación para la salud No. 13, 2001.

PICHÓN R. Enrique, “Vínculo comunicación aprendizaje” en, “Teoría del vínculo” Buenos Aires, 19ª Edic, Nueva Visión, 1998.

SECRETARÍA DE SALUD, “Programa Nacional de Salud 2007–2012,”  
[http://portal.salud.gob.mx/contenidos/programa\\_nacional/programa\\_07.html](http://portal.salud.gob.mx/contenidos/programa_nacional/programa_07.html)

Consultado el 27 de abril de 2010.

## **BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA**

DARIAS C. Sara, “Programación en educación para la salud”, en, Ramos C. Enrique, *Enfermería comunitaria métodos y técnicas*, Madrid, Difusión Avances de Enfermería, 2000, pp. 250–256.

FREIRE, Paulo, *La educación como práctica de la libertad.*, México, Ed. Siglo XXI, 1973.

Gallego Diéguez Javier. Materiales educativos en educación para la salud. Criterios de Análisis y elaboración. En:

<http://www.fisterra.com/salud/auxiliar/MaterialesEducacionParalaSalud.pdf> consultado 13 de abril de 2010

- KROEGER, Axel y Ronaldo LUNA, *Atención primaria de salud. Principios y métodos*, México, Ed. OPS-Pax, 1987.
- LA BELLE, Thomas, *Educación formal, no formal e informal: Una perspectiva holística sobre el aprendizaje vitalicio*. México, Subdirección General de Planeación, 1985, 19 p. (Lecturas seleccionadas sobre educación, N° 64 Secretaría de Planeación Educativa, D.G.P.).
- PALACIOS Jesús., “Educación bancaria – educación liberadora” en *La cuestión Escolar*, México, Ed.Fontamara, 4ª edición 1999, p. 539-546.
- PIÑA, Irma, “Favoreciendo habilidades en el educador de la salud”  
Antología, México, ENEO, UNAM, 2004.
- PIÑA, Irma, ESPINOSA, Artemisa, “Técnicas de la Enseñanza” Paquete  
Didáctico, México, SUA-ENEO, UNAM, 2007.
- WERNER, David y Bill BOWER, *Aprendiendo a promover la salud*, México, Ed. CEE, 1984.
- WILLIAMS Gill., “Los conceptos de salud”, en *Enfermería y cuidados de salud*, Susan M Hinchliff, *etal.*, Barcelona, Ed. Doyma, 1993, p. 1-23.

## Anexo 6



### UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



#### PLAN DE ESTUDIOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

##### PROGRAMAS DE ESTUDIO DE PRIMER SEMESTRE

<b>ASIGNATURA:</b> <b>para la Salud</b>	<b>Educación</b>	CICLO: 4º semestre
--	------------------	--------------------

HORAS/SEMANA	48 horas de teoría y 32 horas de práctica
--------------	---

CARÁCTER: obligatoria	CLAVE*	TEORÍA	PRÁCTICA	CRÉDITOS
MODALIDAD:	CURSO TALLER			
ASIGNATURA PRECEDENTE :	Sociedad y Salud, Salud Colectiva, Ecología y Salud			
ASIGNATURA SUBSECUENTE:	Antropología del cuidado, Gestión para el cuidado, Enfermería comunitaria			

#### DESCRIPCIÓN DE LA ASIGNATURA

La educación para la salud es una actividad inherente al quehacer profesional de enfermería, pues al entrar en contacto e interactuar con las personas, las familias o las comunidades, este profesional se percata de la diversidad sociocultural, que explica las costumbres, hábitos y creencias de estos grupos, los cuáles guardan estrecha relación con las formas de atender su salud, así como con los daños que presentan.

Por ello, intervenir a través de la educación para la salud, se vuelve una tarea necesaria e impostergable, que se orienta a la reflexión y al compromiso de cada una de las personas y de los grupos sociales en su propia salud.

Ésta asignatura de carácter obligatorio y de naturaleza teórico práctica, tiene el propósito de favorecer en el Licenciado en Enfermería, un conocimiento sobre los fines, los principios y las diversas metodologías que pueden emplearse para llevar a cabo intervenciones educativas en salud y lograr a mediano plazo, incidir en los estilos de vida de las personas, generando una cultura a favor de la salud.

