

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRIOLOGÍA**

**SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE  
**CHIHUAHUA**

**MODELO INNOVADOR DE CUIDADO INTERCULTURAL DE ENFERMERÍA EN LA  
COMUNIDAD MENONITA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

POR:

**M.E.S. MELISSA JURADO AVITIA**

**TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

**CHIHUAHUA, CHIH., MÉXICO**

**DICIEMBRE, 2025**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRIOLOGÍA**

**SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE  
**CHIHUAHUA**

**MODELO INNOVADOR DE CUIDADO INTERCULTURAL DE ENFERMERÍA EN LA  
COMUNIDAD MENONITA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

**POR:**

**M.E.S. MELISSA JURADO AVITIA**

**DIRECTOR:**

**D.C.E. ITALIA RIVERA BAYLÓN**

**TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE**

**MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

**CHIHUAHUA, CHIH., MÉXICO**

**DICIEMBRE, 2025**



**Modelo innovador de cuidado intercultural de enfermería en la comunidad menonita en el primer nivel de atención**, Tesis presentada por **Melissa Jurado Avitia** como requisito parcial, para obtener el grado de **Maestría en Enfermería**, ha sido aprobada y aceptada por:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Italia Rivera Baylón".

---

DCE. Italia Rivera Baylón  
**Director**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Salvador Vargas García".

---

cDR. Salvador Vargas García  
**Co-asesor**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Andrea Sarahí Trejo García".

---

DE. Andrea Sarahí Trejo García  
**Asesor**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Fatima Montes Solís".

---

DCE. Fatima Montes Solís  
**Revisor**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Claudia Yanet Fierro Herrera".

---

DCE. Claudia Yanet Fierro Herrera

**Secretaría de Investigación y Posgrado**

Se certifica, bajo protesta de decir verdad, que las firmas consignadas al pie del presente documento son de carácter original y auténtico, correspondiendo de manera inequívoca a los responsables de las labores de dirección, seguimiento, asesoría y evaluación, en estricta conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente de esta institución universitaria.

## **Agradecimientos**

Agradezco profundamente a la Secretaria de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI) por el apoyo otorgado a través de la beca que me permitió desarrollar este trabajo de investigación, así como por su firme compromiso con la formación de investigadores sensibles a las realidades sociales y culturales de nuestro país.

Extiendo mi gratitud a la Universidad Autónoma de Chihuahua y en especial a la Facultad de Enfermería y Nutriología, por brindarme no solo las herramientas académicas, sino también, los valores humanos que guiaron cada etapa de este proyecto.

Mi reconocimiento y sincero agradecimiento a la Jurisdicción Sanitaria IV de Cuauhtémoc, por facilitar el acceso a los espacios clínicos-comunitarios y respaldar de manera respetuosa la implementación de esta investigación en campo.

A la comunidad menonita de la región de Cuauhtémoc, gracias por abrirme sus puertas con generosidad, por compartir sus historias, saberes, silencios y formas de cuidado, y por permitirme mirar el mundo desde sus ojos.

Además, mi reconocimiento a mi comité, por sus palabras, consejos y apoyo durante este proceso, fueron de gran ayuda para la creación de este trabajo.

## **Dedicatoria**

A mi papá, por ser mi ejemplo de constancia y fortaleza silenciosa, por confiar en mí, incluso cuando el camino fue incierto.

A mi mamá, por enseñarme que el amor se expresa en los detalles, en los sacrificios y en cada palabra de aliento que nunca faltó.

A mi hermana, por ser mi compañera de vida, cómplice y apoyo incondicional en cada paso de este trayecto.

Y a mis ángeles en el cielo, quienes desde otra dimensión han guiado mis pasos con su luz, su memoria y su amor eterno.

Esta tesis está tejida con cada gesto, palabra y presencia de ustedes.

Gracias por ser mi hogar, mi impulso y mi mayor inspiración.

## Resumen

**Introducción:** La comunidad menonita posee una identidad cultural que determina su manera de comprender la salud y el cuidado, su cosmovisión se basa en la fe, la familia y el uso de prácticas tradicionales como la herbolaria y la oración, que pueden generar distancia frente al cuidado convencional. Por ello, el integrar los saberes tradicionales y biomédicos ofrecen un cuidado intercultural. **Objetivo:** Brindar cuidado de enfermería intercultural humanista y situado en la comunidad menonita, mediante el reconocimiento de su cosmovisión, el fortalecimiento de la comunicación efectiva y la integración de saberes tradicionales y profesionales en el primer nivel de atención. **Metodología:** se desarrolló en tres fases: i) fase deductiva, basada en la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales de Madeleine Leininger; ii) fase inductiva: elaboración de un estado del arte conformado por 52 documentos; y iii) acercamiento a la realidad, que se incluyó entrevistas semiestructuradas a la comunidad menonita y profesionales de enfermería, de las cuales surgieron cuatro categorías centrales de donde se desarrolló estrategias para comunidad menonita, profesionales de enfermería y mediador cultural bilingüe. **Resultados:** El modelo resultante se compone de ocho elementos y tres componentes estratégicos: gestión y difusión, implementación práctica y evaluación participativa, que busca fortalecer la práctica de enfermería en contextos interculturales, promoviendo la equidad, el respeto y la humanización del cuidado. **Conclusión:** Este trabajo ofrece una propuesta que contribuye a transformar la práctica de enfermería en contextos interculturales, favorecer la equidad, el respeto y la humanización del cuidado.

**Palabras clave:** Cuidado intercultural, enfermería, comunidad menonita, primer nivel de atención, modelo de cuidado.

## Abstract

**Introduction:** The Mennonite community possesses a cultural identity that shapes its understanding of health and care. Its worldview is grounded in faith, family, and the use of traditional practices such as herbal medicine and prayer, which, while fostering spiritual and communal well-being, may create distance from conventional healthcare. Therefore, integrating traditional and biomedical knowledge offers an intercultural approach to nursing care that is respectful and humanistic. **Objective:** To provide intercultural, humanistic, and context-based nursing care within the Mennonite community through the recognition of its worldview, the strengthening of effective communication, and the integration of traditional and professional knowledge at the primary level of care.

**Methodology:** The study was developed in three phases: i) **Deductive phase**, based on Madeleine Leininger's Theory of Cultural Care Diversity and Universality, ii) **Inductive phase**, which involved the development of a state of the art composed of 52 documents; iii)

**Approach to reality**, which included semi-structured interviews with members of the Mennonite community and nursing professionals. From these, four central categories emerged, from which strategies were developed for the Mennonite community, nursing professionals, and bilingual cultural mediators. **Results:** The resulting model consists of eight elements and three strategic components: management and dissemination, practical implementation, and participatory evaluation. It seeks to strengthen nursing practice in intercultural contexts by promoting equity, respect, and the humanization of care.

**Conclusion:** This work offers an innovative proposal that contributes to transforming nursing practice in intercultural settings, fostering equity, cultural respect, and the humanization of care.

**Keywords:** intercultural care, nursing, Mennonite community, primary health care, care model.



## Tabla de contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Capítulo II	
Metodología	4
Capítulo III	
Acercamiento a la realidad	10
Capítulo IV	
Modelo innovador de cuidado	24
Soporte teórico-referencial	24
Justificación	30
Objetivos	31
Esquema del modelo	33
Descripción del esquema del modelo	33
Conceptualización de los elementos y atributos del modelo	36
Estrategias de implementación del modelo	40
Capítulo V	
Evaluación integral del modelo	52
Capítulo VI	
Consideraciones éticas	55
Capítulo VII	



Consideraciones finales	57
Referencias	60
Apéndices	66
A. Matriz de documentos para la revisión sistemática	67
B. Guía de entrevista para personas de la comunidad menonita	68
C. Guía de entrevista para el profesional de enfermería	69
D. Guía de entrevista a expertos de la comunidad menonita	70
E. Guía de observación de la relación del profesional de enfermería y la comunidad menonita	71
F. Diario de campo	72
G. Consentimiento informado para profesionales de enfermería en la entrevista	73
H. Consentimiento informado para personas de la comunidad menonita en la entrevista	76
I. Consentimiento informado para expertos de la comunidad menonita en la entrevista	80
J. Consentimiento informado para profesionales de enfermería en la observación	83
K. Consentimiento informado para personas de la comunidad menonita en la observación	86
L. Cronograma de actividades de Modelo innovador de cuidado de enfermería	89
M. Tabla de estrategias del modelo de cuidado de enfermería	90



N.	Plan detallado de contenido para la capacitación de educadores	95
O.	Guía de observación para recorrido de la institución sanitaria	97
P.	Carta descriptiva: Programa de sensibilización en el profesional de enfermería	101
Q.	Banco de recursos educativos para personas de la comunidad menonita	104
R.	Carta descriptiva: Formación de mediadores culturales	112
S.	Carta descriptiva de talleres a persona menonita	114
T.	Escala de cuidado de enfermería intercultural humanista	118



## Lista de figuras

Figura	Página
1. Esquema de categorías y subcategorías del acercamiento a la realidad	10
2. Esquema de modelo innovador de cuidado de enfermería en la comunidad menonita en el primer nivel de atención	33

## Capítulo I

### Introducción

En el presente trabajo se propone un modelo de cuidado intercultural orientado a la comunidad menonita en el primer nivel de atención, construido a partir de la comprensión profunda de su cosmovisión, prácticas culturales, espiritualidad y dinámicas familiares. Este modelo parte del reconocimiento de que la persona menonita es un sujeto activo, autónomo y portador de saberes propios, cuyas decisiones en torno al cuidado, están ligadas a sus valores religiosos, idioma, entorno comunitario y experiencia de vida.

La comunidad menonita en el estado de Chihuahua tiene una historia que ha influido profundamente en sus concepciones sobre la salud, el cuidado de enfermería y las interacciones con los profesionales de la salud. Los menonitas tienen una identidad cultural fuertemente definida por su religión, que establece normas sobre la manera en que los individuos deben relacionarse con la salud y la medicina (Ledezma et al., 2021).

Los menonitas, tienden a recurrir a prácticas tradicionales y a menudo religiosas, para tratar las enfermedades, estos enfoques, incluyen el uso de remedios herbolarios caseros, el descanso y en algunos casos, la oración y la intervención divina, como mecanismos para enfrentar enfermedades. No obstante, aunque hay una preferencia por los remedios tradicionales, la comunidad menonita no rechaza de manera absoluta la medicina convencional, sino que la integra de forma cuidadosa y reservada, el priorizar los tratamientos solo cuando lo consideran necesario y siempre dentro de un contexto controlado (Pedroza, 2019).

La propuesta surge como resultado de una experiencia directa de acompañamiento en escenarios reales de atención en la comunidad menonita, donde se identificaron

dificultades en la interacción entre el personal de enfermería y las personas menonitas. En la observación dentro de los encuentros culturales, la comunicación fue limitada y en algunos casos casi nula, esto influenciado principalmente por barreras lingüísticas y ausencia de herramientas culturales para establecer un vínculo terapéutico significativo entre el profesional de enfermería y las personas menonitas de cuidado.

El modelo se fundamenta teóricamente en los aportes de Madeleine Leininger (1991), quien aboga por brindar cuidados culturalmente adaptados, además, en las contribuciones de Jean Watson (2008) y Carl Rogers (1980), cuyos enfoques destacan la empatía, la autenticidad y la presencia ética como pilares en la relación enfermera-persona; así como en las propuestas de Kleinman (1997), Scheper-Hughes (1992) y Menéndez (2005), quienes analizan la influencia de los significados culturales en la aceptación, interpretación y la vivencia del cuidado.

El modelo se estructura en torno a ocho componentes esenciales: la persona menonita, como eje central; su cosmovisión, como marco interpretativo; el profesional de enfermería, como elemento de brindar un cuidado intercultural; el cuidado, como proceso ético y adaptado; el mediador cultural menonita, como puente lingüístico y cultural; la familia como núcleo que ayuda en la toma de decisiones y contenedor emocional; la relación terapéutica, el contexto comunitario, como espacio que configura la atención. La interacción dinámica de estos ocho elementos, permite un cuidado sensible, respetuoso, humanizado y aplicable específicamente en escenarios del primer nivel de atención.

Este trabajo integra un enfoque investigativo, reflexivo y práctico, basado en la voz de los propios actores comunitarios. La propuesta no busca únicamente responder a necesidades de salud desde un enfoque clínico y técnico, sino también, construir vínculos

terapéuticos duraderos, fortalecer la confianza en los servicios sanitarios y reconocer las prácticas locales como parte legítima del proceso de cuidado. Su implementación, implica una transformación profunda del acto de cuidar, donde el diálogo intercultural, la escucha activa, la presencia ética y la negociación de saberes se convierten en herramientas clave para garantizar un cuidado respetuoso a la diversidad cultural.

## Capítulo II

### Metodología

Para la construcción del presente modelo innovador de cuidado de enfermería en el primer nivel de atención, adaptado al contexto de la comunidad menonita, se siguió una estrategia metodológica estructurada en dos fases complementarias. Cada una de ellas respondió a diferentes objetivos y enfoques analíticos, permitir un abordaje progresivo, riguroso y contextualizado del fenómeno de estudio. A continuación, se describen de manera detallada las acciones realizadas en cada etapa del proceso.

#### Fase I

Esta fase comprendió la realización de dos estudios sucesivos, desarrollados durante las residencias profesionales I y II, el primer estudio, adoptó un enfoque deductivo y el segundo un enfoque inductivo, lo que permitió una comprensión progresiva y holística del fenómeno del cuidado de enfermería en la comunidad menonita en el primer nivel de atención en la región noroeste del estado de Chihuahua.

**Enfoque deductivo.** El primer estudio, se realizó en una institución de salud del primer nivel de atención ubicada en Ciudad Cuauhtémoc, seleccionada estratégicamente por su accesibilidad, la vinculación sostenida con la comunidad menonita y su representatividad respecto al contexto local. El propósito fue identificar el modelo prevalente de cuidado de enfermería en dicha institución, caracterizado por sus prácticas, valores y formas de relación con las personas de la comunidad menonita.

Este acercamiento fue guiado por la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales de Madeleine Leininger, en particular, se emplearon cuatro conceptos

clave de la teoría para orientar el acercamiento: cuidado de la cultura, cuidado culturalmente adaptado, enfermería transcultural y diversidad cultural del cuidado.

Donde se obtuvo que el cuidado de la cultura se definido por Leininger (2002) como los valores, creencias y patrones de vida aprendidos y transmitidos subjetiva y objetivamente que ayudan, apoyan, facilitan o permiten que otro individuo o grupo mantenga su bienestar, salud, mejore su forma de vida. Destacando en el modelo prevalente se encontró que los profesionales de enfermería han aprendido algunas formas de vida que ayudan al bienestar de las personas de la comunidad menonita además que realizan el esfuerzo de aprender su idioma, para ayudar a comunicarse con las personas de la comunidad, o al menos tienen el conocimiento de algunas palabras, dado que tienen el uso de formatos o carteles que se encuentran en su idioma para poder brindar en la institución.

También Leininger (2002), menciona que el cuidado culturalmente se define como aquellos actos o decisiones de asistencia, apoyo, facilitación o habilitación basados en la cognición que están hechos a la medida para encajar con los valores culturales, las creencias y las formas de vida individuales, grupales o institucionales que se brindan o apoyan servicios de salud o bienestar significativos, beneficiosos y satisfactorios. Donde se localizó que los profesionales de enfermería al interactuar con la persona de la comunidad menonita muestran un respeto por sus creencias.

Además, Leininger (2002) también menciona que la enfermería transcultural, se centra en un estudio comparativo y el análisis de culturas relacionadas con la enfermería y las prácticas, creencias y valores de cuidado de la salud y la enfermedad para proporcionar servicios de atención de enfermería significativos y eficaces a sus valores culturales y salud-enfermedad. En donde los profesionales de enfermería realizan procedimientos

asistenciales sin hacer diferencias en las etnias que asisten en la institución, teniendo respeto y buena comunicación entre todos con el fin de la atención de las personas.

Y, por último, la diversidad cultural del cuidado, que menciona las variabilidades y/o diferencias en significados, patrones, valores, formas de vida o símbolos del cuidado dentro o entre colectivos relacionados con expresiones asistenciales, de apoyo o habilitantes del cuidado humano (Leininger, 2002). En donde el profesional de enfermería a menudo tiene una comprensión limitada de sus costumbres y valores, y con ello se intentan a adaptar a la barrera lingüística del alemán, con ayuda de materiales visuales, de intérprete o familiar de la comunidad menonita.

**Enfoque inductivo.** El segundo estudio, se realizó en otra institución, del primer nivel de atención y localizada en la misma región, con el objetivo de enriquecer la comprensión del fenómeno, lo que permitió que los significados surgieran de manera espontánea y natural desde las experiencias narradas y observadas en el campo.

Se utilizaron estrategias de la investigación cualitativa para levantar los datos, como entrevistas abiertas a personas menonitas (Apéndice B y Apéndice H), a profesionales de enfermería (Apéndice C y Apéndice G) y, a expertos en la comunidad menonita (Apéndice D y Apéndice I). Además, se realizó observación participante en el contexto de cuidado en la institución de salud (Apéndice J y Apéndice K), y se llevó a cabo un registro en el diario de campo (Apéndice F), considerando elementos propios del enfoque etnográfico (Martínez, 2005). Este diseño metodológico, permitió acceder a dimensiones profundas de la cultura menonita que no habían emergido en el primer estudio, como el papel del silencio en la interacción terapéutica, la centralidad de los liderazgos religiosos, la

influencia de la estructura patriarcal y el uso del idioma Plautdietsch como herramienta de inclusión y exclusión en el proceso de cuidado.

Las entrevistas fueron transcritas y sometidas a un proceso de lectura minuciosa línea por línea, para identificar unidades de significado relevantes en torno a las experiencias y percepciones de cuidado. Estas unidades, se codificaron manualmente y fueron agrupadas por contenido en categorías relacionadas directamente con los ejes teóricos mencionados, el análisis accedió a reconocer patrones de relación cultural, tensiones éticas y elementos del cuidado de enfermería practicado, para mantener la confidencialidad de los participantes y las instituciones, se asignaron claves alfanuméricas para la organización de los datos.

Para garantizar el rigor metodológico, se usaron los criterios de Lincon y Guba (1985), desde el criterio de credibilidad; debido a que se combinaron entrevistas, observación participante y diario de campo; de transferibilidad, se efectuó una descripción densa de los significados culturales de la comunidad menonita; de dependibilidad, se ejecutó la revisión por pares académicos para obtener retroalimentación; y de conformabilidad, igualmente se contó con la supervisión del comité que examinó la congruencia entre los datos y el análisis.

Para la presentación de los datos se siguió el siguiente principio de clasificación alfabética: "M" para personas de la comunidad menonita, "E" para profesionales de enfermería, "EX" para expertos en el contexto, "O" para observaciones, y "DC" para anotaciones del diario de campo. Esta fase permitió identificar necesidades no visibilizadas, estrategias comunitarias de salud, percepciones divergentes del cuidado y tensiones entre el saber biomédico y los saberes tradicionales.

Ambos estudios, constituyeron la base empírica para un acercamiento a la realidad del cuidado de enfermería en la comunidad menonita. Los hallazgos se complementaron y retroalimentaron, dando origen a un diagnóstico profundo que sustentó el diseño del modelo.

## **Fase II**

La segunda fase consistió en una investigación documental de tipo exploratorio-analítico, orientada a reforzar conceptualmente los hallazgos de campo y a consolidar el estado del arte sobre el cuidado intercultural en enfermería. Esta fase metodológica se estructuró en dos momentos: la etapa heurística (búsqueda y recolección sistemática de información) y la etapa hermenéutica (análisis crítico, reflexivo e interpretativo de las fuentes).

**Etapa heurística del estado del arte.** Durante esta etapa, se ejecutó una búsqueda bibliográfica exhaustiva en bases de datos académicas especializadas como PubMed, Scopus, Scielo y Google Scholar, para su organización se elabora una matriz de datos (Apéndice A). Se emplearon descriptores en español e inglés tales como: "enfermería transcultural", "modelo de cuidado en salud", "cuidado culturalmente competente", "menonitas en México" y "salud en comunidades rurales". Se establecieron criterios de inclusión que contemplaron publicaciones académicas escritas en español, inglés, portugués y alemán, con acceso a texto completo y con relevancia directa sobre el fenómeno de estudio.

Se seleccionaron un total de 52 documentos entre artículos indexados, tesis de posgrado, libros especializados y reportes institucionales. Estos documentos fueron organizados en fichas de lectura sistematizadas en el programa Microsoft Excel o al que

registraron los conceptos clave, metodologías empleadas, hallazgos relevantes y contribuciones potenciales al diseño del modelo.

**Etapa hermenéutica del estado del arte.** Una vez seleccionadas las fuentes, se desarrolló una lectura crítica, reflexiva e interpretativa. Esta fase permitió reconocer tanto las convergencias como las tensiones en torno al cuidado intercultural. Se identificaron cinco ejes: la identidad cultural de la comunidad menonita, atención en el primer nivel en diversas culturas, modelos y teorías de enfermería en la competencia cultural, barreras culturales entre el profesional de enfermería y diversas culturas, competencia cultural del profesional de enfermería.

### Capítulo III

#### Acercamiento a la realidad

En este apartado se describen las categorías y subcategorías que emergieron al conjuntar la información de las dos fases de estudio y al realizar el análisis de los datos, dieron origen a cuatro categorías denominadas: 1) Relación enfermera-persona menonita, 2) Esencia del cuidado en la comunidad menonita, 3) Obstáculos y facilitadores para el cuidado de salud, 4) Temas de salud promovidos en la comunidad menonita, así como 12 subcategorías (Figura 1).

**Figura 1**

*Esquema de categorías y subcategorías del acercamiento a la realidad*



Para la descripción de las categorías se realizó una definición, así como para cada subcategoría, posteriormente se narró parte de los datos empíricos que se expresó de los

textos de mayor significado y finalmente, el sustento teórico dando coherencia entre los autores con realidad observada. A continuación, se detallan las categorías y subcategorías:

### **Relación enfermera-persona menonita**

Es el vínculo cultural y terapéutico que se establece entre el profesional de enfermería y las personas de la comunidad menonita, en donde implica la construcción de confianza, el respeto de su cosmovisión, sus particularidades y los aspectos de la comunicación verbal y no verbal.

#### ***Comunicación y presencia empática como forma de cuidado.***

El profesional de enfermería ajusta su lenguaje, evita tecnicismos y se expresa con ejemplos del contexto menonita. Además, al utilizar palabras o formas de comunicación propias de la comunidad, logra generar mayor confianza y empatía, ya que, las personas perciben cercanía cultural y sienten que su identidad es reconocida y respetada. A su vez, escucha con atención y valida las experiencias y creencias, favorece el entendimiento mutuo y el vínculo terapéutico.

Como se evidencia en los siguientes trechos:

*[...] “No basta con buenas intenciones, hay que demostrarlo en acto ... lo que he aprendido es que la clave está en escucharlos primero ... una sonrisa sincera puede más que un discurso ... entender su mundo toma tiempo, a veces hay que dejar de hablar y solo estar presentes.” [...] (E4)*

*[...] “Yo también explico con ejemplos, no con tecnicismos ... ellos necesitan comprenderlo a su modo.” [...] (M8)*

*[...] “Una forma en la que tú puedes comunicarte es aprendiendo algunas palabras en Plautdietsch.” [...] (O2)*

[...] *“Puedes decir goondag, que es buen día, y verás cómo se sienten confiados.”*

[...] (O15)

[...] *“Con el tiempo comprendí lo importante que es escuchar y respetar sus creencias... he aprendido que escuchar también puede abrir puertas.”* [...] (E3)

[...] *“No llegué diciéndoles qué hacer, sino preguntando cómo veían ellos la enfermedad, qué habían intentado antes... aprendí a dar explicaciones prácticas con ejemplos de su vida ... siempre trato de ofrecerles una opción y nunca imponer una solución... porque si uno gana su confianza, luego sí aceptan el tratamiento.”*

[...] (E1)

[...] *“A veces un gesto o una mirada dicen más y hay que estar atentos... el silencio también puede ser parte del cuidado... Muchos piensan que cuidar es solo curar, pero también es acompañar, contener, y estar... A veces me siento más como una guía que como una enfermera... el trabajo no solo es técnico, sino también emocional y cultural.”* [...] (E2)

[...] *“Bajan la voz, la mirada, todo. El lenguaje corporal es súper importante.”*

[...] (EX1)

[...] *“No siempre buscan respuestas, a veces solo acompañamiento.”* [...] (E5)

Watson (2008) y Leininger (1991) mencionan que la comunicación empática y la presencia auténtica del profesional, son fundamentales para establecer un vínculo, donde se implica respetar las creencias, adaptar el lenguaje y construir confianza mediante la calidez humana. Además, Carl Rogers (1980) refiere que el cuidado nace de la aceptación incondicional, la empatía y la autenticidad, escuchar sin juzgar y validar el punto de vista del otro es esencial para culturas que pueden mostrar desconfianza.

Por otra parte, Hall (1976) explica que el silencio tiene significados culturales, y puede representar respeto, introspección o contención emocional, parte del lenguaje del cuidado.

### ***Confianza en el vínculo cotidiano***

La seguridad relación enfermera-persona menonita se construye mediante saludos cotidianos, presencia constante y un trato amable, la humildad, el respeto y una actitud abierta permiten a la enfermera ser vista como aliada, creando un clima donde el cuidado es mejor recibido.

Se aprecia con claridad en los siguientes textos:

*[...] “La salud no solo se trata de medicinas o diagnósticos... también se trata de construir una relación de confianza. La humildad abre más puertas que el conocimiento.” [...] (E4)*

*[...] “Me han dicho: ‘usted no nos critica, solo viene a ayudar... cuando me ven como aliada, escuchan más.’ [...] (E2)*

*[...] “Si uno gana su confianza, luego sí aceptan el tratamiento... Si vienes desde el respeto, se abren. Pero si sienten superioridad, se cierran.” [...] (E3)*

*[...] “Ella llega diciéndoles Hola, ¿cómo estás? Y así darles ayuda desde el pasillo... saludando a todos. Se emocionan porque conocen a alguien, por la forma en que los trata ella, que se llama (nombre de la enfermera).” [...] (M8)*

*[...] “Ellos ya me conocen a mí, porque ya tengo mucho tiempo en el centro de salud y algunos tienen mi número telefónico, que si me necesitan me hablan.” [...]*

*(O3)*

[...] *“Mi consejo es que ustedes como enfermeros, vengan con la mente abierta y con mucho respeto.” [...] (M6)*

[...] *“Fui aprendiendo a acercarme desde el respeto y pacientemente.” [...] (E1)*

Watson (2008) y Carl Rogers (1980) resalta que el cuidado se sostiene a través de la presencia constante, la autenticidad y el respeto como formas de establecer una confianza real, más allá de las intervenciones clínicas. Mayeroff (1971) menciona que cuidar es ayudar al otro a crecer desde su propio sentido de vida y que esto requiere apertura y reconocimiento del otro como sujeto valioso.

### ***Adaptación cultural progresiva del profesional de enfermería***

El profesional de enfermería se involucra en un proceso continuo de aprendizaje sobre la cultura, el idioma y las prácticas menonitas, lo que permite brindar un cuidado más adaptado con su modo de vida y valores.

Lo cual se corrobora en los siguientes pasajes testimoniales:

[...] *“Al principio fue un poco difícil adaptarme, especialmente con las diferencias culturales... es un entorno en el que uno aprende constantemente.” [...] (E4)*

[...] *“Dentro de mis años como enfermera, la he librado porque he aprendido sobre su idioma, costumbres y su manera de entender la enfermedad.” [...] (E1)*

[...] *“Desde que inicié a trabajar como enfermera, he aprendido mucho sobre las costumbres y tradiciones de la comunidad menonita.” [...] (E3)*

Madeleine Leininger (1991) afirma que el cuidado culturalmente competente exige que el profesional de enfermería se involucre en un proceso de aprendizaje y adaptación mutua, comprendiendo los significados, valores y prácticas del otro para ofrecer un cuidado verdaderamente adaptado con su modo de vida.

## **Esencia del cuidado en la comunidad menonita**

Son esos aspectos éticos, espirituales, culturales y relacionales que configuran el modo particular en que las personas menonitas conciben, expresan y practican el cuidado en su entorno cotidiano, está profundamente vinculada a su cosmovisión religiosa, a las relaciones familiares, a la autogestión comunitaria y a la integración de saberes tradicionales y espirituales con el cuidado de la salud.

### ***Dimensión espiritual del cuidado de la salud***

La salud es entendida como un don divino y su pérdida puede atribuirse a causas espirituales o morales. Las prácticas como la oración, la consulta con el ministro y la reflexión espiritual forman parte del proceso natural de afrontamiento antes de acudir a instituciones sanitarias.

Como se evidencia en los siguientes trechos:

*[...] “Entonces, muchas veces intentan solucionarlo a través de la oración... ellos ven a la enfermedad como un castigo, en relación por su actitud, por su forma de actuar, por su forma de ser... Casi siempre van con su ministro, con su guía espiritual y se ponen en oración y luego ya si de plano no, pues usan la herbolaria y pues ya el último recurso es acudir a las instancias sanitarias.” [...] (EX1)*

*[...] “Estar sano, es un privilegio... tener salud es una bendición.” [...] (M6)*

Kleinman (1997) dice que los significados culturales sobre la salud deben ser comprendidos y validados por el personal de salud. Scheper-Hughes (1992) menciona que la sanación espiritual es una etapa significativa en muchas culturas, donde se resignifica el sufrimiento.

### ***Cuidado en el hogar e integración de saberes***

El cuidado inicia en el hogar y se basa en prácticas tradicionales como infusiones, remedios caseros y manuales comunitarios. El acompañamiento profesional es aceptado cuando se respetan estos saberes.

Se aprecia con claridad en los siguientes textos:

*[...] “El cuidado de la salud se hace desde la casa, desde el hogar.” [...] (M3)*

*[...] “Yo primero le doy vitaminas, lo cuido en mi casa y si no mejora lo llevo con el médico del campo 100.” [...] (M6)*

*[...] “Usan la herbolaria y pues ya el último recurso es acudir a las instancias sanitarias... ellos tienen muchos manuales y libros escritos por personas canadienses, en donde siguen las recetas herbolarias.” [...] (EX1)*

*[...] “Aceptaron monitorear la glucosa y usar sus tés al mismo tiempo [...] se trata de encontrar un equilibrio.” [...] (E2)*

*[...] “Le expliqué que podía seguir usándolos mientras se usaba el tratamiento.” [...] (E3)*

*[...] “En la cultura menonita, la familia toma muchas decisiones en conjunto ... también hablaba con sus hijos, con su esposo... la familia es clave.” [...] (E1)*

*[...] “A mi abuelita le diagnosticaron cáncer, y mi familia decidió atenderla con quimioterapias, en cambio, un amigo de la familia... la abuelita de ellos también la diagnosticaron con cáncer, pero ellos se fueron por el camino natural, como uso de intravenosos y hierbas.” [...] (M8)*

*[...] “Mi familia siempre está involucrada, me acompañan y me ayudan a traducir.” [...] (M1)*

Leininger (1991) refiere que los sistemas familiares son núcleos de apoyo cultural y como mencionan Freire (1970) y Martínez (2015) que la familia es una fortaleza cultural cuando se gestiona sin imponer autonomía individualizada y Kuhn (1997), dice que la participación familiar transforma el cuidado en un acto consciente y colectivo.

Leininger (1991) y Martínez (2015) explican que el cuidado doméstico es una práctica cultural legítima, y El Guindi (2004) y Menéndez (2005) describen que la integración respetuosa de saberes fortalece la adherencia y eficacia del cuidado.

### ***Rol tradicional de género en el cuidado y su impacto en la mujer menonita***

En la comunidad menonita, el rol femenino sigue centrado en el cuidado del hogar y la familia, llevando a muchas mujeres a posponer su salud, educación o intereses personales debido a mandatos tradicionales, lo que limita su desarrollo, autonomía y ejercicio pleno de sus derechos.

Como se pueden observar en los siguientes trechos:

[...] *“Su papel es de cuidadora, siempre es primero los demás y después ellas.”*

[...] (EX1)

[...] *“Tú debes estar disponible para ayudar a tu esposo... si mi esposo no me apoyara, yo no estaría estudiando ni trabajando.”* [...] (M10)

Lagarde (1996) refiere que la socialización femenina reproduce desigualdades que afectan la autonomía de las mujeres y su capacidad de cuidado hacia sí mismas. En la misma línea, Sen (1999) señala que las restricciones impuestas por los roles de género limitan las libertades reales de las mujeres para elegir y llevar adelante proyectos de vida que respondan a sus propias aspiraciones y necesidades, afectando su salud, bienestar y participación social.

## **Obstáculos y facilitadores para el cuidado de salud en menonitas**

Son esas barreras estructurales, culturales, lingüísticas y educativas que limitan el acceso, la continuidad y la calidad del cuidado de salud en la comunidad menonita.

### ***Restricciones al acceso de información en salud a través de medios digitales***

Los cambios en la forma en que la comunidad menonita accede y valora la información en salud. Mientras algunos utilizan medios digitales y redes sociales para investigar, otros aún mantienen restricciones normativas y culturales sobre el uso de tecnología.

Se aprecia con claridad en los siguientes textos:

[...] *“Ya tienen más acercamiento a los medios, internet, teléfono para investigar respecto a este tema... puedes entrar a Google e investigar todo con tu teléfono.”*

[...] (M10)

[...] *“Brindar información ahora con las redes sociales, ayuda mucho a que la información aquí sea más real.”* [...] (M6)

[...] *“Un cierto respeto por el uso de celulares, porque no tengan televisión en la casa.”* [...] (EX1)

[...] *“Existe una gente que vive en una comunidad muy lejos de aquí, que no usan teléfono, que no usan llantas de hule, todavía es de metal, pero si nos aceptan al entrar.”* [...] (M8)

Martin-Barbero (2015) menciona que los medios no actúan directamente, sino que atraviesan filtros culturales, generacionales y simbólicos, y como refieren Freire (1970) y Rogers (1980) la adopción y el acceso a la información sigue un proceso cultural, y no todas las comunidades las incorporan al mismo ritmo.

### ***Barreras estructurales y culturales en el acceso al cuidado de salud***

La comunidad menonita enfrenta barreras estructurales, culturales y de género que limitan su acceso al cuidado de salud, como la falta de recursos, personal intercultural, distancia a centros médicos y la barrera idiomática. Además, experiencias negativas en el sistema de salud han afectado su confianza y continuidad del cuidado.

Ejemplo de ello son los siguientes testimonios:

*[...] “Faltan materiales visuales adaptados a su idioma y costumbres... viven lejos de clínicas... no pueden ir solas al consultorio... tienen que ir con el esposo” [...]*  
(E3)

*[...] “El hombre contestaba por ella [...] Me sentí ultrajada, porque me pidieron que me quitara las trenzas.” [...]* (EX1)

*[...] “Sería útil tener más personal capacitado en temas interculturales [...] no tenían vacunas.” [...]* (M10)

*[...] “No tenemos tiempo para cada paciente como necesita.” [...]* (E2)

*[...] “Me sentí incómodo cuando el enfermero me entregó una bolsa de condones enfrente de mi padre... Mucha gente piensa que habla español y piensa que entiende a los médicos... Pero ahí es difícil movilizar un poquito esa parte.” [...]*  
(M8)

*[...] “Me trataron como animal en el IMSS... por eso contraté uno privado.” [...]*  
(M7)

*[...] “Aún a estas alturas no hablan español [...] deben ir con un varón que les traduzca.” [...]* (E1)

[...] *“A veces siento que son un poco distantes por mi dificultad con el español.”*

[...] (M4)

[...] *“Algunos no quieren que sus esposas o hijas sean atendidas por personal masculino.”* [...] (E5)

[...] *“No permiten que hablen directamente con el personal de salud sin su presencia.”* [...] (M9)

Leininger (1991) menciona que el cuidado culturalmente adaptado requiere recursos adecuados, comprensión del idioma y respeto por símbolos culturales, y que las prácticas institucionales que ignoran la dimensión cultural del paciente generan sufrimiento. Kleinman (1997) y Farmer (2004) refieren que las carencias estructurales constituyen una forma de violencia institucional que limita el acceso equitativo a la salud.

Lagarde (1996) señala que la subordinación de las mujeres en contextos tradicionales limita su derecho a decidir sobre su cuerpo y salud. En este sentido, la Organización Mundial de Salud (2021) indica que el sistema de salud debe generar condiciones que garanticen el acceso autónomo y confidencial a los servicios de salud para todas las mujeres.

### ***Desconfianza y rechazo de temas de salud***

El rechazo a las vacunas en sectores tradicionales menonitas responde a una mezcla de experiencias pasadas, rumores, desinformación y profunda desconfianza hacia las instituciones, más que a motivaciones religiosas. Esto configura una decisión comunitaria sostenida que requiere enfoques sensibles y no impositivos.

Se aprecia con claridad en los siguientes textos:

[...] *“La mayoría de los menonitas tradicionales no se vacunan... por eso hay brotes de sarampión.” [...] (EX1)*

[...] *“Yo me considero antivacunas... mi esposa no tiene ninguna.” [...] (M7)*

[...] *“Escuché muchos rumores... dentro de tres años se iba a morir.” [...] (M8)*

[...] *“Me ofrecieron una vacuna que no aceptamos.” [...] (M3)*

[...] *“El no querer las vacunas ya no es por religión. Es más decisión propia.” [...] (M6)*

Leininger (1991) menciona que el cuidado preventivo debe ser comprensivo con los valores culturales y que imponer prácticas sin considerar el contexto cultural puede generar mayor resistencia y sufrimiento. En este sentido, Betsch et al. (2015) destacan que la desconfianza hacia las instituciones, sumada a la circulación de rumores y narrativas negativas, son factores determinantes en la formación de actitudes antivacunas, lo que exige intervenciones comunicativas basadas en la empatía, la claridad y el respeto cultural.

### ***Traducción cultural en el acto de cuidar***

El apoyo de traductores informales (hijos o esposos) es un recurso esencial para facilitar la comunicación entre el personal de salud y las personas menonitas que no dominan el español.

Como se evidencia en los siguientes trechos:

[...] *“Me ayuda (a traducir) mi hijo, que habla mejor que yo.” [...] (M4)*

[...] *“Deben ir con el esposo o con el hijo, el solo hecho de decir que te pica no sé dónde... es terrible para ella, uso una traductora menonita para acercarme a las tradicionales.” [...] (EX1)*

[...] “Yo hablo un poco español, pero de todos mis hijos, mi hijo mayor sabe hablar muy bien, mejor que yo en español, es muy inteligente, es el que le ayuda a su mamá cuando necesita decir algo en español.” [...] (M7)

[...] “Cuando tenemos ayuda de mis hijos, ellos nos ayudan a comprender mejor cómo comunicarnos cuando estamos en una consulta.” [...] (M9)

[...]” (Vamos llegando al asilo, y mi traductor me menciona) *Yo estoy contigo, si no sabes cómo expresarte, yo lo digo en mi idioma.*” [...] (O15)

Leininger (1991) refiere que los traductores comunitarios deben respetar la intimidad y ser culturalmente pertinentes, al igual que Kleinman (1997), quien menciona que se deben promover traductores capacitados desde la comunidad para no distorsionar el mensaje.

### ***Temas de salud promovidos en la comunidad menonita***

Son las principales temáticas en torno a la salud dentro de las comunidades menonitas y la manera de ver y de promocionar estos temas dentro de la comunidad.

### ***Promoción culturalmente adaptada***

Las intervenciones en salud sexual y nutrición son más efectivas cuando se adaptan a las costumbres, lenguaje, sensibilidad y dinámicas comunitarias menonitas. La educación respetuosa, visual y cercana ha favorecido la participación femenina y la apertura intergeneracional.

Como se evidencia en los siguientes textos:

[...] “Había un curso de menopausia y también hablaron de la sexualidad, de contracepción.” [...] (M6)

*[...] Capacité a una mujer menonita hicimos campañas de prevención con dibujos a mano hicimos sobre el plato del buen comer fueron muchas menonitas tradicionales su dieta tiene mucho que ver con esa gordura.” [...] (EX1)*

Barrera et al. (2013) destacan que adaptar los programas de promoción de la salud al contexto cultural de cada comunidad mejora su efectividad y aceptación. Además, Betancourt et al. (2005) señalan que la incorporación de mediadores culturales comunitarios con competencias interculturales que facilita la comunicación genera confianza y promueven la participación en temas de salud, asegurando intervenciones más sostenibles y respetuosas de las realidades locales.

Las necesidades identificadas en este acercamiento a la realidad se orientan principalmente a fortalecer una comunicación empática y culturalmente adaptada, en la que el profesional de enfermería evite tecnicismos, utilice ejemplos del contexto cotidiano y, cuando sea pertinente, integre palabras en Plautdietsch o alguna variante de alemán para generar confianza y cercanía. Asimismo, emergen necesidades relacionadas con el reconocimiento de la dimensión espiritual, así como con la integración respetuosa de los saberes tradicionales en conjunto con los profesionales.