Esta asignatura constituye un antecedente a todas las asignaturas del área Cuidado a la Salud Comunitaria, pues sienta las bases de carácter educativo que requiere desplegar el profesional de enfermería al intervenir con los grupos sociales.

#### OBJETIVO (S):

1. Analizar la naturaleza e importancia de educar para la salud, como estrategia para generar en los individuos y grupos sociales, conductas que promuevan la salud.

2. Identificar las necesidades de educación para la salud de las personas, familias y comunidades y con base en ellas planear, ejecutar y evaluar programas educativos, considerando los elementos del proceso de enseñanza aprendizaje y las estrategias didácticas que propicien la promoción de estilos de vida saludables.

## Anexo 6

### UNIDADES TEMÁTICAS

NÚMERO DE HORAS POR UNIDAD	UNIDAD 1. <b>Naturaleza y fines de la Educación para la Salud y su vinculación con la práctica de enfermería.</b>
12 hrs. T 5 hrs. P	1.1 La naturaleza social de la educación y de la educación para la salud 1.2 Los agentes educadores de la salud (la familia, la escuela, los medios masivos de comunicación) 1.3 La pronunciación internacional en favor de la promoción de la salud y de la prevención de las enfermedades. 1.4 Hacia una cultura de la promoción de la salud La generación de entornos saludables y la participación social 1.5 Escenarios en los que interviene enfermería, desarrollando actividades de educación para la salud
NÚMERO DE HORAS POR UNIDAD	UNIDAD 2. <b>Procesos de comunicación en la educación para la salud y la comunidad que es objeto de intervención.</b>
12 hrs. T 5 hrs, P	2.1 La comunicación proceso complejo presente en la EpS 2.2 La comunicación como proceso de interacción y construcción de significados ligado a un contexto sociocultural 2.3 La comunicación verbal y la comunicación no verbal 2.4 La enfermera como educadora de la salud 2.5 La interacción entre el educador de la salud y los individuos, familias o grupos que participan. 2.6 Comunicar para influir en los estilos de vida y en forma terapéutica. 2.7 Influencia de los medios de comunicación en la Educación para la Salud <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los medios de comunicación y la transmisión de mensajes.</li> <li>▪ Procesos de recepción y la educación para los medios.</li> <li>▪ Aprender y enseñar con los medios de comunicación</li> </ul>
NÚMERO DE HORAS POR UNIDAD	UNIDAD 3. <b>El diseño de la intervención educativa en salud.</b>
16 hrs. T 18 hrs. P	3.1. La identificación de necesidades de educación para la salud 3.2 Instrumentos para la identificación de necesidades de EpS <ul style="list-style-type: none"> <li>• La observación</li> <li>• Las entrevistas</li> <li>• Los cuestionarios</li> <li>• La elaboración del diagnóstico de necesidades de EpS</li> </ul> 3.3. La planeación didáctica <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los objetivos</li> <li>• Los contenidos</li> <li>• Las estrategias educativas en la EpS</li> <li>• Los recursos didácticos y las técnicas</li> </ul> 3.4 La instrumentación didáctica de la Educación para la Salud

## Anexo 6

NÚMERO DE HORAS POR UNIDAD	UNIDAD 4. <b>La evaluación de la intervención educativa en salud.</b>
8 hrs. T 4 hrs. P	4.1 Los diversos aspectos que pueden ser evaluados en una intervención educativa
	4.2 La selección del aspecto a evaluar y la selección de los instrumentos que se requieren.
	4.3 La conveniencia de realizar un monitoreo posterior y retroalimentar las conductas saludables