De igual manera, como barreras que exigen mejorar la infraestructura sanitaria y contar con traductores comunitarios capacitados que brinden seguridad y confianza institucional. A ello se suman las necesidades de visibilizar y atender problemáticas como la salud mental, la salud sexual y la nutricional, mediante programas culturalmente adaptados que incluyan recursos didácticos y materiales visuales que favorezcan la comprensión y la participación de la comunidad.

## Capítulo IV

### Modelo innovador de cuidado

#### Soporte teórico-referencial

##### *Modelo de cuidado de enfermería*

Un modelo de cuidado constituye una construcción conceptual y metodológica que orienta la práctica profesional de la enfermería, su función principal es integrar saberes teóricos, filosóficos, empíricos y contextuales, para representar de manera estructurada el conocimiento disciplinar e intervenir de forma ética, reflexiva y culturalmente pertinente. Tal como señalan Fawcett (1995), Meleis (2007) y Waldow (1998), un modelo de cuidado expresa los valores, principios y conceptos esenciales de la disciplina, que son persona, salud, entorno y enfermería, así como una propuesta operativa que define cómo se ejerce el cuidado. Esta herramienta no solo guía la toma de decisiones ante fenómenos complejos, sino que fortalece la autonomía de la disciplina, y ofrece una visión situada, transformadora y humanista del acto de cuidar.

##### *Enfermería*

La enfermería es una profesión dedicada a defender el derecho de todas las personas a disfrutar del más alto nivel posible de salud, mediante el compromiso compartido de proporcionar cuidados y servicios colaborativos, culturalmente seguros y centrados en las personas. Aboga por el acceso equitativo de las personas a la salud y a los cuidados de salud, así como entornos seguros y sostenibles (White et al., 2025).

La implementación del modelo transforma el rol tradicional de la enfermera, posicionándola como agente de mediación cultural, acompañamiento humanizado y

promotora de un cuidado significativo, que reconoce los saberes tradicionales, las prácticas comunitarias, el idioma y las formas particulares de comunicación de esta población.

La definición de enfermera o enfermero según White et al. (2025), es una profesional formada con los conocimientos científicos, las habilidades y la filosofía de la enfermería, y regulada para ejercer la profesión basándose en normas de práctica y códigos éticos establecidos. El profesional de enfermería desempeña un papel único en la salud y los cuidados de poblaciones de todas las edades y en todos los entornos, generando vínculos de confianza con personas, familias y comunidades y adquiriendo un conocimiento valioso sobre las experiencias de salud y enfermedad de las personas

La noción de profesional de enfermería como cuidador intercultural se nutre de las propuestas de Campinha-Bacote (2002), quien define la competencia cultural como un proceso dinámico basado en la conciencia cultural, el conocimiento, las habilidades, los encuentros con otras culturas y el deseo genuino de brindar un cuidado respetuoso. Este enfoque se complementa con los principios de la enfermería humanista de Watson (2008), centrados en la presencia auténtica, la escucha activa y la relación terapéutica.

Los profesionales de enfermería son clave en ese encuentro cultural, pues son las personas del equipo de salud más cercanas a las personas, para lo cual el profesional debe capacitarse y así poder desempeñar su rol, encontrando cuidados coherentes con la cultura que permitan recuperar, mantener la salud o afrontar la muerte de una forma culturalmente adecuada (Pérez et al., 2018).

### ***Persona menonita-familia menonita***

El Modelo Innovador de Cuidado de Enfermería para la Comunidad Menonita en el Primer Nivel de Atención se sustenta en esta perspectiva y está dirigido a personas

menonitas, particularmente aquellas que enfrentan barreras culturales, lingüísticas y simbólicas en el acceso a los servicios de salud, surge como respuesta a hallazgos de campo, donde se observó que la participación de enfermería en el cuidado a esta población es limitada, descontextualizada y frecuentemente distante de su cosmovisión.

La persona menonita preserva su cultura, religión e idioma a través de la memoria colectiva y a pesar de la comunidad que los aloja y la modernidad que los rodea. La historia de los menonitas se ha caracterizado por la concesión de privilegios por parte de los gobiernos de los países a los cuales arribaban y el cese posterior de los menonitas. Los principales privilegios solicitados fueron libertad de culto religioso y ejercer su propio modelo de educación basado principalmente en aspectos religiosos, apegados a los mandamientos de la biblia, pero con interpretaciones diferentes respecto al progreso, la educación y la salud. Lo que llevo a la división de aquellos que deseaban quedarse con las ideas y formas de vida originales y en aquellos que buscaban mejorar en cuestiones educativas y de salud (Islas, 2017).

El concepto de persona menonita como sujeto activo, autónomo y portador de saberes culturales se articula con la teoría del cuidado humano de Jean Watson (2005), que concibe a la persona como un ser integral, con historia, espiritualidad y valores propios. En este sentido, el cuidado debe partir del reconocimiento profundo del otro. A su vez, se integra el enfoque simbólico de cultura propuesto por Geertz (1973), que comprende la salud y la enfermedad como fenómenos mediados por sistemas de significado compartidos, lo cual, es esencial para entender la vivencia del cuidado en contextos culturales específicos.

El papel de la familia menonita como red de apoyo y agente decisor afirma en los modelos de enfermería familiar de Wright y Leahey (2005), los cuales, consideran a la familia como un sistema interdependiente, generador de bienestar y contención emocional. Este enfoque se enriquece con la teoría del soporte social de House (1981), que destaca el valor de las redes afectivas y comunitarias como factores protectores en salud.

### ***Cuidado intercultural***

El cuidado intercultural, eje central del modelo, se respalda en la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales de Madeleine Leininger (1991), que propone tres formas fundamentales de intervención: la preservación de cuidados culturales, la negociación con la cultura del usuario y la reestructuración de prácticas en función de la congruencia con los tratamientos biomédicos. Esta propuesta se articula con la ética del cuidado de Gilligan (1982), que promueve relaciones basadas en la sensibilidad, el respeto, la escucha activa y la reciprocidad.

Se considera que la existencia de un enfoque del cuidado cultural en el sistema de atención de enfermería indudablemente fortalece el papel del enfermero en la práctica asistencial. Por consiguiente, los valores, creencias y prácticas culturales no pueden ser fenómenos ajenos en las prácticas de enfermería. Además, el conocimiento cultural es un patrón indispensable en los sistemas de asistencia de enfermería (Castillo, 2008).

En este sentido implica que se poseen unos conocimientos básicos y unas actitudes constructivas hacia las tradiciones de salud observadas en los diversos grupos culturales en el lugar en que se está trabajando, esto requiere de que se tenga por parte del profesional de enfermería, la capacidad de observación, aplicarla para identificar las actitudes relacionadas con lo que se considera como salud, como enfermedad, el sentirse mal,

sentirse enfermo, para lograr un acercamiento con el que cuida, para establecer una relación que permita llegar a la confianza, de ahí que es importante una continua revisión de la planificación de cuidados y preguntarse desde el paradigma de la conciencia cultural y social de qué manera la cultura puede influir en el cuidado que damos, y considerarla una más dentro de los determinantes en el proceso de salud de la persona (Rubio et al, 2020).

### ***Mediador cultural***

La figura del mediador cultural menonita, entendida como puente entre el sistema de salud y la comunidad, donde se inspira en enfoques participativos de promoción de la salud (Organización Panamericana de Salud [OPS], 2013) y en el modelo de educación popular de Paulo Freire (1970), que propone el diálogo horizontal, el empoderamiento local y la construcción colectiva del conocimiento. Este rol también retoma los fundamentos de la pedagogía del cuidado y el enfoque “salud desde la comunidad”, donde la experiencia de vida y la pertenencia cultural son reconocidas como fuentes válidas de saber.

### ***Relación terapéutica***

Finalmente, la dimensión de la relación terapéutica intercultural se fundamenta en las teorías de comunicación intercultural de Gudykunst y Kim (2003), las cuales, explican cómo se construye la comprensión mutua entre personas de diferentes contextos culturales. Se complementa con el concepto de “presencia terapéutica” de Patricia Benner (1984), entendida como la capacidad de estar plenamente con el otro, desde una posición de apertura, empatía y respeto, en este modelo, la interacción enfermera-persona no es solo un acto técnico, sino un espacio relacional en donde se construye el sentido del cuidado.

### ***Primer nivel de atención***

Esta perspectiva se alinea con las propuestas del Modelo de Atención a la Salud para Pueblos Indígenas y Afrodescendientes (MASPIA), promovido por la Secretaría de Salud de México, el cual plantea una atención primaria con pertinencia cultural, inclusión de traductores comunitarios y reconocimiento de la cosmovisión local (Secretaría de Salud, 2015).

Se ha adoptado en diversos países como una estrategia de los sistemas de salud para contribuir al desarrollo social y económico global de las comunidades, representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas (Instituto de salud para el bienestar, 2023).

Como menciona Islas (2011) la atención de enfermería en el primer nivel debe ser sensible a los valores y creencias de las diferentes comunidades y culturas, en este caso la comunidad menonita, lo que permitirá una relación de confianza entre el personal de salud y la población. Al respetar las costumbres y estilos de vida de esta comunidad, se facilita la adherencia a los tratamientos y se promueve la aceptación de intervenciones preventivas. En estas situaciones en las que los profesionales de la salud interaccionan con personas de otras procedencias culturales se denominan encuentros culturales. En ellos, las personas que van a ser atendidas van a expresar sus necesidades, inquietudes, deseos a los profesionales de la salud, a través de la comunicación verbal y no verbal y estos van a responder de una manera determinada (Belintxon et al., 2014).

## **Justificación**

El modelo innovador de cuidado de enfermería dirigido a la comunidad menonita no pretende sustituir los marcos existentes, sino ampliar y reconfigurar las prácticas actuales desde una mirada intercultural desde la realidad local.

Surge como respuesta concreta a las tensiones entre un cuidado estandarizado y las formas particulares de comprender la salud, la enfermedad y el cuerpo dentro de esta comunidad. Tal como lo señala Menéndez (2005) y lo retoman estudios aplicados en contextos indígenas en México, las tensiones entre el modelo biomédico y los saberes comunitarios generan resistencias, silencios y barreras de acceso al cuidado institucional (Salud Pública de México, 2020).

En este sentido, propone un cambio de paradigma en la función del profesional de enfermería, pasa a ser un agente relacional, mediador cultural y presencia ética constante, capaz de traducir el cuidado en un acto compartido y significativo. Esto se relaciona con estudios en comunidades menonitas de Chihuahua, donde se evidencia que la comprensión intercultural fortalece el vínculo enfermera-persona y genera mayor autoeficacia profesional en la atención (Rodríguez et al., 2018).

Esta transformación no parte de una idealización teórica, sino de observaciones en campo que revelan prácticas genuinas y efectivas desarrolladas de forma espontánea por los propios actores comunitarios y profesionales: la presencia de traductores familiares, la centralidad del entorno familiar o el respeto al silencio como forma de expresión. El modelo recoge estas experiencias y las convierte en componentes sistematizados que permiten una aplicación estructurada, pero flexible, adaptada a los distintos matices y formas de vida de las comunidades menonitas.

Al integrar estas prácticas con fundamentos disciplinarios sólidos como la humanización del cuidado, la autonomía del sujeto y la promoción de la salud, el modelo fortalece la identidad profesional de enfermería, al tiempo que amplía su capacidad de respuesta ante realidades en la comunidad menonita. Lo anterior requiere también una formación en sensibilidad intercultural, entendida como competencia clave para ofrecer un cuidado ético y situado en contextos diversos (Arias y López, 2021). No se trata únicamente de mejorar la atención, sino de reconocer el cuidado como una construcción situada, ética y transformadora, que permite al profesional de enfermería actuar con mayor sentido, pertenencia y sensibilidad frente al otro.

Al articular elementos que ya existen con nuevas estrategias realistas, aplicables y culturalmente adaptados, el modelo se convierte en una herramienta viable, sostenible y replicable para otros contextos con características similares. De esta manera, contribuye no solo a la mejora de la atención, sino también al fortalecimiento de la disciplina de enfermería como ciencia del cuidado con capacidad para innovar desde lo local y dialogar con la diferencia.

## **Objetivos**

### ***General***

Brindar cuidado de enfermería culturalmente adaptado, humanista y situado en la comunidad menonita, mediante el reconocimiento de su cosmovisión, el fortalecimiento de la comunicación efectiva y la negociación de la integración de saberes tradicionales y profesionales en el primer nivel de atención.

### ***Específicos***

Establecer un vínculo entre el personal de enfermería y los líderes religiosos y comunitarios de la comunidad menonita.

Promover la formación sensible e intercultural en el personal de enfermería y mediadores de la comunidad menonita.

Promover la participación de la familia y de mediadores culturales en los procesos de cuidado de las personas menonitas.

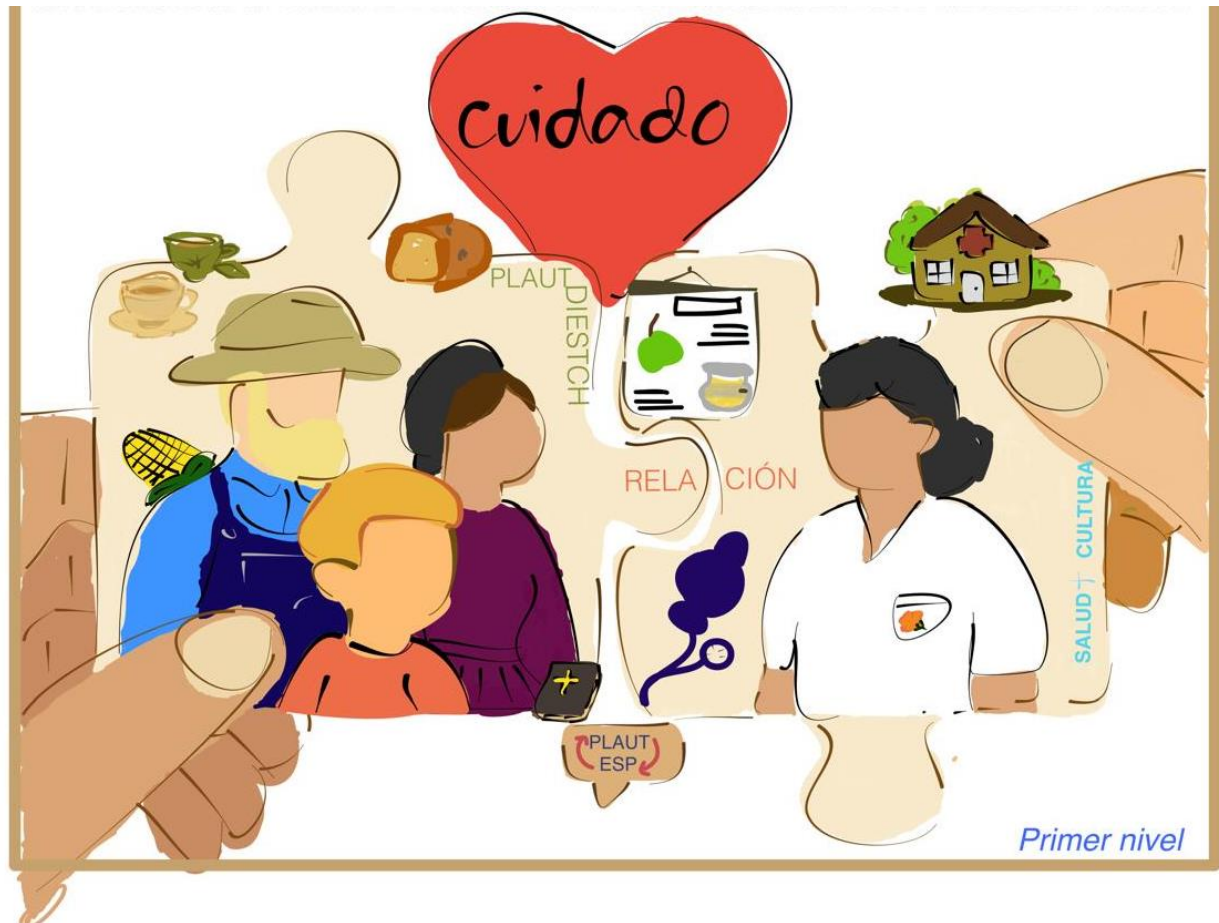
Mediar los saberes tradicionales menonitas con prácticas profesionales de enfermería.

Fortalecer la relación intercultural entre el personal de enfermería y las personas menonitas

## Esquema de modelo innovador de cuidado intercultural de enfermería en la comunidad menonita en el primer nivel de atención.

**Figura 2**

*Modelo innovador de cuidado intercultural de enfermería en la comunidad menonita en el primer nivel de atención*



### **Descripción del esquema del modelo**

La Figura 2, constituye una representación simbólica y metodológicamente estructurada del modelo innovador de cuidado de enfermería, concebido para responder con sensibilidad, profundidad y pertinencia a las especificidades culturales, lingüísticas y espirituales de la comunidad menonita en el primer nivel de atención. Esta imagen, se

construye desde una metáfora visual potente: un rompecabezas en proceso de ensamblaje, cuyas piezas representan dimensiones clave del cuidado. No se trata de una imagen decorativa, sino de un recurso teórico que traduce en símbolos la comprensión del cuidado como práctica situada, relacional, continua y adaptativa. El presente modelo, se compone de ciertos elementos principales, los cuales, se describen a continuación:

El rompecabezas es ensamblado por dos manos simbólicas, ubicadas en el centro de la imagen: una emergente del lado de la comunidad menonita y la otra del sistema de salud. Estas manos representan la acción recíproca del cuidado intercultural. Lejos de imponer o uniformar, estas manos dialogan, respetan, escuchan y construyen. Su contacto con las piezas manifiesta puentes afectivos, lingüísticos, técnicos y espirituales. Encarnan el compromiso conjunto entre saberes profesionales y saberes tradicionales, desdibujando las barreras históricas que separaban a ambos mundos.

En la parte superior central, un corazón rojo con la palabra "cuidado" escrita a mano acentúa el enfoque humano y afectivo del modelo. El color rojo comunica vitalidad, calidez, entrega y conexión emocional, mientras que el trazo manual recuerda que el cuidado es una experiencia viva, tejida artesanalmente, única en cada encuentro clínico o comunitario.

Del lado izquierdo del rompecabezas, en un fondo cálido de tonos tierra, se presentan tres figuras anónimas sin rostro que representan a la persona menonita: un hombre, una mujer y un joven. Esta elección evita estereotipos, enfocándose en la universalidad de los lazos familiares y la vida comunitaria. El hombre, con sombrero verde oliva y vestimenta azul, representa la tradición agrícola, la ética del trabajo y la conexión con la tierra. La mujer, con velo negro y vestido burdeos, sostiene una Biblia dorada, en

alusión a la fe como centro organizador de la salud, la enfermedad y la vida cotidiana. El joven, de tono naranja, encarna la transmisión generacional, la esperanza y la apertura a nuevas formas de cuidado. Rodeándolos, una mazorca amarilla, pan tradicional y unas tazas de té que evocan el cuidado doméstico, nutricional y comunitario como expresión cotidiana del bienestar. Este conjunto, representa a la salud como experiencia colectiva, espiritual y moral, inscrita en vínculos familiares estrechos.

En el lado derecho, la figura de la profesional de enfermería se presenta con filipina blanca y rostro imparcial. Su neutralidad simboliza inclusión y posibilidad de representación múltiple: puede ser cualquier enfermera o enfermero con vocación humanista e intercultural. Sobre su pecho, una flor naranja bordada expresa calidez, empatía y sensibilidad ética. Sobre ella, se erige una pequeña casa con cruz roja: representación del centro de salud. Esta imagen, refuerza la idea de una atención territorial, accesible y cercana, donde la enfermería se adapta al entorno de vida de la comunidad.

En el centro de la imagen aparecen elementos operativos del modelo. Un cartel blanco con ilustraciones de frascos, alimentos y pictogramas representa los recursos pedagógicos interculturales, que permiten construir puentes entre el conocimiento científico y los saberes culturales. Justo debajo, un globo de diálogo con la inscripción "Plaut ↔ Esp" destaca el papel del mediador de la comunidad menonita. Representado por un globo de diálogo en lugar de figura humana, subraya que su función es comunicativa y de mediación: facilitar comprensión mutua, traducir con sensibilidad y asegurar que el mensaje profesional sea recibido y resignificado culturalmente.

En el esquema aparecen dos frases clave, "Plautdietsch", escrita en verde oliva, representa el idioma, lo rural, lo tradicional, lo comunitario. "Salud + Cultura", en azul

celeste, representa el conocimiento, la tranquilidad, la confianza institucional. Esta dualidad simboliza el equilibrio necesario para lograr un modelo intercultural: integrar los saberes propios de la comunidad con los conocimientos técnicos del sistema de salud, sin que uno anule al otro.

En la base, la inscripción “Primer nivel” aclara el espacio donde se implementa el modelo: centros de salud, clínicas móviles, escuelas comunitarias, asambleas barriales o visitas domiciliarias. Es en estos entornos de primer contacto donde la enfermería comunitaria despliega su rol más transformador: el de comprender lenguajes, generar vínculos y ofrecer cuidado desde el respeto y la escucha.

Finalmente, el fondo blanco de la imagen funciona como un lienzo simbólico. Representa apertura, disposición al encuentro y la necesidad de adaptar el cuidado a cada familia, persona o comunidad. No se impone una forma única de cuidar: se construye, se adapta, se transforma desde el diálogo con el otro.

Esta figura, en su conjunto, no solo ilustra el modelo, si no cada pieza, cada gesto, cada objeto, cada palabra en dos idiomas, cada flor o alimento, es parte activa de una propuesta de cuidado que entiende que cuidar no es solo hacer: es vincularse, comprender, respetar, mediar y, sobre todo, acompañar. Así, el cuidado intercultural se vuelve posible, visible y transformador.

### **Conceptualización de elementos y atributos en el Modelo de cuidado innovador**

**Persona menonita:** Es el eje central del cuidado, comprendida como un sujeto activo, autónomo, reflexivo y con plena capacidad para tomar decisiones sobre su salud. Su identidad está profundamente arraigada en una cosmovisión religiosa y comunitaria, que valora la espiritualidad, la vida familiar, el trabajo y las prácticas cotidianas. Es cuidadosa,

observadora, respetuosa, coherente con su fe, solidaria y abierta al diálogo, cualidades que guían su forma de comprender y participar en el cuidado. Desde esta visión, la persona menonita no es un receptor pasivo, sino un sujeto que orienta y da sentido al proceso de cuidado.

Entre sus atributos destacan su capacidad de diálogo y comunicación respetuosa, su visión colectiva de la vida y la salud, su sensibilidad para percibir detalles culturales y emocionales, su responsabilidad hacia el bienestar familiar y comunitario, su disposición a colaborar en el proceso de cuidado, y su capacidad para reflexionar críticamente sobre sus necesidades y decisiones de salud, manteniendo siempre la coherencia con sus valores espirituales y comunitarios.

**Cosmovisión de la persona menonita:** es un sistema simbólico y espiritual a través del cual interpreta la vida, la enfermedad, el cuerpo, el sufrimiento y la sanación. Está determinada por la centralidad de la familia, el uso del idioma Plautdietsch, la guía del ministro espiritual y el silencio como forma legítima de comunicación emocional. Promueve un cuidado prudente, centrado en el hogar, que prioriza el respeto a la voluntad de Dios. Comprender esta forma de ver el mundo es esencial para brindar una atención coherente con los valores, tiempos y decisiones de la comunidad menonita.

Entre sus atributos destacan su sentido profundo de espiritualidad, su visión comunitaria de la vida, su uso del silencio como lenguaje emocional, su preferencia por la discreción y la intimidad familiar, y su interpretación cultural de síntomas y procesos de salud, que orientan sus decisiones y su participación en el cuidado.

**Profesional de enfermería:** es el profesional de enfermería que articula el cuidado con los saberes de la comunidad menonita. Actúa con ética, empatía, respeto y sensibilidad

intercultural escucha activa, presencia continua y capacidad de adaptación. Es empático, observador, paciente, accesible y confiable. Su rol trasciende lo técnico, construyendo relaciones de confianza y diseñando intervenciones significativas que integren los valores y formas de vida de la comunidad, y debe establecer alianzas respetuosas que reconozcan su centralidad y legitimidad.

Entre sus atributos, destacan su capacidad de ser negociador dentro de la adaptación cultural, su habilidad para educar con respeto cultural, su flexibilidad para ajustar tiempos y estrategias, su presencia constante y disponible, su empatía genuina, su observación atenta de detalles culturales y emocionales, y su compromiso ético con el bienestar integral de la persona menonita.

**Cuidado intercultural:** Es un cuidado que reconoce, respeta y dialoga con diversas formas de entender la salud, la enfermedad y el bienestar. Se construye desde la horizontalidad, la escucha activa y la integración de saberes tradicionales, espirituales, familiares y profesionales.

Entre sus atributos destacan su carácter ético y respetuoso, su capacidad de integración de diferentes saberes, su sensibilidad para captar matices culturales, su flexibilidad para adaptarse a contextos específicos, su orientación al diálogo horizontal, y su profunda dimensión humana que busca el bienestar integral de las personas atendidas.

**Mediador cultural menonita:** Deseablemente bilingüe (Plautdietsch–Español), conoce profundamente el contexto local, las creencias y los códigos simbólicos de la comunidad. Es comunicativo, accesible, respetado y confiable. Traduce no solo el idioma, sino también, los significados culturales, educa en salud, genera confianza y acompaña

emocionalmente. Su labor fortalece la continuidad del cuidado, la pertinencia cultural y la participación comunitaria.

Entre sus atributos destacan su conocimiento en idioma plautdietsch-español, su profundo conocimiento del contexto local, su capacidad para traducir significados culturales, su habilidad educativa adaptada al contexto, su credibilidad y confianza dentro de la comunidad, y su sensibilidad para brindar acompañamiento emocional y culturalmente seguro.

**Familia menonita:** es el núcleo de contención emocional, espiritual y decisional dentro de la comunidad, toda acción de salud se construye en diálogo con su lógica colectiva, su autoridad compartida y sus estructuras internas de roles y género. La familia no se limita a acompañar, interpreta síntomas, define tratamientos, valida cuidados externos y participa activamente en cada etapa del proceso de atención, su presencia es indispensable para garantizar un cuidado continuo y culturalmente aceptado.

Entre sus atributos destacan su cohesión interna y sentido comunitario, su autoridad colectiva en la toma de decisiones, su rol activo en el proceso de atención, su estructura definida de roles y género, su capacidad de interpretar culturalmente síntomas y situaciones de salud, y su función de custodiar valores y tradiciones de la comunidad.

**Relación terapéutica intercultural:** es un vínculo progresivo construido entre el profesional de enfermería y la persona menonita, basado en la confianza, la presencia respetuosa y la comunicación empática, esta relación trasciende el acto clínico para incluir la disponibilidad emocional, la validación de la cosmovisión del otro, la escucha atenta de silencios y gestos y la construcción de un espacio de acompañamiento continuo. Se trata de una relación ética y afectiva que permite que el cuidado sea comprendido, aceptado y

sostenido en el tiempo a partir del reconocimiento profundo de los tiempos, valores y formas de expresión del otro.

Entre sus atributos destacan su profundidad ética y afectiva, su base en la confianza y el respeto mutuo, su escucha activa y sensible, su flexibilidad para ajustarse a los ritmos y tiempos culturales, su atención a silencios y gestos como lenguaje, y su capacidad para construir un vínculo genuino y sostenido en el tiempo.

**Contexto comunitario menonita:** es el entorno cultural, espiritual, social y geográfico en el que se desarrolla la vida de la comunidad y en el que se inscriben las prácticas de cuidado, está determinado por una estructura colectiva basada en normas religiosas, cohesión social, liderazgos tradicionales, uso del idioma Plautdietsch y condiciones de vida particulares, ya sea en zonas rurales o urbanas. Este contexto moldea la manera en que se interpretan los procesos de salud, enfermedad y atención, por lo que el modelo, debe adaptarse a sus ritmos, recursos y dinámicas diseñadas como estrategias que respondan de forma viable, respetuosa y eficaz a su realidad.

Entre sus atributos destacan su estructura colectiva y cohesionada, su sistema de normas religiosas y sociales, su liderazgo tradicional, su uso distintivo del idioma Plautdietsch, sus condiciones de vida específicas que pueden implicar barreras geográficas y de acceso, y su profunda influencia sobre las decisiones y prácticas relacionadas con la salud y el cuidado.

### **Estrategias de implementación del modelo.**

El modelo innovador de cuidado de enfermería dirigido a la comunidad menonita en el primer nivel de atención surge como una propuesta integral frente a las barreras culturales, lingüísticas y estructurales que históricamente han dificultado el acceso a

servicios de salud pertinentes, respetuosos y culturalmente aceptables. Su propósito central es ofrecer una guía práctica para el personal de enfermería, orientada a la implementación de un cuidado intercultural que reconozca la cosmovisión, los valores comunitarios y las formas tradicionales de atención a la salud, propias de la comunidad menonita.

Este modelo, está diseñado para ser utilizado por el profesional de enfermería, apoyada por mediadores bilingües y líderes comunitarios, que promueve un cuidado centrado en la persona y en vínculos de confianza, diálogo y respeto mutuo. Tiene como objetivos fortalecer la relación terapéutica, fortalecer la participación de la comunidad y mejorar la pertinencia cultural de los servicios. Su estructura metodológica se divide en tres fases complementarias: Gestión y difusión, implementación práctica y evaluación participativa, cada una con estrategias operativas que aseguran su viabilidad, continuidad y adecuación al contexto comunitario (Apéndice M).

### ***Estrategias de gestión y difusión del modelo innovador de cuidado***

Antes de implementar el modelo en la práctica clínica, es indispensable llevar a cabo una fase inicial de gestión y difusión que permita su comprensión, apropiación y legitimación tanto por parte del profesional de enfermería como de la comunidad menonita. Esta etapa es clave para preparar el terreno institucional y social, y asegurar que las acciones posteriores se inserten en un entorno de diálogo, confianza y apertura cultural.

#### **Estrategia 1: Socialización institucional del modelo.**

Se inicia con la presentación formal del modelo ante autoridades jurisdiccionales, directivos de centros de salud y líderes de la comunidad menonita. Este proceso incluye reuniones técnicas, entrega de materiales explicativos y sesiones informativas que

destaquen los fundamentos, objetivos y beneficios de implementar un enfoque intercultural desde el primer nivel de atención.

### ***Vinculación con líderes religiosos y comunitarios***

Realizar visitas formales a líderes menonitas (ministros, ancianos y representantes de colonias) para explicar los propósitos del modelo.

Elaborar una carta de presentación bilingüe (español–Plautdietsch) que resuma objetivos, beneficios y compromisos del modelo.

Facilitar un espacio de diálogo donde los líderes expresen inquietudes, sugerencias y expectativas respecto al cuidado de la salud.

Designar un enlace de confianza (mediador cultural menonita) como puente permanente de comunicación.

Documentar acuerdos y generar un cronograma de próximas reuniones.

### ***Presentación institucional del modelo de cuidado intercultural***

Esta actividad se llevará a cabo durante el primer mes de implementación del modelo, como fase inicial clave para asegurar compromiso institucional y comunitario.

Se planificará mediante un cronograma de actividades (Apéndice L) en la primera y segunda semana del mes inicial, ajustándose a la disponibilidad de los participantes.

Las reuniones se realizarán preferentemente en horarios laborales, pero se considera flexibilidad para la participación de líderes menonitas.

El equipo integrado por profesionales de enfermería organiza reuniones presenciales donde explique el modelo de forma clara y detallada.

Cada reunión tendrá una duración aproximada de 2 a 3 horas: presentación del modelo (30-45 minutos)

Generando espacios de diálogo para escuchar inquietudes, aportaciones y expectativas de las autoridades y la comunidad.

Se utilizarán materiales explicativos como presentaciones digitales, folletos impresos y trípticos en español y Plautdietsch o variante de alemán, equipos de proyección.

### **Estrategia 2: Servicios Amigables Menonitas**

Paralelamente, se propone organizar talleres presenciales para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud. Estas capacitaciones abordan temas como: comunicación intercultural, respeto a los silencios rituales y a las decisiones familiares, análisis de casos clínicos con enfoque cultural y estrategias de adaptación de protocolos. Las sesiones son facilitadas por personal de enfermería con experiencia en salud intercultural, académicos y cuando es posible, representantes menonitas abiertos al diálogo.

#### ***Diseño del plan de capacitación.***

Elaborar un plan detallado de contenidos (Apéndice N), seleccionado temas prioritarios: comunicación intercultural, respeto a silencios, decisiones familiares.

Se solicitará apoyo con la jurisdicción sanitaria y equipo experto en educación intercultural.

#### ***Elaboración de materiales didácticos y guía operativa para la implementación de talleres presenciales.***

Como recurso de apoyo para el personal de salud, se diseña una guía operativa del modelo: Principios orientadores y éticos, recomendaciones prácticas para interacción culturalmente segura, ejemplos de buenas prácticas específicas en contextos menonitas, adaptaciones culturales de protocolos clínicos (p. ej. salud sexual, salud mental, vacunación), lenguaje sencillo y amigable para el personal de salud.

### **Estrategia 3: Difusión comunitaria del modelo.**

De forma simultánea, se desarrollan acciones de difusión accesibles para la comunidad menonita, utilizando medios culturalmente adecuados. Esto incluye visitas domiciliarias informativas, asambleas comunitarias en templos o casas de reunión, y materiales visuales y escritos en idioma Plautdietsch (folletos, carteles, pictogramas), elaborados con apoyo de mediadores culturales menonitas. Se emplea una narrativa sencilla, respetuosa y visualmente cercana a los códigos culturales de la comunidad.

#### ***Difusión del modelo de cuidado intercultural***

Realizando visitas domiciliarias con ayuda de mediadores culturales menonitas, visitando hogares menonitas.

Explicar el modelo de forma sencilla y responder dudas

Identificar líderes familiares dispuestos a participar en futuras actividades.

Organizando asambleas comunitarias, teniendo en cuenta en templos, casas de reunión o espacios comunitarios, para exponer de manera breve el modelo y sus beneficios.

Entregando folletos, carteles en variante de alemán.

Narrativas sencillas, ilustraciones cercanas descriptivamente a la cultura menonita (vestimenta, contextos rurales).

#### ***Estrategias de implementación del modelo***

Las estrategias de implementación práctica del modelo innovador de cuidado están organizadas en función de los actores clave que participan directamente en su ejecución: profesionales de enfermería, comunidad menonita y mediadores culturales menonitas. Esta división, responde a la necesidad de articular acciones complementarias desde distintos ámbitos de acción, con el fin de alcanzar un cuidado intercultural efectivo y una relación

terapéutica intercultural sólida y sostenida. Cada grupo aporta desde su lugar conocimientos, experiencias y recursos que, al integrarse, permiten transformar los espacios clínico-comunitarios en escenarios de respeto, escucha, participación y construcción conjunta del cuidado.

### ***Estrategia 1: Profesionales de enfermería***

Esta estrategia busca dotar al personal de enfermería de las competencias necesarias para ofrecer un cuidado intercultural genuino, sustentado tanto en la sensibilidad cultural como en la aplicación técnica y ética. Parte de este enfoque reconoce el cuidado intercultural es un proceso dinámico, que requiere reflexión crítica y transformación constante de las prácticas asistenciales.

### ***Diagnóstico y adecuaciones culturales del entorno (Meses 1-2)***

Durante el primer mes, el personal de enfermería lidera un proceso participativo destinado a identificar y transformar los espacios físicos, simbólicos y relacionales en la institución sanitaria.

Convoca al equipo multidisciplinario del centro de salud (enfermería, medicina, odontología, psicología, trabajo social), mediadores culturales menonitas de salud bilingüe, autoridades locales y representantes de la comunidad menonita.

Realiza un recorrido sistemático por áreas clave: consultorios, salas de espera, módulos de vacunación, pasillos y sanitarios, y utiliza una guía de observación en relación con aspectos de dimensiones físicas, simbólicas, relacionales en los centros de salud (Apéndice O) para recoger información precisa y objetiva.

Después del hallazgo, se logra hacer una reorganización del mobiliario, incluyendo disposición circular de asientos que facilite el acompañamiento familiar y minimice

jerarquías, instalación de biombos o cortinas para preservar privacidad visual y emocional, sustitución de contenido audiovisual por imágenes naturales, música instrumental suave y frases culturalmente relevantes y la implementación de señalética bilingüe (Plautdietsch y español) con iconografía clara, en puntos estratégicos.

### ***Sensibilización y capacitación intercultural (Meses 2-4)***

Entre los meses 2 y 4 se lleva a cabo un programa intensivo de sensibilización intercultural dirigido a todo el personal multidisciplinario (enfermería, medicina, odontología, psicología, trabajo social), con el objetivo de fortalecer competencias técnicas, éticas y comunicativas esenciales para el cuidado intercultural.

### ***Programa de sensibilización***

Cada sesión dura 90 minutos y se realiza semanalmente, abordando temas como respeto cultural, silencio en contextos menonitas, rol del ministro religioso, barreras simbólicas, manejo de estereotipos y técnicas de escucha activa (Apéndice P). La metodología es participativa e incluye dramatizaciones clínicas, videos testimoniales, análisis grupales de dilemas éticos y ejercicios de reflexión en pequeños grupos.

Además, dentro de este programa, se implementa un diario reflexivo profesional, donde cada miembro del equipo de salud registre aprendizajes, emociones, dilemas éticos y propuestas de mejora, favorecer la autoevaluación y la mejora continua.

Diseño de rituales simbólicos para apertura y cierre de consulta, palabras en Plautdietsch, gestos de bienvenida y expresiones de gratitud o confianza al finalizar la atención, para reforzar el vínculo terapéutico y la dimensión simbólica del cuidado.

### ***Vínculo comunitario y recursos educativos (Meses 2-5)***

Desde el mes 2 hasta el mes 5, se implementan actividades orientadas a consolidar el vínculo entre el centro de salud y la comunidad menonita.

Rondas clínicas conjuntas entre profesionales de enfermería y mediadores culturales menonitas bilingües.

Visitas domiciliarias adaptadas a la dinámica cultural y familiar de la comunidad.

Visitas no clínicas de cortesía para acompañar eventos significativos (nacimientos, duelos, celebraciones), realizadas sin portar bata ni instrumental médico, fomentando la cercanía y la confianza.

Se establece un banco de recursos educativos interculturales (Apéndice Q), compuesto por:

Cuentos ilustrados con personajes menonitas.

Modelos anatómicos culturalmente adaptados.

Imágenes explicativas, tarjetas educativas y kits de higiene.

Estos recursos se utilizan en talleres comunitarios semanales durante un período de tres meses, cuyo objetivo es fortalecer la educación en salud de forma culturalmente coherente.

### ***Estrategia 2: Mediador cultural menonita***

El mediador cultural menonita debe dominar el Plautdietsch y el español, contar con reconocimiento y legitimidad en su comunidad, tener sensibilidad ética y mostrar disposición para colaborar solidariamente en los procesos de cuidado.

### ***Proceso de identificación y convocatoria (Mes 2)***

El primer paso estratégico es la identificación y convocatoria de candidatos potenciales, este proceso es coordinado por el personal de enfermería del centro de salud, mediante:

Difusión comunitaria a través de carteles en puntos clave (templos, escuelas, tiendas locales).

Visitas domiciliarias informativas.

Reuniones específicas con líderes religiosos y sociales.

Se busca identificar personas con las competencias lingüísticas y culturales necesarias, así como con alta disposición para el trabajo comunitario.

### ***Formación integral de mediadores culturales menonitas en salud (Mes 3)***

Las y los mediadores culturales menonitas seleccionados participan en un curso intensivo de 16 horas, distribuido en cuatro sesiones de cuatro horas cada una, impartidas preferentemente en espacios comunitarios considerados seguros y conocidos, tales como templos, escuelas o centros de reunión comunitaria (Apéndice R).

Principios de ética comunitaria y confidencialidad cultural.

Fundamentos de traducción clínica básica (terminología médica, interpretación de síntomas, adaptación de mensajes).

Técnicas de acompañamiento emocional antes, durante y después de las consultas médicas.

Estrategias de escucha activa, interpretación del lenguaje no verbal y detección de malestares no verbalizados.

Respeto por el cuerpo en procedimientos clínicos y manejo del contacto físico según normas culturales.

Estrategias para la comunicación efectiva entre usuarios menonitas y personal institucional.

Cada mediador cultural menonita recibe un kit de campo plastificado, compuesto por: Glosario médico-comunitario bilingüe (Plautdietsch–español), imágenes explicativas para uso clínico y comunitario, frases útiles en ambos idiomas, miniguía práctica para atención domiciliaria.

### ***Integración activa en el trabajo comunitario (Mes 3 en adelante)***

Tras su formación, los mediadores culturales menonitas de salud se integran activamente en el modelo intercultural mediante diversas funciones:

1. Acompañamiento en rondas clínicas: Traducen idioma y códigos culturales, detectan barreras de acceso y necesidades no verbalizadas y generan confianza entre familias y personal de salud.
2. Codirección de talleres comunitarios: Ayudan a preparar y facilitar talleres educativos interculturales, traducen contenidos, fomentan diálogo y brindan apoyo emocional, los talleres se realizan semanalmente durante tres meses, usando materiales visuales y dinámicas participativas.

### ***Estrategia 3: Participación de la Comunidad Menonita***

La comunidad menonita tiene un rol protagónico y activo en todas las etapas de implementación del modelo de cuidado intercultural, constituyéndose como un actor clave tanto en la definición de necesidades como en la validación de estrategias culturales y operativas.