### BIBLIOGRAFÍA BÁSICA:

- APARICI, R. **La educación para los medios de comunicación. Antología.** México, Universidad Pedagógica Nacional, 1997.
- ARNOLD. “Diversidad cultural en la comunidad”, en **Enfermería comunitaria. Una Alianza para la salud.** Bogotá, Mc Graw Hill, 2000. pp 35- 51
- CASTRO RAMÍREZ, M. “Calidad de vida y promoción de la salud”, en **Promoción de la salud cómo construir una vida saludables.** Bogotá, Panamericana, 2001. pp 54- 64
- CHARLES M. y OROZCO G. **Educación para los medios: una propuesta integral para maestros, padres y niños.** México, ILCE UNESCO, 1992.
- FRANKLIN, C. y J. Mc MANEMY. “Comunicación”, en POTTER y PERRY, **Fundamentos de Enfermería, Teoría y Práctica.** España, Mosby Doyma, 1996. pp. 209- 234.
- KLAINBERG M. B., S. HOLZNER, M. LEONARD y J. NUTBEAM, D. “Glosario de Promoción de la salud”, en **Promoción de la Salud: una antología.** Washington DC, Organización Panamericana de la Salud, 1986. Publicación científica No. 557.pp 367- 372.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Promoción de la salud: una antología.** Washington, D.C., OPS, 1996. Publicación Científica No. 557.
- OROZCO, G. **Educación para la recepción: Hacia una lectura crítica de los medios.** México, Trillas, 1990.
- RESTREPO H. E. “Conceptos y definiciones”, en **Promoción de la salud cómo construir una vida saludable.** Bogotá, Panamericana, 2001. pp. 24-31

### BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA:

- JUSTAMANTE B. M. Y DIEZ SALES M. T. **Educación para la salud. Guía Didáctica.** Universidad de Alicante, Ingra impresores, 1999.
- KROWEGER, a. Y R LUNA (Compiladores). **Atención primaria a la salud.** México, OPS/ Pax, 1987.
- OPS. **Escuelas promotoras de la salud. Entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras.** Washington, D.C., OPS/OMS, 2001.
- ROCHON, A. **Educación para la salud: guía práctica para realizar un proyecto.** Barcelona, Masson, 1991.

## Anexo 6

### METODOLOGÍA DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE (PRACTICA)

El desarrollo de esta asignatura, requerirá de la lectura de diversos documentos bibliográficos que permitirán el desarrollo de las diversas temáticas y que serán analizadas y discutidas al interior de la clase.

El desarrollo de la dimensión práctica, se propone dentro de la modalidad metodológica de taller, por lo que se orientará al alumno, en la elaboración de una serie de productos, como son: un diagnóstico de necesidades de educación para la salud, una planeación didáctica de sesiones de educación para la salud así como su impartición, acompañado del diseño y elaboración de algunos materiales didácticos y las formas de evaluación de las sesiones educativas.

Se sugiere para la realización de los aspectos antes mencionados, tomar como grupo destinatario una familia determinada, o bien un grupo de personas que requieren orientaciones específicas de educación para la salud, como pueden ser grupos de diabéticos, de hipertensos, de personas con problemas de obesidad, etc.

Si el alumno trabaja con un núcleo familiar, es deseable que atienda las diversas necesidades de salud que requiere cada uno de sus integrantes, por ejemplo el crecimiento y el desarrollo infantil, el cuidado de los adolescentes previniendo accidentes o adicciones, la conservación de la salud en el grupo adulto y la disminución de riesgos y daños a su salud, y los cuidados específicos de los adultos mayores que forman parte de este grupo social.

### EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN

La acreditación de esta asignatura considerará los siguientes elementos:

- Presentación de un diagnóstico de necesidades de educación para la salud..... Valor 10%
- Presentación por escrito de la planeación didáctica de un programa de educación para la salud. ....Valor 30%
- Realización de sesiones de educación para la salud. ....Valor 30%
- Elaboración de al menos dos recursos didácticos que propone l a planeación didáctica. .... Valor 10%
- Presentación de un examen general de conocimientos de la asignatura:.....Valor 20%

### PERFIL PROFESIOGRAFICO DE QUIENES PUEDEN IMPARTIR LA ASIGNATURA:

Lic. en Pedagogía vinculado al área de la salud

Lic. en Enfermería vinculado al área de la salud pública o comunitaria.

\*SE ANOTA LA CLAVE DE LA ASIGNATURA, ASIGNADA POR LA DGAE, UNA VEZ APROBADO EL PROYECTO

\*\*COLOCAR SI ES ASIGNATURA OBLIGATORIA, OPTATIVA, OBLIGATORIA DE ELECCIÓN