### ***Fase de diagnóstico participativo (Mes 1-2)***

Desde el inicio, la comunidad colabora activamente en el diagnóstico participativo recorriendo el centro de salud junto al equipo profesional. Durante estos recorridos, identifican necesidades físicas, simbólicas y relacionales, proponen mejoras y validan

adecuaciones culturales. Entre los aspectos culturales clave destacan el respeto por los silencios rituales en consulta, la posibilidad de incluir al ministro espiritual en la atención médica y el reconocimiento de la toma colectiva de decisiones familiares como parte esencial del cuidado.

### ***Programa de talleres educativos interculturales (Mes 3-5)***

Durante la fase de implementación, se desarrolla un programa educativo intercultural dirigido a la comunidad menonita, con una duración de tres meses, en modalidad semanal, y sesiones de 60 minutos.

Las actividades se realizan en espacios culturalmente aceptados y accesibles, tales como: escuelas, patios comunales, templos o casas de oración. Los grupos se organizan considerando criterios de edad y género, asegurando espacios específicos para niñas, niños, adolescentes, mujeres, hombres y personas mayores, lo cual favorece una participación segura, respetuosa y significativa.

Contenidos abordados (Apéndice S):

Salud sexual y reproductiva: conocimientos sobre embarazo, puerperio, infecciones de transmisión sexual (ITS) y métodos de planificación familiar culturalmente aceptados.

Higiene corporal y salud dental: técnicas adaptadas a prácticas locales y promoción del autocuidado básico.

Alimentación tradicional saludable: preparación de comidas típicas con valor nutricional, prevención de anemia y diabetes.

Prevención del consumo de sustancias nocivas: estrategias familiares y comunitarias de prevención, fortalecimiento de redes de apoyo.

Salud emocional: identificación y expresión de emociones, autocuidado psicoemocional, manejo del duelo y acompañamiento dentro del núcleo familiar.

Vacunación: información culturalmente adaptada sobre beneficios, preparación, signos y síntomas relacionados.

### ***Ceremonias simbólicas y espirituales***

Como parte esencial de la dimensión espiritual y cultural, se organizan ceremonias de apertura y clausura del proceso de implementación, las cuales incluyen:

Cantos tradicionales menonitas.

Oraciones colectivas.

Palabras de agradecimiento y compromiso.

Expresiones de confianza mutua.

Estas ceremonias tienen como objetivo reforzar el sentido de pertenencia, cohesión comunitaria y espiritualidad como fundamento del cuidado intercultural.

## Capítulo V

### Evaluación integral del modelo

La evaluación de este trabajo del modelo de cuidado de enfermería constituye un proceso fundamental para valorar la pertinencia, aplicabilidad y el alcance de lo planteado. No solo busca obtener resultados cuantitativos, si no también dar sustento a la validez práctica de una propuesta que pretende transformar la atención en salud desde un enfoque intercultural y humanista.

Se llevará a cabo mediante la aplicación de una escala tipo Likert diseñada para medir el grado en que los involucrados ponen en práctica los principios del cuidado intercultural, el instrumento se contempla en tres dimensiones:

1. Reconocimiento de la cosmovisión menonita, expresado en la validación de las creencias espirituales, familiares y comunitarias que orientan la forma de concebir la salud y la enfermedad.
2. Fortalecimiento de la comunicación efectiva, evaluado a partir de la capacidad del profesional de enfermería de evitar tecnicismos, emplear ejemplos culturales y, cuando sea posible, expresiones en Plautdietsch, además de considerar el lenguaje no verbal y la escucha activa como recursos del cuidado.
3. Integración de saberes tradicionales y profesionales, valorada en la disposición del personal para reconocer, acompañar y dialogar con los conocimientos comunitarios y las prácticas de salud menonitas, en equilibrio con las recomendaciones biomédicas.

Cada ítem del cuestionario se responderá con valores que van de 1 a 5, donde 1 corresponde a “nunca” y 5 a “siempre”, lo que permite transformar en datos medibles

aspectos que, por naturaleza, son cualitativos (empatía, respeto, adaptación cultural). La aplicación, está dirigida al personal de enfermería del primer nivel de atención que interactúa directamente con población menonita, y puede realizarse en formato escrito o digital, de manera individual y anónima, garantizar así la honestidad y confiabilidad de las respuestas.

Del mismo modo, este proceso de evaluación se llevará en diferentes etapas, desde cuantitativo a cualitativo:

Recolección sistemática de información, mediante la aplicación del cuestionario.

Análisis de resultados, a través del cálculo de promedios por dimensión y del puntaje global, clasificando el cumplimiento en cuatro niveles: alto, medio, bajo o nulo.

Interpretación crítica, que permite identificar tanto las fortalezas como las áreas que requieren refuerzo en la práctica de enfermería.

Retroalimentación al profesional de enfermería, ofreciendo datos que apoyen la toma de decisiones, la planeación de capacitaciones y la mejora continua del cuidado intercultural, con ayuda de un grupo focal, en el que los participantes puedan tener dinámicas para profundizar, expresar sus opiniones.

La razón de implementar esta evaluación se fundamenta en la necesidad de que el modelo propuesto no se limite a ser un planteamiento teórico, sino que pueda ser monitoreado y sostenido en la práctica en base en evidencia empírica. Evaluar de este modo asegura que los principios de humanización, respeto cultural y adaptación intercultural realmente se materialicen en la atención cotidiana. Asimismo, otorga credibilidad académica y científica al modelo, al contar con indicadores claros que permiten medir su impacto en el primer nivel de atención, y ofrece a las instituciones de



salud una herramienta confiable para valorar la efectividad de las estrategias de enfermería en comunidades culturalmente diversas.

## Capítulo VI

### Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó al Reglamento de La Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014), de acuerdo al Título Segundo, Aspectos éticos de la Investigación en Seres humanos, Capítulo I, en este proyecto e estudio se respeta la privacidad, los derechos de los participantes, además se trata de manera ética y empática en todo momento, por lo que deberán cuidar la dignidad y la protección de los derechos y el bienestar de las personas (Artículo 13)

Se considerará proteger la privacidad de los integrantes de la comunidad menonita al igual que lo del profesional de enfermería, que se utiliza un consentimiento informado para que autoricen el uso de su información para los fines que se solicitan (Artículo 16). Al involucrarse en la recolección de información se considera investigación con riesgo mínimo, debido a que solo se observara la manera de como el profesional de enfermería brindan el cuidado a la comunidad menonita y los datos obtenidos no afectan a las personas de manera personal (Artículo 17, fracción I).

Además, se realizó un consentimiento informado para proporcionar a los participantes para la autorización como sujeto de investigación y se brindó una explicación (Artículo 20), que será clara y completa para que el participante tenga en su conocimiento cual es el propósito del estudio y los beneficios. La libertad de retirarse del estudio en el momento que la persona desee, no se verá afectada la relación y no se verá afectado el servicio que se le otorga de ninguna manera, además de hacerle saber de qué la información será confidencial (Artículo 21, fracción III, IV, VII, y VIII, Artículo 22, fracción I, II, III, IV y V).

Este estudio esta propuesto a realizarse con los integrantes de las comunidades menonitas que asistan a recibir cuidado en una institución del primer nivel de cuidado, para apegarse al Capítulo II de investigación en comunidades, se obtendrá la autorización de la dirección de dicha institución para llevar a cabo la observación. Así mismo, al considerarse un grupo subordinado, se garantiza que los participantes de la comunidad menonita, no se verá afectada el cuidado que reciben en la institución de salud, así mismo, para el profesional de enfermería no se verá afectada su relación laboral (Capítulo V, artículo 57 y 58).

## Capítulo VII

### Consideraciones finales

El modelo innovador de cuidado de enfermería dirigido a la comunidad menonita representa una propuesta viable, ética, situada y culturalmente sensible, orientada a fortalecer la equidad en la atención dentro del primer nivel de salud. A lo largo de su desarrollo, se identificaron múltiples barreras de acceso estructurales, simbólicas, lingüísticas y relacionales que limitan la eficacia de los servicios convencionales. En respuesta, el modelo plantea una ruta estratégica centrada en la gestión participativa, la implementación operativa sensible al contexto y la evaluación colectiva, todo bajo un enfoque de justicia social, respeto a la diversidad y reconocimiento mutuo.

Desde una ética del cuidado, la enfermería se posiciona como eje articulador entre el sistema de salud formal y los saberes culturales de la comunidad. No se limita a proporcionar intervenciones técnicas, sino que asume un rol activo como mediadora cultural, promotora del vínculo terapéutico y facilitadora de procesos educativos significativos. Esto implica una práctica reflexiva, crítica y profundamente humana, en la que cada encuentro clínico es también un acto ético y relacional.

El modelo reconoce a la persona menonita como un sujeto activo de derechos y cuidados, con autonomía espiritual, familiar y comunitaria. Por tanto, se evita su reducción a un “paciente” pasivo, en donde se reconocen sus valores, símbolos, decisiones y formas de vida como ejes centrales del proceso de atención. El respeto por el idioma Plautdietsch, la espiritualidad cotidiana, la toma de decisiones compartida dentro de la familia y la preferencia por cuidados domésticos no se conciben como obstáculos, sino como dimensiones legítimas del cuidado que deben ser integradas y valoradas.

Entre las acciones éticamente significativas incluidas en el modelo se destacan:

La incorporación de mediadores culturales menonitas bilingües formados en principios de ética comunitaria, acompañamiento emocional y traducción cultural, quienes aseguran la continuidad y comprensión mutua entre el equipo de salud y la comunidad.

La adecuación física y simbólica de los espacios clínicos, el promover entornos que respeten la privacidad, reduzcan la jerarquía entre profesional y paciente, y favorezcan una atmósfera emocionalmente segura.

El desarrollo de materiales educativos culturalmente pertinentes, en idioma Plautdietsch y con ilustraciones menonitas, que validan el conocimiento comunitario y promueven la participación en los procesos de salud.

La creación de comités comunitarios de acompañamiento intercultural, que permiten la supervisión colectiva del modelo, el ejercicio del derecho a la consulta y el ajuste continuo de las estrategias implementadas.

Desde una perspectiva bioética, el modelo se sustenta en los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, pero los interpreta desde una lógica comunitaria y situada. La noción de autonomía se comprende no solo como capacidad individual de decisión, sino como una expresión relacional, en la que el entorno familiar, espiritual y cultural influye y enriquece el proceso de elegir con libertad y dignidad.

El respeto por los tiempos comunitarios, los silencios rituales, las formas alternativas de expresar el dolor o el sufrimiento, y la importancia de la oración como recurso terapéutico, se integran al cuidado sin juicio, desde una ética de la sensibilidad, la presencia y la reciprocidad.

Finalmente, este modelo no sólo responde a una necesidad urgente en la región, sino que se proyecta como una propuesta replicable para otros contextos multiculturales, donde los equipos de salud y especialmente la enfermería puedan liderar procesos de atención con enfoque intercultural. Su valor ético no reside únicamente en lo que propone, sino en cómo lo construye: de manera participativa, dialogada, crítica y respetuosa.

Para su sostenibilidad y expansión, se recomiendan las siguientes acciones:

Presentar formalmente el modelo ante autoridades de salud, organismos comunitarios y universidades, con el fin de validarlo institucionalmente e integrarlo en planes de atención rural e intercultural.

Implementar programas formativos para personal de salud centrados en ética del cuidado, interculturalidad, comunicación empática y negociación clínica en contextos culturalmente diversos.

Reconocer institucionalmente la figura del profesional de enfermería, para garantizar tiempo laboral, acompañamiento administrativo, formación continua y legitimidad profesional.

Establecer mecanismos permanentes de evaluación participativa, como bitácoras clínicas, sesiones de retroalimentación, análisis de casos sensibles y construcción colectiva de aprendizajes.

Generar espacios de difusión horizontal del modelo, como publicaciones comunitarias, foros con otras culturas, sistematización de experiencias y plataformas de aprendizaje con comunidades indígenas, rurales o migrantes.

## Referencias

- Arias, V., y López, L. (2021). Sensibilidad intercultural como competencia esencial en el cuidado de enfermería en México. Tesis de Maestría. *Revista de Enfermería y Cultura*, 6(2), 45–52.
- Ariza, S. (2005). Salud sexual y reproductiva: Perspectiva de género y derechos humanos. *En Salud, género y derechos humanos* (pp. 51–74). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Benner, P. (1984). From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. *Addison-Wesley*.
- Borrell, J. M. (2004). Comunicación y relación asistencial. *Elsevier*.
- Betsch, C., Böhm, R., y Chapman, G. B. (2015). Using Behavioral Insights to Increase Vaccination Policy Effectiveness. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 2(1), 61–73. DOI: <https://doi.org/10.1177/2372732215600716>
- Betancourt, J., Green, A., Carrillo, E., y Park, E., (2003). Cultural competence and health care disparities: Key perspectives and trends. *Health Affairs*, 24(2), 1-11. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.24.2.499>
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181–184. DOI: <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
- Carper, B., (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13–24. DOI: <https://doi.org/10.1097/00012272-197810000-00004>
- Cherry, B., y Jacob, S. (2017). Contemporary Nursing: Issues, Trends, y Management (6th Ed.). *Elsevier*.

- Douglas, M., y Caron, M. (2013). Communication and Cultural Competence in Healthcare: A Review of the Literature. *Nursing Clinics of North America*, 48(1), 85-97.
- Das, V. (2006). Life and words: Violence and the descent into the ordinary. *University of California Press*. DOI: <https://doi.org/10.1515/KL.2010.006F>
- El Guindi, F., (2004) Visual Anthropology: Essential Method and Theory. *Altamira press*. 23-293.
- Farmer, P. (2004). Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor. *University of California Press*.
- Flores, G. (2005). The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Health Care: A Systematic Review. *Medical Care Research and Review*, 62(3), 255-298. DOI: <https://doi.org/10.1177/1077558705275416>
- Fawcett, J. (1995). Analysis and evaluation of conceptual models of nursing (3rd Ed.) *Journal of Community Health Nursing*. 12(2), 129-130.
- García, M., De la Mata, M., Paloma, V., y Hernández, S., (2011). A liberation psychology approach to acculturative integration of migrant populations. *American Journal of Community Psychology*, 47(1-2), 86–97. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10464-010-9372-3>
- Geertz, C. (1973). The interpretation of cultures. Basic Books, *Gedisa Editorial*
- Giger, J., y Davidhizar, R. (2002). The Giger and Davidhizar Transcultural Nursing Assessment Model. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 185-188. DOI: <https://doi.org/10.1177/10459602013003004>
- Gilligan, C. (1982). In a different voice: Psychological theory and women's development. *Harvard University Press*.
- Gudykunst, W., y Kim, Y., (2003). Communicating with strangers: An approach to intercultural communication (4th Ed.). *McGraw-Hill*.

- House, J. S., (1981). Work stress and social support. *Addison-Wesley*.
- Janz, N., Champion, V., y Steeves, R., (2016). Health Beliefs of the Amish and Mennonite: Influence on health behaviors. *Health Education y Behavior*, 43(1), 35-42.
- Kleinman, A. (1988). The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition. *Basic Books*.
- Kleinman, A., Eisenberg, L., y Good, B. (1978). Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *The Milbank Quarterly*, 88 (4), 951–978. DOI: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-88-2-251>
- Lincoln, Y. y Guba, E., (1985). Naturalistic Inquiry. *California: Sage Publications*.
- Lagarde y de los Ríos, M. (1990). Los cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas. *UNAM*. 6-869
- Leininger, M., y McFarland, M., (2006) Diversidad y universalidad del cuidado cultural: una teoría de enfermería mundial. (2nd Ed.) *Jones y Bartlett*.
- McFarland, M., y Wehbe, H., (2015). Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory (3rd Ed.). *Jones y Bartlett Learning*.
- Meleis, A., (2007). Theoretical nursing: Development and progress (4th Ed.). *Lippincott Williams y Wilkins*.
- Menéndez, E., (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia y Saude Coletiva*. 8(1). 185-207.
- Menjívar, C., y Salcido, O. (2002). Immigrant women and domestic violence: Common experiences in different countries. *Gender y Society*, 16(6), 898–920. DOI: <https://doi.org/10.1177/089124302237894>

- Nutbeam, D., (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th Ed.). Mosby.
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *La enfermería en la región de las Américas. OPS.*
- Pan American Health Organization. (2013). *Innovative Care for Chronic Conditions: Organizing and Delivering High Quality Care for Chronic Noncommunicable Diseases in the Americas. Washington*
- Pérez, C., y Carrasquilla, D., (2018). Relación enfermera-paciente frente a la diversidad cultural. Una mirada en situaciones de Cuidado a pacientes indígenas. *Index de Enfermeria*, 27(4), 216-220.
- Purnell, L. y Paulanka, B., (2008). *Transcultural health care: A culturally competent approach* (4th Ed.). F.A. Davis Company.
- Rivera, I. (2022). *Cuidado enfermero e interculturalidad: Experiencias de atención en comunidades rurales del norte de México. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Chihuahua.*
- Román Maestre, B. (2008). *Mediación intercultural y salud: Una exigencia ética. Cuadernos de Bioética*, 19(2), 245–260.
- Islas, P., Pérez, A., Hernández, G., (2018). Rol de enfermería en educación para la salud de los menonitas desde el interaccionismo simbólico. *Revista Enfermería Universitaria*, 12(1), 28–35. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.05.005>

Samet, J., Gallegos, K., Garbanati, L., (2019). Salud intercultural: desafíos y horizontes en América Latina. *Revista Salud Pública de México*, 61(4), 415–416.

<https://doi.org/10.21149/10422>

Sandoval, C. (2018). Exclusion and forced migration in Central America: No more walls.

*Palgrave Macmillan*

Secretaría de Salud (2015). Modelo de Atención a la Salud para Pueblos Indígenas y Afrodescendientes (MASPIA). *México: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.*

Scheper, N., (1992). Death without weeping: The violence of everyday life in Brazil.

*University of California Press.*

Schim, S., Doorenbos, A., Benkert, R., y Miller, J., (2007). Culturally congruent care: putting the puzzle together. *Journal of transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society*, 18(2), 103–110.

<https://doi.org/10.1177/1043659606298613>

Secretaría de Salud. (2018). Modelo de atención a la salud para pueblos indígenas.

Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.

Spector, R., (2017). Cultural Diversity in Health and Illness (9th Ed.). Pearson Education.

Vertiz, J., Ramirez, P., Rios, G., Sanchez, M., Ochoa, M., De Negri, A., Saturno, P., (2024).

Vulnerabilidad y barreras de acceso a los servicios de salud. *Salud Pública de México*. 66(4). DOI: <https://doi.org/10.21149/16199>

Waldow, V., (2014). Cuidado humano: La vulnerabilidad del ser enfermero y su dimension de trascendencia. *Index de Enfermería*, 23(4), 234-238

- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and Science of caring. University Press of Colorado.*
- World Health Organization. (2018). *Primary health care: Transforming vision into action. Geneva: WHO Press.*
- Werner, D., y Bower, B. (2005). *Helping health workers learn: A book of methods, aids, and ideas for instructors at the village level. The Hesperian Foundation.*
- Wright, L. M., y Leahey, M. (2009). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention (5th Ed.). F.A. Davis Company.*
- White, J., Gunn, M., Chiarella, M., Catton, H., Stewart, D., (2025). *Actualización de las definiciones de enfermería y enfermera. Informe final del Proyecto. Consejo Internacional de Enfermeras*



## Apéndices



## Apéndice B. Guía de entrevista para personas de la comunidad menonita.

### **Definiciones:**

Comunidad Menonita

#### *I. Previo a la entrevista*

### **Pregunta detonadora:**

Platíqueme, ¿qué acciones realiza usted para cuidar su salud en su vida diaria?

**Objetivo:** Entender cómo la comunidad menonita percibe y mantiene su salud de manera colectiva.

Profundizaría en el concepto salud-enfermedad, de esta cosmovisión se desprende también las actitudes ante el proceso mismo y ante los profesionales.

#### *III. Cierre de la entrevista*

Para finalizar se indica al participante que es el final de la entrevista, y se pregunta ¿Hay algo que desee agregar, algo que usted considere importante y no hayamos abordado?

Se agradece el tiempo y la disposición para participar.

#### *IV. FIN*

## Apéndice C. Guía de entrevista para el profesional de enfermería

### Definiciones

Profesional de enfermería

Comunidad Menonita

#### *I. Previo a la entrevista*

El entrevistador debe asegurarse que el profesional de enfermería ha entendido completamente el propósito de la entrevista y ha decidido participar libremente en el ejercicio académico, así mismo ha autorizado que la entrevista sea grabada. Es fundamental que el entrevistador se cerciore de que el equipo de audio grabación funciona y esté listo al momento de iniciar la entrevista.

#### **Pregunta detonadora:**

¿Cómo ha sido para usted la experiencia de brindar cuidado de enfermería a personas menonitas? ¿Recuerda alguna situación que le haya dejado una enseñanza o le haya hecho reflexionar?

**Objetivo:** Explorar la percepción y experiencia del profesional de enfermería en el cuidado a la comunidad menonita, identificando fortalezas y áreas de oportunidad en el cuidado que se brinda.

#### *II. Cierre de la entrevista*

Para finalizar se indica al participante que es el final de la entrevista, y se pregunta ¿Hay algo que desee agregar, algo que usted considere importante y no hayamos abordado?

Se agradece el tiempo y la disposición para participar.

#### *III. FIN*

## Apéndice D. Guía de entrevista a expertos de la comunidad menonita

### Definiciones

Expertos de la comunidad menonita

Comunidad Menonita

#### *I. Previo a la entrevista*

El entrevistador debe asegurarse que los expertos hayan entendido completamente el propósito de la entrevista y ha decidido participar libremente en el ejercicio académico, así mismo ha autorizado que la entrevista sea grabada. Es fundamental que el entrevistador se cerciore de que el equipo de audio grabación funciones y esté listo al momento de iniciar la entrevista.

### Pregunta detonadora:

Desde su experiencia, ¿Cómo concibe la comunidad menonita la salud?

¿Cuáles son las principales creencias y percepciones de la comunidad menonita sobre el cuidado de la salud y de qué manera influyen en sus decisiones?

Objetivo: Identificar y comprender las creencias, valores y percepciones que la comunidad menonita tiene sobre la salud, la enfermedad y el acceso a los servicios de salud, según la perspectiva del experto entrevistado.

#### *I. Cierre de la entrevista*

Para finalizar se indica al participante que es el final de la entrevista, y se pregunta

¿Hay algo que desee agregar, algo que usted considere importante y no hayamos abordado?

Se agradece el tiempo y la disposición para participar.

#### *II. FIN*

**Apéndice E. Guía de observación de la relación del profesional de enfermería y la  
comunidad menonita.**

Conceptos	Observaciones
Interacción entre el profesional de enfermería, comunidad menonita y sistema de salud.	

**Apéndice F. Diario de campo**

<b>Actividad</b>		
<b>Investigador/Observador</b>		<b>Fecha:</b>
<b>Situación</b>		
<b>Lugar-espacio</b>		
<b>Personas que intervienen</b>		
<b>Descripción de actividades, relaciones y situaciones cotidianas.</b>		
<b>Observaciones</b>		
<b>Profesional</b>		

## **Apéndice G. Consentimiento informado para profesionales de enfermería en la entrevista**

### **Modelo de cuidado de enfermería en la comunidad menonita en el primer nivel de atención**

#### **Introducción**

Este estudio tiene como objetivo comprender la relación, interacción y cuidado que brinda el profesional de enfermería a las personas menonitas en el primer nivel de atención. A través de esta entrevista, buscamos conocer su experiencia y percepción sobre el cuidado brindado a esta comunidad, considerando sus valores, creencias y necesidades de salud.

#### **Propósito**

El propósito de este estudio es identificar y analizar el modelo de cuidado de enfermería en la comunidad menonita dentro de la institución de salud, con el fin de proponer estrategias que fortalezcan la calidad de cuidado.

#### **Procedimiento**

Si acepta participar, se llevará a cabo una entrevista en la que se le hará preguntas sobre su experiencia con el cuidado de enfermería en la institución de salud. La entrevista tendrá una duración aproximada de 30 a 45 minutos y se realizará en un lugar cómodo y confidencial dentro o fuera de la institución de salud, según su preferencia.

La entrevista será grabada en audio para garantizar la precisión en la recopilación de la información. Estas grabaciones serán utilizadas exclusivamente con fines de investigación y análisis, y serán almacenadas en un entorno seguro. Solo la responsable del estudio tendrá acceso a ellas.

Los audios serán transcritos y posteriormente eliminados una vez finalizado el análisis de los datos. Su identidad será protegida y cualquier información proporcionada será tratada de forma anónima en los resultados del estudio.

Si en cualquier momento desea interrumpir la entrevista o retirar su participación, podrá hacerlo sin ninguna consecuencia.

### **Derechos del participante**

Su participación es completamente voluntaria, y puede retirarse en cualquier momento sin que esto afecte su trabajo o derechos.

La información proporcionada se utilizará únicamente con fines académicos y de investigación.

Los resultados del estudio se presentarán de manera anónima, sin revelar su identidad ni información profesional.

### **Riesgos**

Este estudio mínimo riesgo para su seguridad o bienestar.

### **Beneficios y Costos**

No hay beneficios económicos directos por participar en este estudio.

No hay costos para el participante.

### **Confidencialidad**

En caso de que decida participar, la información proporcionada será accesible únicamente para la responsable del estudio. No se divulgará su identidad en ningún informe, publicación o presentación derivada de esta investigación.

### **Preguntas sobre el estudio**

Si tiene alguna duda acerca de sus derechos como participante, puede ponerse en contacto con la Secretaría de Investigación en la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua, al teléfono 614-238-60-00 y 614-238-60-04, de 9:00 a 14:00 horas, ubicada en Circuito Vial Universitario, Campus Universidad #2, C.P. 31110, Chihuahua, Chihuahua.

Declaro que he leído y comprendido la información proporcionada sobre este estudio y que todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Acepto participar de manera voluntaria en la entrevista, sabiendo que puedo retirarme en cualquier momento sin ninguna consecuencia.

---

Firma del participante

---

Firma del testigo 1

---

Firma del testigo 2

---

Firma del investigador

## **Apéndice H. Consentimiento informado para personas de la comunidad menonita en la entrevista**

### **Modelo de cuidado de enfermería en la comunidad menonita en el primer nivel de atención**

#### **Introducción**

Usted ha sido invitado a participar en un estudio que busca conocer la percepción de la comunidad menonita sobre el cuidado que brinda el profesional de enfermería en la institución de salud a la que acude. Su participación es voluntaria, y su decisión no afectará el cuidado que recibe en el centro de salud.

#### **Propósito del estudio**

El objetivo de este estudio es identificar y analizar cómo el profesional de enfermería atiende a la comunidad menonita en el primer nivel de atención y comprender su experiencia, percepción y necesidades en relación con el cuidado de enfermería para mejorar de acuerdo con sus costumbres, valores y creencias.

#### **Procedimiento**

Si acepta participar, se llevará a cabo una entrevista en la que se le hará preguntas sobre su experiencia con el cuidado de enfermería en la institución de salud. La entrevista tendrá una duración aproximada de 30 a 45 minutos y se realizará en un lugar cómodo y confidencial dentro o fuera de la institución de salud, según su preferencia.

La entrevista será grabada en audio para garantizar la precisión en la recopilación de la información. Estas grabaciones serán utilizadas exclusivamente con fines de investigación y análisis, y serán almacenadas en un entorno seguro. Solo la responsable del estudio tendrá acceso a ellas.

Los audios serán transcritos y posteriormente eliminados una vez finalizado el análisis de los datos. Su identidad será protegida y cualquier información proporcionada será tratada de forma anónima en los resultados del estudio.

Si en cualquier momento desea interrumpir la entrevista o retirar su participación, podrá hacerlo sin ninguna consecuencia.

### **Derechos del Participante**

- Su participación es completamente voluntaria. Puede retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto afecte su acceso a los servicios de salud.
- La información proporcionada será tratada con absoluta confidencialidad y se utilizará únicamente con fines de investigación.
- No se publicará ni divulgará su nombre ni cualquier otro dato que permita identificarlo.

### **Riesgos**

Existe un mínimo riesgo de participación en este estudio. La entrevista se realizará de manera respetuosa y considerando sus valores y creencias.

### **Beneficios y costos**

No hay compensación económica ni costos para participar en este estudio.

Su participación contribuirá a mejorar el cuidado de enfermería para la comunidad menonita, ayudando a desarrollar estrategias de cuidado más adecuadas a sus necesidades.

### **Confidencialidad**

En caso de que decida participar, los individuos que tendrán acceso a su información serán usted y la responsable del estudio. La información será manejada con estricta confidencialidad y solo será utilizada con fines de investigación.

El responsable del resguardo y uso de los datos es la responsable de este estudio, quien garantizará su protección de acuerdo con las normativas éticas y legales vigentes. Los datos serán almacenados en un entorno seguro por un período de un año y posteriormente serán eliminados de forma definitiva para asegurar la privacidad de los participantes.

Los resultados se presentarán de manera grupal en investigaciones, exposiciones, conferencias o publicaciones, sin revelar información personal ni identificar a los participantes de ninguna manera. Si en algún momento desea retirar su consentimiento, puede solicitar la eliminación de su información sin ninguna consecuencia.

### **Preguntas sobre el estudio**

Si tiene alguna duda sobre el estudio o sus derechos como participante, puede comunicarse con la Secretaría de Investigación en la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua. Teléfonos: 614-238-60-00 y 614-238-60-04, de 9:00 a 14:00 horas. Ubicación: Circuito Vial Universitario, Campus Universidad #2, C.P. 31110, Chihuahua, Chihuahua.

### **Consentimiento informado**

Yo, acepto voluntariamente participar voluntariamente en este estudio de investigación y que se recoja la información sobre mi persona. He leído la información descrita previamente en la que se me explica sobre el estudio que se está realizando, todas mis preguntas y dudas han sido respondidas con satisfacción. A pesar de que estoy aceptando en participar, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación cuando desee.

---

Firma del participante

---

Firma del testigo 1

---

Firma del testigo 2

---

Firma del investigador

## **Apéndice I. Consentimiento informado para expertos de la comunidad menonita en la entrevista**

### **Modelo de cuidado de enfermería en la comunidad menonita en el primer nivel de atención**

#### **Introducción**

Este estudio tiene como objetivo comprender la relación, interacción y cuidado que brinda el profesional de enfermería a las personas menonitas en el primer nivel de atención. A través de esta entrevista, buscamos conocer su experiencia y percepción sobre el cuidado brindado a esta comunidad, considerando sus valores, creencias y necesidades de salud.

#### **Propósito**

El propósito de este estudio es identificar y analizar el modelo de cuidado de enfermería en la comunidad menonita dentro de la institución de salud, con el fin de proponer estrategias que fortalezcan la calidad de cuidado.

#### **Procedimiento**

Si acepta participar, se llevará a cabo una entrevista en la que se le hará preguntas sobre su experiencia con el cuidado de enfermería en la institución de salud. La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y se realizará en un lugar cómodo y confidencial, según su preferencia.

La entrevista será grabada en audio para garantizar la precisión en la recopilación de la información. Estas grabaciones serán utilizadas exclusivamente con fines de investigación y análisis, y serán almacenadas en un entorno seguro. Solo la responsable del estudio tendrá acceso a ellas.

Los audios serán transcritos y posteriormente eliminados una vez finalizado el análisis de los datos. Su identidad será protegida y cualquier información proporcionada será tratada de forma anónima en los resultados del estudio.

Si en cualquier momento desea interrumpir la entrevista o retirar su participación, podrá hacerlo sin ninguna consecuencia.

### **Derechos del Participante**

Su participación es completamente voluntaria, y puede retirarse en cualquier momento sin que esto afecte su trabajo o derechos.

La información proporcionada se utilizará únicamente con fines académicos y de investigación.

Los resultados del estudio se presentarán de manera anónima, sin revelar su identidad ni información profesional.

### **Riesgos**

Este estudio representa un mínimo riesgo para su seguridad o bienestar.

### **Beneficios y Costos**

No hay beneficios económicos directos por participar en este estudio.

No hay costos para el participante.

### **Confidencialidad**

En caso de que decida participar, la información proporcionada será accesible únicamente para la responsable del estudio. No se divulgará su identidad en ningún informe, publicación o presentación derivada de esta investigación.

### **Preguntas sobre el estudio**

Si tiene alguna duda acerca de sus derechos como participante, puede ponerse en contacto con la Secretaría de Investigación en la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua, al teléfono 614-238-60-00 y 614-238-60-04, de 9:00 a 14:00 horas, ubicada en Circuito Vial Universitario, Campus Universidad #2, C.P. 31110, Chihuahua, Chihuahua.

Declaro que he leído y comprendido la información proporcionada sobre este estudio y que todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Acepto participar de manera voluntaria en la entrevista, sabiendo que puedo retirarme en cualquier momento sin ninguna consecuencia.

---

Firma del participante

---

Firma del testigo 1

---

Firma del testigo 2

---

Firma del investigador

## **Apéndice J. Consentimiento informado para profesionales de enfermería en la observación**

### **Modelo de cuidado de enfermería en la comunidad menonita en el primer nivel de atención**

#### **Introducción**

Este estudio busca analizar la interacción y cuidado que brinda el profesional de enfermería a las personas menonitas en el primer nivel de atención. A través de la observación, se pretende comprender el modelo de cuidado aplicado, considerando las creencias, valores y necesidades de esta comunidad.

#### **Propósito**

El propósito del estudio consiste en identificar elementos o estrategias que favorezcan un cuidado más adecuado y cultural.

#### **Procedimiento**

Si usted acepta participar, su colaboración consistió en lo siguiente:

La observación se realizó en su turno de 9:00 a 17:00 horas, en el periodo comprendido entre el 18 de marzo y el 29 de mayo.

No se interfirió en sus actividades ni en el cuidado brindado a las personas.

Se garantizó la confidencialidad de toda la información recopilada. Los datos serán utilizados exclusivamente con fines académicos y se presentarán de forma anónima.

#### **Derechos del participante**

1. Su participación es completamente voluntaria, y puede retirarse en cualquier momento sin que esto afecte su trabajo o derechos laborales.

2. La información obtenida se usará exclusivamente con fines de investigación para mejorar el cuidado de enfermería a la población menonita.
3. Los resultados del estudio se presentarán de forma anónima, sin revelar su identidad o datos personales.

### **Riesgos**

Este estudio un mínimo riesgo para su seguridad, integridad o desempeño laboral.

### **Beneficios y Costos**

No hay beneficios económicos directos por participar en este estudio.

No hay costos para el participante.

Los hallazgos permitirán evaluar y mejorar el modelo de cuidado de enfermería, con énfasis en el cuidado intercultural para la comunidad menonita.

### **Confidencialidad**

En caso de que decida participar, los individuos que tendrán acceso a su información serán usted y la responsable del estudio. La información será manejada con estricta confidencialidad y solo será utilizada con fines de investigación.

El responsable del resguardo y uso de los datos es la responsable de este estudio, quien garantizará su protección de acuerdo con las normativas éticas y legales vigentes. Los datos serán almacenados en un entorno seguro por un período de un año y posteriormente serán eliminados de forma definitiva para asegurar la privacidad de los participantes.

Los resultados se presentarán de manera grupal en investigaciones, exposiciones, conferencias o publicaciones, sin revelar información personal ni identificar a los

participantes de ninguna manera. Si en algún momento desea retirar su consentimiento, puede solicitar la eliminación de su información sin ninguna consecuencia.

### **Preguntas sobre el estudio**

Si tiene alguna duda acerca de sus derechos como participante, puede comunicarse con la Secretaría de Investigación en la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua, al teléfono 614-238-60-00 y 614-238-60-04, de 9:00 a 14:00 horas, ubicada en Circuito Vial Universitario, Campus Universidad #2, C.P. 31110, Chihuahua, Chihuahua.

### **Consentimiento informado**

Declaro que he leído y comprendido la información proporcionada sobre este estudio y que todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Acepto participar de manera voluntaria en la fase de observación, sabiendo que puedo retirarme en cualquier momento sin ninguna consecuencia.

---

Firma del participante

---

Firma del testigo 1

---

Firma del testigo 2

---

Firma del investigador

## **Apéndice K. Consentimiento informado para personas de la comunidad menonita en la observación**

### **Modelo de cuidado de enfermería en la comunidad menonita en el primer nivel de atención**

#### **Introducción**

En el presente estudio, se enfoca en observar y examinar la relación, interacción y cuidado que brinda el profesional de enfermería a las personas menonitas que reciben cuidado en esta institución.

#### **Propósito**

El propósito consiste en identificar elementos o estrategias que favorezcan un cuidado más adecuado y cultural.

#### **Procedimiento**

Si usted accede, su participación constó de lo siguiente:

1. La observación se llevó a cabo en la institución de salud, durante el turno 9:00 a 5:00 entre el 18 de marzo y el 29 de mayo.
2. El investigador observó la interacción de la persona de la comunidad menonita con el profesional de enfermería.
3. Se tomará toda medida necesaria para asegurar la confidencialidad de la información obtenida durante la observación. Los datos serán utilizados exclusivamente para los fines de este estudio y se presentarán de manera anónima.

#### **Derechos del Participante**

Tiene derecho a retirar su consentimiento en cualquier momento sin que ello afecte sus derechos.

De no otorgar el consentimiento, la información recolectada será eliminada.

La información obtenida será utilizada para la evaluación y mejora del cuidado de enfermería brindado a población menonita, donde se consideren sus costumbres, valores y creencias.

Los resultados se publicarán de manera que no se identifique a los participantes ni se revele información confidencial.

### **Riesgos**

Este estudio un mínimo riesgo en cuanto a la participación de usted.

### **Beneficios y costos**

En el presente estudio no se obtiene ningún beneficio personal por la participación, ni tiene algún costo para el participante. Los resultados obtenidos en el futuro permitirán analizar aspectos relevantes de su comunidad menonita, con el objetivo de reforzar e implementar medidas y programas enfocados en el mejoramiento del cuidado de su comunidad.

### **Confidencialidad**

En caso de que decida participar, los individuos que tendrán acceso a su información serán usted y la responsable del estudio. La información será manejada con estricta confidencialidad y solo será utilizada con fines de investigación.

El responsable del resguardo y uso de los datos es la responsable de este estudio, quien garantizará su protección de acuerdo con las normativas éticas y legales vigentes. Los datos serán almacenados en un entorno seguro por un período de un año y posteriormente serán eliminados de forma definitiva para asegurar la privacidad de los participantes.

Los resultados se presentarán de manera grupal en investigaciones, exposiciones, conferencias o publicaciones, sin revelar información personal ni identificar a los participantes de ninguna manera. Si en algún momento desea retirar su consentimiento, puede solicitar la eliminación de su información sin ninguna consecuencia.

### **Preguntas acerca del estudio**

Si tiene alguna duda acerca de sus derechos como participante en este estudio, ponerse en contacto con la Secretaria de Investigación en la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua, al teléfono 614-238-60-00 y 614-238-60-4, de 9:00 a 14:00 horas, ubicada en Circuito vial universitario, Campus Universidad #2, C.P. 31110, Chihuahua, Chihuahua.

### **Consentimiento informado**

Yo, acepto voluntariamente participar voluntariamente en este estudio de investigación y que se recoja la información sobre mi persona. He leído la información descrita previamente en la que se me explica sobre el estudio que se está realizando, todas mis preguntas y dudas han sido respondidas con satisfacción. A pesar de que estoy aceptando en participar, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación cuando desee.

---

Firma del participante

---

Firma del testigo 1

---

Firma del testigo 2

---

Firma del investigador

**Apéndice L. Cronograma de actividades de Modelo innovador de cuidado de enfermería**

<b>Actividades de las estrategias</b>	<b>1°</b>	<b>2°</b>	<b>3°</b>	<b>4°</b>	<b>5°</b>	<b>6°</b>
Presentación del modelo						
Formación y sensibilización del personal de salud						
Difusión comunitaria del modelo						
Creación de comité de acompañamiento intercultural						
Diagnósticos y adecuaciones culturales del entorno						
Sensibilización y capacitación intercultural						
Documentación y herramientas operativas						
Vinculación comunitaria y recursos educativos						
Evaluación y ajuste continuo						
Proceso de identificación y convocatoria de mediadores culturales menonitas						
Formación integral de mediadores culturales menonitas						
Integración activa en el trabajo comunitario						
Programa de talleres educativos intercultural						
Creación de comité comunitarios de salud						

**Apéndice M. Tabla de estrategias del modelo de cuidado de enfermería.**

<b>Estrategia</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Actividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Evaluación de metas</b>
EGD: Socialización institucional	Establecer un vínculo entre el personal de enfermería y los líderes religiosos y comunitarios.	1.1. Vinculación con líderes religiosos y comunitarios	<p>Visitas formales con líderes menonitas</p> <p>Elaborar carta de presentación</p> <p>Facilitar un espacio de dialogo</p> <p>Designar un enlace de confianza como puente</p> <p>Documentar acuerdos y generar un cronograma de próximas reuniones.</p>	<p>Escala de Cuidado de Enfermería Intercultural Humanista</p>
		1.2. Presentación institucional de modelo de cuidado intercultural	<p>Se llevará a cabo en el primer mes, como fase inicial.</p> <p>Cronograma de actividades: primera y segunda semana del mes inicial.</p> <p>Reuniones en horarios laborales, donde se explique con una duración de 2-3 horas.</p> <p>Espacios de dialogo.</p> <p>Materiales explicativos: presentaciones, folletos impresos y trípticos.</p>	<p>Escala de Cuidado de Enfermería Intercultural Humanista</p>
EGD: “Servicios amigables”		2.1. Diseño del plan de capacitación.	<p>Plan detallado de contenido</p> <p>Apoyo con la jurisdicción sanitaria y equipo experto en educación intercultural.</p>	<p>Escala de Cuidado de Enfermería Intercultural Humanista</p>

Estrategia	Objetivo	Actividades	Recursos	Evaluación de metas
		2.2. Elaboración de materiales didácticos y guía operativa para la implementación de talleres presenciales.	Guía operativa del modelo: principios éticos, recomendaciones prácticas para interacción culturalmente segura, lenguaje sencillo y amigable.	Escala de Cuidado de Enfermería Intercultural Humanista
EGD: Difusión comunitaria del modelo		3.1. Difusión del modelo de cuidado intercultural.	Visitas domiciliarias con ayuda de mediador cultural. Explicar el modelo de forma sencilla. Identificar líderes familiares. Organizar asambleas: templos, casas de reunión, espacios comunitarios. Folletos y carteles en variantes de alemán, ilustraciones a la cultura menonita.	Escala de Cuidado de Enfermería Intercultural Humanista
EIM: Profesionales de enfermería		1.1. Diagnóstico y adecuaciones culturales del entorno	Convoca al equipo multidisciplinario. Recorrido sistemático por áreas claves: consultorios, sala de espera, vacunación, pasillos, sanitarios, con ayuda de una guía de observación. Reorganización de mobiliario, circular de asientos, instalación de cortinas, música suave y frases culturalmente.	Escala de Cuidado de Enfermería Intercultural Humanista

Estrategia	Objetivo	Actividades	Recursos	Evaluación de metas
	Fortalecer la relación intercultural entre el personal de enfermería y las personas menonitas	1.2. Sensibilización y capacitación intercultural.	Mes: 2 y 4. Programa intensivo de sensibilización: 90 minutos, temas como respeto cultural, silencio en contextos menonitas, rol del ministro religioso, barreras simbólicas, manejo de estereotipos Diario reflexivo. Rituales simbólicos para apertura y cierre de consulta.	Escala de Cuidado de Enfermería Intercultural Humanista
		1.3. Vínculo comunitario y recursos educativos	Mes: 2 a 5. Rondas clínicas conjuntas. Visitas domiciliarias Visitas no clínicas en eventos significativos. Recursos educativos (Apéndice E): cuentos, modelos anatómicos, imágenes explicativas, tarjetas educativas y kits de higiene.	Escala de Cuidado de Enfermería Intercultural Humanista

Estrategia	Objetivo	Actividades	Recursos	Evaluación de metas
EIM: Mediador cultural menonita		2.1. Proceso de identificación y convocatoria	Mes: 2 Convocatoria y difusión comunitaria en carteles en templos, escuelas o tiendas.	Escala de Cuidado de Enfermería Intercultural Humanista

			Visitas domiciliarias. Reuniones con líderes religiosos.	
		2.2. Formación integral de mediadores culturales menonitas	Curso intensivo de 16 horas. Templos, escuelas y centros de reunión comunitaria. Temas: principios de ética comunitaria y confidencialidad, traducción clínica básica, acompañamiento emocional en las consultas médicas, estrategias de escucha activa, respeto a procedimientos clínicos y comunicación efectiva. Kit: glosario bilingüe, imágenes para uso clínico y comunitario, frases.	Escala de Cuidado de Enfermería Intercultural Humanista
	Mediar los saberes tradicionales menonitas con prácticas profesionales de enfermería.	2.3. Integración activa en el trabajo comunitario	Mes: 3 en adelante Acompañamiento en rondas clínicas, codirección de talleres comunitarios.	Escala de Cuidado de Enfermería Intercultural Humanista
EIM: Participación de la comunidad menonita		3.1. Fase de diagnóstico participativo	Recorrido como identificar necesidades físicas, simbólicas.	Escala de Cuidado de Enfermería Intercultural Humanista
	Promover la participación de la familia y de mediadores culturales en los procesos de cuidado de las personas menonitas.	3.2. Programa de talleres educativos interculturales	Mes: 3-5 Sesiones semanales, 60 minutos. Contenidos: salud sexual y reproductiva, higiene corporal, alimentación	Escala de Cuidado de Enfermería Intercultural Humanista

			saludable, prevención de consumo de sustancias, salud emocional, vacunación.	
--	--	--	---	--

**Apéndice N. Plan detallado de contenido para la capacitación de educadores  
culturales**

<b>Plan detallado de contenidos</b>			
<b>Temática</b>	<b>Contenido</b>	<b>Actividades</b>	<b>Tiempo</b>
Comunicación intercultural	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Qué es cultura y comunicación intercultural?</li> <li>2. Lenguaje verbal vs. no verbal</li> <li>3. Barreras en la comunicación intercultural</li> <li>4. Ejemplos de malentendidos interculturales</li> <li>5. Estrategias para una buena comunicación intercultural</li> </ol>	<p>Lluvia de ideas: “¿Qué es para ti cultura?”</p> <p>Análisis de imágenes de gestos interculturales, ¿qué significan?</p> <p>Mini caso práctico: leer un diálogo cultural y detectar malentendidos</p>	90 minutos
Respeto a silencios	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Significados del silencio en distintas culturas</li> <li>5. Ejemplos concretos en contextos profesionales</li> <li>6. Estrategias para manejar silencios</li> <li>7. Reflexión sobre el silencio en nuestra cultura</li> </ol>	<p>Juego de roles: responder preguntas manteniendo silencio prolongado y reflexionar sobre cómo se siente.</p> <p>Debate breve: ¿el silencio incomoda o es respeto?</p>	90 minutos
Decisiones familiares	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Culturas individualistas vs. Colectivistas</li> <li>2. Quién toma decisiones en familias de distintas culturas</li> <li>3. Casos comunes en entornos profesionales</li> <li>4. Importancia de dar tiempo para decidir</li> </ol>	<p>Discusión guiada: ¿quién decide en tu familia sobre temas importantes?</p> <p>Análisis de caso: familia que rechaza cirugía hasta consultar a un líder religioso</p>	90 minutos
Principios orientadores y éticos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Principios éticos en interculturalidad</li> <li>2. Dilemas frecuentes</li> <li>3. Posibles soluciones</li> <li>4. Importancia de la confidencialidad cultural</li> </ol>	<p>Caso ético: familia pide ocultar diagnóstico al paciente: debate qué hacer</p> <p>Lluvia de palabras: ¿qué es ética para ti?</p>	45 minutos
Recomendaciones prácticas para interacción	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cómo iniciar una conversación intercultural</li> <li>2. Uso de intérpretes</li> <li>3. Frases útiles para respetar la cultura</li> <li>4. Actitudes clave</li> </ol>	<p>Simulación de saludo intercultural: practicar saludos según distintas culturas</p> <p>Elaborar frases respetuosas para preguntar por prácticas culturales</p>	90 minutos

<b>Temática</b>	<b>Contenido</b>	<b>Actividades</b>	<b>Tiempo</b>
Ejemplos de buenas practicas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Personal de salud que adapta ropa o uniforme para respetar creencias religiosas</li> <li>2. Permitir intérpretes comunitarios o familiares</li> <li>3. Aplazar procedimientos por días sagrados</li> <li>4. Brindar información en lengua materna</li> <li>5. Respetar rituales antes de tratamientos médicos</li> </ol>	<p>Uso de pictogramas para explicar toma de medicamentos</p> <p>Permitir que familiares toquen al paciente durante oraciones</p> <p>Video corto sobre caso exitoso: reflexionar sobre qué se hizo bien</p> <p>Crear lista grupal de “buenas prácticas interculturales”</p>	45 minutos
Adaptaciones culturales de protocolos clínicos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Qué significa adaptar protocolos: Consentimiento informado</li> <li>2. Exploraciones físicas respetuosas</li> <li>3. Horarios y espacios adaptados</li> <li>4. Ejemplos prácticos</li> </ol>	<p>Lectura y discusión breve de un protocolo adaptado</p> <p>Crear en grupos ejemplos de adaptación cultural en distintos procedimientos</p>	45 minutos

### Apéndice O. Guía de observación para recorrido de institución sanitaria

#### Objetivo:

Identificar fortalezas, carencias y oportunidades de mejora en las dimensiones física, simbólica y relacional de los espacios del centro de salud, desde una perspectiva intercultural que considere la cosmovisión y valores de la comunidad menonita.

<b>Datos Generales</b>	
<b>Fecha del recorrido:</b>	<b>Área observada:</b>
<b>Hora de inicio:</b>	<b>Observador(a):</b>
<b>Integrantes presentes (equipo multidisciplinario / comunidad):</b>	

<b>Dimensión: Física</b>		
<b>Aspecto</b>	<b>Observaciones (Describir situación encontrada)</b>	<b>Recomendaciones</b>
Estado general del mobiliario (mesas, sillas, camillas, bancas)		
Distribución de los espacios (facilita o dificulta privacidad, accesibilidad, acompañamiento familiar)		

Iluminación (adecuada, tenue, muy intensa, natural)		
Ruido ambiental (tranquilidad, distracciones, ruidos molestos)		
Ventilación y temperatura del espacio		
Limpieza y orden general		
Señalización actual (idioma, claridad, ubicación)		
Existencia de barreras físicas para personas con movilidad limitada		
Otros aspectos relevantes		

<b>Dimensión: Simbólica</b>		
<b>Aspecto</b>	<b>Observaciones (Describir situación encontrada)</b>	<b>Recomendaciones</b>
Presencia de imágenes, cuadros o decoración		

(temática, estilo, posible carga religiosa o cultural)		
Música ambiental (tipo, volumen, contenido)		
Mensajes escritos o audiovisuales (frases motivacionales, información de salud, lenguaje empleado)		
Ambientación de las áreas (colores, adornos, símbolos presentes)		
Existencia o ausencia de elementos religiosos que puedan generar incomodidad o aceptación		
Presencia de contenido audiovisual no alineado a la cultura menonita		
Otras observaciones sobre elementos simbólicos		

**Conclusiones Generales**

**Principales hallazgos identificados**

**Recomendaciones generales para adecuaciones culturales**

**Firma del Observador(a):** \_\_\_\_\_

**Firma Representante Comunitario (si aplica):** \_\_\_\_\_

**Apéndice P. Carta descriptiva Programa de sensibilización en el profesional de enfermería**

<b>Programa de sensibilización</b>			
<b>Temática</b>	<b>Contenido/Actividades</b>	<b>Actividades</b>	<b>Tiempo</b>
Fundamentos del respeto cultural y principios éticos del cuidado intercultural	<ol style="list-style-type: none"> <li>Definición de respeto cultural.</li> <li>Conceptos clave: Competencia cultural, Sensibilidad cultural, Seguridad cultural.</li> <li>Principios éticos: Autonomía cultural, Beneficencia/no maleficencia cultural, Justicia cultural.</li> <li>Ejemplos específicos en población menonita: Importancia de la modestia en vestimenta.</li> <li>Necesidad de espacios privados en exploraciones.</li> <li>Familia como núcleo de decisiones.</li> </ol>	<p>Juego de definiciones rápidas: Cada persona dice en voz alta una palabra asociada a “respeto cultural.”</p> <p>Carteles Éticos: Grupos escriben en hojas grandes un principio ético y ejemplos concretos de cómo se aplica.</p> <p>Semáforo ético: El facilitador dice situaciones rápidas, y el grupo levanta:  <i>Verde: respetuoso.</i>  <i>Amarillo: dudoso.</i>  <i>Rojo: irrespetuoso.</i></p> <p>Ejercicio escrito: Completar la frase:  “Para mí, respetar otra cultura significa...”</p>	90 minutos
Significado y valor simbólico del silencio en contextos menonitas	<ol style="list-style-type: none"> <li>Silencio como forma de:</li> <li>Reflexión. <ul style="list-style-type: none"> <li>Protección emocional.</li> <li>Desacuerdo respetuoso.</li> </ul> </li> <li>Valores menonitas vinculados al silencio: Humildad, prudencia para expresar emociones fuertes y evitar confrontación directa.</li> <li>Riesgos de interpretar mal el silencio: Creer que es indiferencia y ejemplos</li> </ol>	<p>Semáforo del silencio:</p> <p>Escenarios leídos en voz alta: decidir si el silencio significa respeto, desacuerdo o angustia.</p> <p>El que calla, enseña: Un participante guarda silencio mientras otro intenta comunicarse, reflexión grupal.</p> <p>Historias compartidas: Cada persona cuenta breve anécdota donde un silencio fue malinterpretado.</p>	90 minutos
Rol espiritual y social del ministro religioso en procesos de atención	<ol style="list-style-type: none"> <li>Figura del ministro religioso: Líder espiritual y social.</li> <li>Consejero en decisiones sobre salud, familia y moralidad.</li> <li>Funciones específicas: Interpretar textos bíblicos para guiar decisiones.</li> <li>Interceder entre familia y profesionales de salud.</li> <li>Ejemplos</li> </ol>	<p><u>Mapa social</u>: Dibujar quiénes influyen en la toma de decisiones en la comunidad menonita.</p> <p><u>Debate relámpago</u>  “¿Siempre debe participar el ministro religioso en decisiones médicas?”</p> <p><u>Lluvia de preguntas</u>  Escribir preguntas respetuosas para abordar la presencia del ministro en atención clínica.</p>	90 minutos

<b>Temática</b>	<b>Contenido/Actividades</b>	<b>Actividades</b>	<b>Tiempo</b>
-----------------	------------------------------	--------------------	---------------

Identificación y superación de barreras simbólicas en la atención clínica	<ol style="list-style-type: none"> <li>Definición de barreras simbólicas: No solo idioma, también símbolos, rituales, vestimenta, roles de género. Ejemplos en contexto menonita:</li> <li>Rechazo a contacto físico con profesional de sexo opuesto.</li> <li>Incomodidad por atuendo del personal de salud (ej. batas cortas).</li> <li>Dificultad para discutir temas íntimos.</li> <li>Estrategias para superar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Uso de lenguaje visual.</li> <li>Permitir acompañantes.</li> <li>Respetar espacios de privacidad.</li> </ul> </li> <li>Herramientas: <ul style="list-style-type: none"> <li>Materiales educativos culturalmente adaptados.</li> <li>Consentimientos informados sencillos y visuales.</li> </ul> </li> </ol>	<p><u>Galería de imágenes</u>  Observar fotos de vestimenta, símbolos, prácticas religiosas → detectar posibles barreras.  Juego de detectives  Leer relatos clínicos e identificar barreras simbólicas escondidas.  <u>Semáforo cultural</u>: Decidir si algo es barrera real (rojo), barrera posible (amarillo) o no barrera (verde).  Carteles de soluciones  Grupos escriben estrategias para superar barreras culturales.  Mini dramatización  Simular barrera cultural, otro grupo propone solución</p>	90 minutos
Manejo de estereotipos y prejuicios en la práctica profesional	<ol style="list-style-type: none"> <li>Diferencia entre: Estereotipo: idea simplificada sobre un grupo y prejuicio: valoración negativa basada en estereotipos.  Ejemplos comunes sobre menonitas: “No se bañan.”, “Son todos iguales.”, “Rechazan toda la medicina moderna.”</li> <li>Riesgo: Afectar la relación terapéutica y realizar juicios o emitir comentarios irrespetuosos</li> <li>Estrategias: <ul style="list-style-type: none"> <li>Autoconciencia sobre propios prejuicios.</li> <li>Preguntar siempre antes de suponer.</li> <li>Trato individualizado.</li> </ul> </li> </ol>	Verdadero o falso El facilitador lanza frases sobre menonitas, el grupo responde si es mito o realidad. Historia oculta Leer historia donde el final revela que se trataba de una persona menonita, reflexionar sobre prejuicios iniciales. Caja de prejuicios Los participantes escriben estereotipos que hayan escuchado se leen de forma anónima y se desmontan en grupo. Role-play inverso Un participante hace un comentario prejuicioso, otro responde de forma ética y respetuosa.	90 minutos

Temática	Contenido/Actividades	Actividades	Tiempo
Técnicas de escucha activa, validación emocional y	<ol style="list-style-type: none"> <li>Elementos de la escucha activa: <ul style="list-style-type: none"> <li>Contacto visual adecuado (según cultura).</li> </ul> </li> </ol>	Escucha a ciegas: Parejas se cuentan algo personal, sin interrumpir ni juzgar. Construcción de frases útiles	90 minutos

acompañamiento respetuoso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Postura corporal.</li> <li>• Escuchar sin interrumpir.</li> </ul> <p>2. Validación emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocer emoción sin juzgar.</li> <li>• Evitar frases como “no es para tanto.”</li> </ul> <p>3. Ejemplos culturalmente adaptados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En comunidad menonita, evitar confrontación directa.</li> <li>• Usar frases neutrales.</li> </ul> <p>4. Acompañamiento respetuoso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Silencio respetuoso.</li> <li>• Presencia tranquila.</li> <li>• Evitar presionar para hablar.</li> </ul> <p>5. Frases útiles:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Entiendo que esto es importante para usted.”</li> <li>• “¿Desea hablar de esto ahora o prefiere esperar?”</li> </ul>	<p>Escribir frases respetuosas para validar emociones</p> <p>Juego “Sí y...”</p> <p>En parejas, cada frase empieza con “Sí y...” practicar validación.</p> <p>Escritura reflexiva: Responder: “¿Qué haré diferente en mi comunicación intercultural?”</p>	
---------------------------	--	---	--

## **Apéndice Q. Banco de recursos educativos para personas de la comunidad menonita**

### **Cuentos**

#### **Historia de Ana, una niña menonita que aprende a lavarse las manos.**

Ana es una niña menonita de ocho años. Vive en una casa grande, pintada de blanco, con su mamá, su papá y sus tres hermanos. Ana lleva siempre su vestido largo de flores y su gorro blanco. Le gusta correr en el campo y ayudar a su mamá en la cocina.

Un día, Ana se despertó con dolor de estómago. Su mamá, Sara, la llevó a visitar a la enfermera María en el consultorio. María la revisó y le dijo con voz suave:

—“Ana, creo que tienes dolor porque, a veces, hay gérmenes en las manos que pueden entrar a nuestro cuerpo. Por eso es muy importante lavarse bien las manos.” Ana abrió los ojos muy grandes. Nunca había escuchado hablar de los gérmenes.

María le mostró a Ana un dibujo de unos gérmenes pequeñitos que parecían bichitos verdes. —“Mira, Ana, estos son los gérmenes. No los vemos, pero pueden enfermarnos si entran a la boca, a la nariz o a los ojos.” Ana estaba sorprendida. Preguntó:

—“¿Y cómo puedo quitar esos gérmenes, María?”

María sonrió y le dijo: —“Lavándote bien las manos con agua y jabón. ¿Quieres que te enseñe cómo?”. María llevó a Ana al lavabo y le mostró paso por paso cómo lavarse las manos:

1. Abrir el grifo y mojarse las manos.
2. Poner jabón y frotar bien las palmas.
3. Limpiar entre los dedos.
4. Frotar el dorso de las manos.
5. Limpiar las uñas.

6. Enjuagar con agua limpia.

7. Secar las manos con una toalla limpia.

Ana repitió todos los pasos con María. Ambas se reían mientras hacían mucha espuma. Cuando terminaron, Ana miró sus manos y dijo: —“¡Ahora mis manos están limpias y los gérmenes se fueron!”. María le dio una tarjeta con dibujos para que recordara los pasos en casa. Desde ese día, Ana siempre se lava las manos antes de comer, después de ir al baño y cuando llega de jugar en el campo.

Y colorín colorado, este cuento se ha terminado.

### **Cuento sobre Pedro, un hombre menonita que acude al médico por dolor de estómago.**

Pedro es un hombre menonita de 40 años. Tiene cabello rubio, barba larga y viste siempre su camisa azul y pantalón de tirantes. Trabaja todos los días en el campo. Hace poco comenzó a sentir dolor en el estómago. Pensó que se le pasaría, pero cada día se sentía peor. Su esposa, Helena, le dijo: —“Pedro, debes ir al doctor. Dios nos da también la medicina para cuidarnos.”

Pedro tenía vergüenza. No le gustaba hablar de su cuerpo ni mostrar su panza. Pero aceptó. El doctor, Enrique, lo recibió con una sonrisa.

—“Buenos días, Pedro. Cuénteme qué le pasa.” Pedro bajó la voz y dijo:

—“Me duele aquí...” (y señaló su estómago). El doctor le explicó: —“Tal vez tienes gastritis o algo simple, pero necesito revisarte.”

Pedro se puso muy nervioso. No quería que le levantaran la camisa. El doctor, entendiéndolo su incomodidad, le dijo: —“Puedo revisarte sin descubrirte demasiado. No

quiero que te sientas incómodo. O, si prefieres, puede entrar tu esposa.” Pedro se sintió más tranquilo. Helena entró y se quedó junto a él.

El doctor revisó a Pedro con cuidado y le explicó: —“Necesitarás tomar medicina y cuidar lo que comes. Evita comidas muy picantes y grasas.”

Pedro asintió y dijo: —“Gracias, doctor. Me da pena venir, pero quiero estar bien para trabajar y cuidar a mi familia.”

El doctor sonrió: —“Eso es ser responsable. Dios quiere que estemos sanos.” Pedro salió de la consulta más tranquilo. Decidió que, si volvía a dolerle algo, no esperaría tanto para buscar ayuda.

Y colorín colorado, este cuento ha terminado.

## **Cuentos sobre embarazo, vacunación o alimentación saludable.**

### **Cuento 1**

María tiene 26 años y vive en una comunidad menonita. Está feliz porque espera a su tercer bebé. Su mamá le aconseja descansar y comer bien. Pero María se siente cansada y a veces se marea. Un día, su esposo Samuel le dice:

—“Vamos a ver a la enfermera, María. Es importante que revisen a nuestro bebé.”

María acepta, aunque siente algo de vergüenza. La enfermera Laura los recibe con una sonrisa. Les explica: —“Es importante venir cada mes para saber cómo está su bebé.

También necesitas vitaminas y comer bien.”

María escucha atenta, pero le da pena hablar de su cuerpo. Laura, con voz suave, le dice: —“No tengas pena. Lo que hablamos aquí es privado.” María se tranquiliza y cuenta que ha tenido mareos. Laura le revisa la presión y le dice: —“Está un poco baja. Toma más

agua, descansa y come frutas y verduras.” María sonríe. Se siente cuidada y respetada. Promete volver el próximo mes.

Y colorín colorado, este cuento ha terminado.

## **Cuento 2**

Johan es un joven menonita de 18 años. Escuchó en la comunidad que algunas vacunas pueden enfermar. Está confundido y no sabe qué hacer. Su papá le dice: — “Debemos preguntar bien. No creas todo lo que escuchas.”

Johan decide ir con el doctor Rubén. Le pregunta con voz baja: — “Doctor, ¿es cierto que las vacunas hacen daño?” Rubén le contesta: — “Las vacunas protegen de enfermedades graves. No causan daño si se aplican bien. Puede doler un poco, pero es seguro.”

Johan piensa un momento y dice: — “Mi primo dice que es pecado vacunarse.” Rubén sonríe y responde: — “No es pecado cuidar la salud. Dios nos da la ciencia y los remedios.” Johan se anima y decide vacunarse. Sale contento y le dice a su papá: — “Me siento mejor sabiendo la verdad.”

Y colorín colorado, este cuento ha terminado.

## **Cuento 3**

Sara es una mujer menonita de 35 años. Vive con su esposo y dos hijos. Le encanta cocinar sopas, pan y postres. Últimamente, su esposo le dice que está muy cansado. También su hijo tiene dolor de muelas. Sara decide visitar a la enfermera Miriam. Miriam le dice: —“A veces comemos muchos dulces o grasa. Eso puede enfermarnos. Necesitamos más frutas, verduras y agua.” Sara se sorprende. Siempre creyó que la manteca y el pan eran lo más importante. Miriam le enseña fotos de alimentos saludables y le explica cómo hacer comidas ricas, pero con menos azúcar y grasa. Sara sale contenta. Quiere probar recetas nuevas y cuidar mejor a su familia.

Y colorín colorado, este cuento ha terminado.

### **Modelos anatómicos culturalmente adaptados**

Qué son:

Piezas anatómicas (por ejemplo, figuras de órganos, muñecos anatómicos) diseñados con características físicas y vestimenta similares a personas menonitas (ej. vestimenta modesta, gorros, barbas, cabello largo).

Pueden incluir muñecos hombre y mujer para enseñar procedimientos médicos o anatomía.

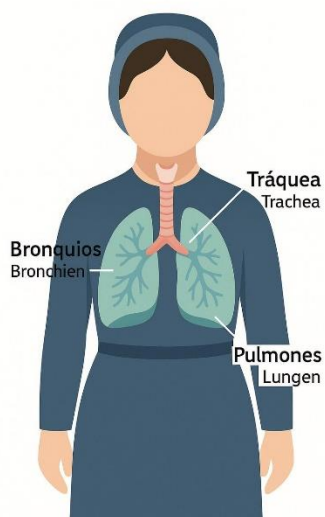
Ejemplos de uso:

Enseñar autoexploración mamaria a mujeres menonitas con un maniquí vestido.

Explicar cómo se coloca un estetoscopio en el tórax.

Mostrar al niño dónde duele señalando un muñeco.

*Modelo Anatómico de mujer menonita en relación con el sistema pulmonar.*



### **Imágenes explicativas**

Qué son:

Imágenes o íconos sin texto o con texto mínimo para explicar pasos de cuidado, síntomas, procesos médicos o instrucciones.

Especialmente útiles en comunidades con limitaciones de idioma o alfabetización..

Ejemplos de contenidos:

Pasos para lavarse las manos.

Cómo usar medicamentos.

Señales de alarma en embarazo.

Cómo acudir al consultorio.

Qué hacer en caso de fiebre.

*Ejemplo de imágenes explicativas*



### Tarjetas educativas y kits de higiene

Qué son:

Tarjetas con imágenes y textos breves sobre higiene, salud y autocuidado.

Kits que incluyen elementos de higiene (jabón, cepillo dental, pasta, toallas femeninas, pañuelos, etc.), empaquetados de manera discreta y culturalmente adecuada.

Ejemplos de contenidos:

Tarjetas sobre:

Lavado de manos.

Cepillado dental.

Cuidado durante la menstruación.

Kits de higiene entregados en consultas, talleres o visitas domiciliarias.

*Ejemplo de Tarjeta educativa para el lavado de manos*

## Lavado de manos Händewaschen



**Mojar las manos**  
Hände nass machen



**Frotar palmas y dorsos**  
Handflächen und  
Handrücken reiben



**Lavar entre los dedos**  
Zwischen den  
Fingern waschen



**Lavar uñas y pulgares**  
Nägel und Daumen  
wäschen



**Enjuagar con agua**  
Mit Wasser abspülen



**Secar bien**  
Gut abtrocknen

### Apéndice R. Carta Descriptiva: Formación de Mediadores Culturales

<b>Mediadores culturales menonitas</b>			
<b>Temática</b>	<b>Contenido</b>	<b>Actividades</b>	<b>Tiempo</b>
Principios de ética comunitaria y confidencialidad cultural	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Concepto de ética comunitaria: respeto a valores, creencias y normas de cada cultura.</li> <li>2. Confidencialidad cultural: qué implica y cómo manejar información sensible.</li> <li>3. Dilemas éticos en la atención a comunidades tradicionales (ej. consentimiento, privacidad familiar vs. individual).</li> </ol>	Análisis de casos reales donde surgen conflictos éticos. Discusión en grupo sobre cómo resolver situaciones éticas respetando la cultura. Elaboración de un código ético básico adaptado a la comunidad menonita.	60 minutos
Fundamentos de traducción clínica básica (terminología médica, interpretación de síntomas, adaptación de mensajes)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vocabulario médico esencial (síntomas, órganos, procedimientos frecuentes).</li> <li>2. Principios de interpretación consecutiva y adaptación lingüística.</li> <li>3. Claves para traducir mensajes médicos en términos sencillos y culturalmente adecuados.</li> </ol>	Juego de roles: simulación de consultas médicas con interpretación. Ejercicios de traducción de términos médicos complejos a lenguaje simple. Creación de glosarios visuales o pictográficos para uso en consultas.	60 minutos
Técnicas de acompañamiento emocional antes, durante y después de las consultas médicas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Importancia del acompañamiento emocional en contextos de salud.</li> <li>2. Estrategias para generar confianza y contención emocional.</li> <li>3. Frases clave y gestos culturales que transmiten apoyo sin invadir el espacio personal.</li> </ol>	Simulación de entrega de malas noticias o diagnósticos complejos. Práctica de validación emocional (escuchar, acoger, contener). Elaboración de una miniguía de acompañamiento emocional para personal de salud.	60 minutos
Estrategias de escucha activa, interpretación del lenguaje no verbal y detección de malestares no verbalizados	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Principios de escucha activa (parafraseo, clarificación, empatía).</li> <li>2. Señales no verbales de ansiedad, dolor, incomodidad.</li> <li>3. Contextos culturales del silencio: significado y respeto.</li> </ol>	Análisis de videos para identificar lenguaje corporal. Ejercicios de parafraseo y clarificación. Dramatización de escenas donde el paciente no verbaliza su malestar	

<b>Temática</b>	<b>Contenido</b>	<b>Actividades</b>	<b>Tiempo</b>
Respeto por el cuerpo en procedimientos clínicos y manejo del	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Significado cultural del cuerpo y la modestia en la comunidad menonita.</li> </ol>	Discusión de casos donde hubo vulneración del respeto corporal.	60 minutos

contacto físico según normas culturales	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Normas sobre quién puede tocar a quién y en qué contextos.</li> <li>3. Estrategias para explicar procedimientos invasivos de manera respetuosa.</li> </ol>	<p>Juego de roles: explicación de procedimientos clínicos a personas con reservas culturales.</p> <p>Creación de guías de lenguaje y gestos respetuosos.</p>	
Estrategias para la comunicación efectiva entre usuarios menonitas y personal institucional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Principios de comunicación intercultural efectiva.</li> <li>2. Barreras lingüísticas y culturales más frecuentes en atención médica.</li> <li>3. Uso de materiales visuales (pictogramas, tarjetas educativas) adaptados culturalmente.</li> </ol>	<p>Simulación de consultas interculturales con usuarios menonitas.</p> <p>Diseño de materiales gráficos culturalmente sensibles.</p> <p>Elaboración de listas de frases clave para personal institucional.</p>	60 minutos

### Apéndice S. Carta descriptiva de talleres a persona menonita

Programa para talleres a comunidad menonita			
Temática	Contenido	Actividades	Tiempo
Salud sexual y reproductiva	<ol style="list-style-type: none"> <li>Embarazo <ul style="list-style-type: none"> <li>Cómo se forma un bebé.</li> <li>Cambios físicos y emocionales durante el embarazo.</li> <li>Importancia de acudir a revisiones médicas.</li> <li>Signos de alarma (sangrado, dolor fuerte, fiebre).</li> </ul> </li> <li>Puerperio (posparto) <ul style="list-style-type: none"> <li>Cambios en el cuerpo después del parto.</li> <li>Cuidados básicos: higiene, alimentación, descanso.</li> <li>Signos de complicación.</li> </ul> </li> <li>Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) <ul style="list-style-type: none"> <li>Qué son las ITS y cómo se contagian.</li> <li>ITS pueden no tener síntomas.</li> <li>Cómo protegerse.</li> </ul> </li> <li>Métodos de planificación familiar <ul style="list-style-type: none"> <li>Métodos naturales (ritmo, Billings).</li> <li>Métodos modernos culturalmente aceptados (DIU, condón).</li> <li>Importancia de la decisión en pareja.</li> </ul> </li> </ol>	<p>Caja de preguntas anónimas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Para escribir dudas sobre sexualidad sin exponer a nadie.</li> </ul> <p>Historias ilustradas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Leer historia de María embarazada → reflexionar sobre qué hizo bien.</li> </ul> <p>Juego verdadero/falso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Frases sobre embarazo, ITS, métodos anticonceptivos.</li> </ul> <p>Tarjetas de signos de alarma</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mostrar tarjetas → participantes identifican cuáles requieren ir al médico.</li> </ul> <p>Memorama de métodos anticonceptivos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Emparejar métodos y su explicación (usando dibujos discretos).</li> </ul>	60 minutos

Temática	Contenido	Actividades	Tiempo
Higiene corporal y salud dental	<p>Higiene corporal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lavado diario del cuerpo.</li> <li>Lavado de manos en momentos clave: <ul style="list-style-type: none"> <li>Antes de comer.</li> <li>Después de ir al baño.</li> <li>Después de trabajar en el</li> </ul> </li> </ul>	<p>Juego de mímica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Representar actividades de higiene (lavarse manos, dientes, bañarse).</li> </ul> <p>Demostración con modelo dental</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Enseñar técnica de cepillado.</li> </ul> <p>Canción del lavado de manos</p>	60 minutos

	<p>campo o con animales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Higiene íntima respetuosa.</li> </ul> <p>Higiene dental</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Importancia del cepillado diario.</li> <li>Técnica correcta de cepillado.</li> <li>Relación entre azúcar y caries.</li> </ul> <p>Adaptaciones culturales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evitar imágenes explícitas.</li> <li>Usar lenguaje sencillo y respetuoso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Crear rima sencilla con pasos de lavado.</li> </ul> <p>Bolsa misteriosa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sacar objetos de higiene de una bolsa y explicar para qué sirven.</li> </ul> <p>Historias breves</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Contar historia de Ana aprendiendo a lavarse las manos.</li> </ul> <p>Juego de secuencias</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ordenar pictogramas de los pasos del lavado de manos.</li> </ul>	
Alimentación tradicional saludable	<p>Alimentos tradicionales menonitas saludables</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pan integral.</li> <li>Verduras de huerto.</li> <li>Frutas locales.</li> <li>Lácteos con moderación.</li> </ul> <p>Riesgos del exceso de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Manteca.</li> <li>Azúcar.</li> <li>Carnes grasas.</li> </ul> <p>Prevención de anemia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alimentos ricos en hierro (espinacas, carne magra, legumbres).</li> </ul> <p>Prevención de diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reducir azúcar.</li> <li>Limitar bebidas muy dulces.</li> </ul> <p>Preparación de recetas tradicionales con menos grasa y azúcar.</p>	<p>Taller de alimentos “rojos, amarillos, verdes”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Clasificar alimentos según frecuencia recomendada.</li> </ul> <p>Bolsa misteriosa de alimentos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tocar y adivinar alimentos tradicionales.</li> </ul> <p>Creación de recetario saludable</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Adaptar recetas menonitas para reducir grasa o azúcar.</li> </ul> <p>Historias culinarias</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Leer historia de Sara aprendiendo recetas más saludables.</li> </ul> <p>Juego memoria de alimentos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Emparejar alimentos y beneficios.</li> </ul> <p>Bingo de frutas y verduras</p>	60 minutos

Temática	Contenido	Actividades	Tiempo
Prevención del consumo de sustancias nocivas	<p>Sustancias para prevenir</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alcohol.</li> <li>Tabaco.</li> <li>Drogas ilegales.</li> </ul> <p>Efectos sobre la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Daños al cuerpo.</li> <li>Problemas familiares y sociales.</li> </ul> <p>Estrategias de prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hablar en familia.</li> <li>Reconocer señales de alarma:</li> </ul>	<p>Historias dramatizadas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Caso de joven menonita que evita el alcohol gracias a apoyo familiar.</li> </ul> <p>Semáforo de decisiones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Situaciones leídas en voz alta → decidir si es seguro (verde), dudoso (amarillo) o peligroso (rojo).</li> </ul> <p>Mapa de redes de apoyo</p>	60 minutos

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aislamiento.</li> <li>○ Cambios bruscos de carácter.</li> </ul> <p>Fortalecimiento de redes de apoyo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Familia.</li> <li>• Comunidad.</li> <li>• Iglesia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dibujar personas o lugares de confianza.</li> </ul> <p>Juego rápido “¿Qué harías si...?”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responder situaciones hipotéticas.</li> </ul> <p>Historias incompletas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leer historia que termina en suspenso → el grupo propone finales.</li> </ul> <p>Caja de compromisos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escribir compromisos personales para evitar sustancias.</li> </ul>	
Salud emocional	<p>Qué son las emociones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alegría.</li> <li>• Tristeza.</li> <li>• Enojo.</li> <li>• Miedo.</li> </ul> <p>Cómo expresar emociones sin herir a otros.</p> <p>Autocuidado emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades que ayudan: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Oración.</li> <li>○ Lectura.</li> <li>○ Paseos en la naturaleza.</li> <li>○ Conversar con alguien de confianza.</li> </ul> </li> </ul> <p>Manejo del duelo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respeto al silencio.</li> <li>• Rituales tradicionales.</li> <li>• Apoyo familiar.</li> </ul>	<p>Caritas de emociones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mostrar imágenes y decir en qué situaciones se sienten así.</li> </ul> <p>Caja de las emociones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sacar papelitos con emociones y compartir experiencias (opcional).</li> </ul> <p>Botiquín emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear lista de cosas que ayudan a sentirse mejor.</li> </ul> <p>Role-play</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Simular consolar a alguien en duelo.</li> </ul> <p>Historias breves</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar historia de alguien que enfrenta tristeza → discutir cómo ayudarlo.</li> </ul> <p>Dinámica “Sí y...”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responder validando emociones de otros.</li> </ul> <p>Rueda de emociones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Girar ruleta y expresar emoción que salga.</li> </ul>	60 minutos
Vacunación	<p>Contenidos:</p> <p>Qué son las vacunas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protegen al cuerpo.</li> <li>• Previenen enfermedades graves.</li> </ul> <p>Beneficios de vacunar</p>	<p>Juego verdadero/falso</p> <p>Teatro breve</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dramatizar familia que tiene dudas sobre vacunar.</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protección personal y comunitaria.</li> <li>• Evitar epidemias.</li> </ul> <p>Síntomas normales después de la vacuna</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor leve.</li> <li>• Fiebre baja.</li> </ul> <p>Adaptación cultural</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar con lenguaje sencillo.</li> <li>• Responder mitos: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ “La vacuna daña la fertilidad.”</li> <li>○ “Las vacunas enferman.”</li> </ul> </li> </ul>	<p>Caja de preguntas anónimas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para resolver dudas sin pena.</li> </ul> <p>Historias ilustradas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leer historia de Johan y la vacuna.</li> </ul> <p>Pictogramas secuenciales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ordenar pasos de vacunación.</li> </ul> <p>Creación de cartel grupal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dibujar beneficios de vacunarse.</li> </ul> <p>Juego memoria</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parear enfermedades con sus vacunas.</li> </ul>	
--	--	--	--

### Apéndice T: Escala de Cuidado de Enfermería Intercultural Humanista

**Propósito:** evaluar en el primer nivel de atención si el cuidado de enfermería es intercultural y humanista mediante (a) reconocimiento de la cosmovisión menonita, (b) comunicación efectiva, e (c) integración de saberes tradicionales y profesionales.

**Aplicación:** personas menonitas usuarias de servicios (ideal al finalizar la consulta).

**Formato de respuesta (1–5):** 1 = Nunca, 2 = Rara vez, 3 = A veces, 4 = Casi siempre, 5 = Siempre.

		Nunca	Rara	A veces	Casi	Siempre
A. Reconocimiento de la cosmovisión	1. Sentí que la enfermera respetó mis creencias y forma de entender la salud.					
	2. La enfermera tomó en cuenta a mi familia en la explicación o decisiones.					
	3. Se consideraron mis prácticas espirituales (p. ej., oración) como parte del cuidado.					
	4. La enfermera mostró interés genuino por mi cultura y costumbres.					

B. Comunicación efectiva y humanizada	5. Me explicaron con palabras claras, sin tecnicismos.					
	6. Usaron ejemplos de mi vida diaria para ayudarme a entender el tratamiento.					
	7. Se escucharon con atención mis preocupaciones, sin juzgarme.					
	8. La enfermera cuidó su tono de voz, gestos y tiempos de silencio de forma respetuosa.					
	9. Se ofreció apoyo de traducción o se usaron palabras en mi idioma cuando fue necesario.					
	10. ( <i>Inversa</i> ) Sentí prisa o poca disposición para responder mis dudas.					
C. Integración de saberes tradicionales y profesionales	11. Se me permitió continuar con remedios o prácticas de mi familia junto con el tratamiento.					
	12. La enfermera me explicó cómo combinar de manera segura mis tés o remedios con las indicaciones médicas.					

	13. ( <i>Inversa</i> ) Me dijeron que debía abandonar por completo mis prácticas tradicionales.					
	14. Se buscó, cuando fue posible, una opción de cuidado acorde con mis valores y mi modo de vida.					
D. Confianza y autonomía en el cuidado	15. Después de la consulta, confío más en la enfermera y en el servicio de salud.					
	16. Pude participar en las decisiones sobre mi cuidado y entendí los próximos pasos.					