



*Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarria S.C.
José María Pino Suárez 400-2 esq a Lerdo de Tejada. Toluca, Estado de México. 7223898475
RFC: ATII120618V12*

Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.

<http://www.dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/>

Año: XIII Número: 2 Artículo no.:77 Período: 1 de enero del 2026 al 30 de abril del 2026

TÍTULO: Experiencias vividas de personas indígenas comunidad Mayo Yoreme y de profesionales de enfermería relacionadas con el cuidado.

AUTORES:

1. Máster. Rodrigo Almada Jacobo.
2. Dr. Jesús Roberto Garay Núñez.
3. Dra. Verónica Guadalupe Jiménez Barraza.
4. Máster. David Christopher Angulo Ramírez.
5. Dr. Roberto Joel Tirado Reyes.
6. Máster. Gabriela Ontiveros Herrera.

RESUMEN: Se realizó una investigación cualitativa con enfoque etnográfico, cuyo objetivo fue develar las experiencias de cuidado entre personas indígenas y profesionales de enfermería en una comunidad Mayo Yoreme de Sinaloa. Se utilizó observación participante y entrevistas etnográficas semiestructuradas. Participaron 17 personas: 9 enfermeros(as) y 8 indígenas, seleccionados por conveniencia. Las entrevistas se repitieron hasta alcanzar la saturación teórica. El análisis se hizo mediante el método de James Spradley, usando ATLAS.ti para los datos de profesionales y un análisis artesanal para los datos indígenas. Se identificaron cuatro categorías. Se concluye que existen barreras en la atención que exigen estrategias para fortalecer la competencia cultural, la equidad de género y mejorar los recursos del sistema de salud.

PALABRAS CLAVES: experiencias, etnoenfermería, cuidados, cuidados- culturales, enfermería.

TITLE: Personal experiences of indigenous people from the Mayo Yoreme community and nursing professionals related to healthcare.

AUTHORS:

1. Master. Rodrigo Almada Jacobo.
2. PhD. Jesús Roberto Garay Núñez.
3. PhD. Verónica Guadalupe Jiménez Barraza.
4. Master. David Christopher Angulo Ramírez.
5. PhD. Roberto Joel Tirado Reyes.
6. Master. Gabriela Ontiveros Herrera.

ABSTRACT: A qualitative research study with an ethnographic approach was conducted, aiming to reveal the care-related experiences of indigenous individuals and nursing professionals in a Mayo Yoreme community in Sinaloa. Participant observation and semi-structured ethnographic interviews were used for data collection. A total of 17 participants were included: 9 nursing professionals and 8 indigenous individuals, selected through convenience sampling. Interviews were conducted multiple times until theoretical saturation was reached. Data analysis followed James Spradley's method, using ATLAS.ti for the nursing data and a manual analysis for the indigenous participants' data. Three categories were identified. The study concludes that there are barriers in healthcare delivery that require strategies to strengthen cultural competence, gender equity, and improve health system resources.

KEY WORDS: experiences, ethno-nursing, care, cultural care, nursing.

INTRODUCCIÓN.

En la actualidad, desde una percepción multicultural, la aceptación de las sociedades cada vez más diversas, permite mitigar la tan marcada brecha de las desigualdades sociales; lo anterior debido a la existencia de múltiples grupos étnicos, fenómenos migratorios, desplazamientos forzados, la

globalización, y especialmente, el reconocimiento y respeto a las múltiples formas de pensamiento y de expresión (Orozco Castillo y López-Díaz, 2020).

Los pueblos indígenas poseen, ocupan y utilizan una cuarta parte de la superficie del mundo, estimándose 476 millones de personas indígenas en todo el mundo, aunque estas solo constituyen el 6% de la población mundial. Por otra parte, los pueblos originarios, hoy en día, enfrentan un gran reto en la lucha por el reconocimiento formal, aunado a que son los últimos en recibir inversiones públicas gubernamentales para el desarrollo e instalación de los servicios básicos como agua y electricidad. Es muy difícil para este grupo poblacional participar de manera activa en la economía formal y ser parte de los procesos electorales y la toma de las decisiones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

El legado de desigualdad y exclusión ha aumentado la vulnerabilidad de las comunidades indígenas frente a los impactos del cambio climático y los peligros naturales, incluidos brotes de enfermedades como el COVID-19. Todo lo anterior ha permitido que desde la profesión en enfermería se gesten aportes importantes en el desarrollo de las competencias culturales para la atención de este grupo poblacional, mediante la elaboración de teorías e investigaciones que permiten disminuir de manera significativa las problemáticas de salud que imperan en la población indígena (Orozco Castillo y López-Díaz, 2020).

La relación entre los profesionales de enfermería y pacientes está atravesada por la subjetividad de cada actor, por su bagaje cultural y por las influencias del contexto en el que ocurre el cuidado. Además, la sociedad contemporánea, plural y en constante transformación, impone a los profesionales de enfermería el desafío de brindar atención en escenarios diversos y complejos (Rojas, 2012).

Desde esta perspectiva, la competencia cultural es de suma importancia para quienes trabajan en países étnica y culturalmente diversos. La evidencia científica muestra que la competencia cultural es un elemento clave y de carácter obligatorio en casi todos los países del mundo, formando parte de los estándares y procesos de acreditación de calidad, de la atención de salud; de este modo, el entrenamiento en competencia cultural recibe mayor atención de administradores y educadores en salud, dada su eficacia

e impacto en el conocimiento, actitudes y habilidades de los profesionales de enfermería, así como en la satisfacción del paciente en relación con el trato y la calidad durante su atención a la salud (Orozco Castillo y López-Díaz, 2019). Bajo esta premisa, se deben considerar los aspectos culturales en el cuidado, la investigación y la formación del recurso humano; pues esto se convierte en una gran oportunidad para la profesión de evolucionar en razón de seguir avanzando hacia una disciplina mucho más humana.

Gracias a lo anterior, la disciplina ha logrado demostrar que puede producir herramientas útiles para dar respuestas coherentes, efectivas y eficaces a las necesidades de cuidado cultural en los fenómenos producidos por los cambios sociales; sin embargo, existen estudios que señalan la evidente falta de competencia cultural en la atención como causa de experiencias y resultados negativos con personas inmigrantes y de minorías étnicas; es decir, desde la profesión se afirma que se tienen los conocimientos y las habilidades culturales, pero es sumamente difícil materializar la acción de estos conocimientos, para que puedan ser culturalmente competentes (Orozco Castillo y López-Díaz, 2020).

El lenguaje es una de las principales barreras culturales para la atención en salud a los pueblos indígenas, debido a que la población usuaria y los prestadores de servicios no hablan el mismo idioma, por lo que experimentan un problema de comunicación al momento de solicitar atención médica (Pelcastre-Villafuerte et al., 2020).

DESARROLLO.

En México existen 23.2 millones de personas de tres años y más, que se autoidentifican como indígenas, lo que equivale al 19.4% de la población total de ese rango de edad; por tal motivo, investigaciones del 2015 revelaron que había 11.132.562 indígenas, mismos que representaban al 9.4% de la población total mexicana (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2022).

Materiales y métodos.

La presente investigación fue de tipo cualitativo con un método etnográfico. Este enfoque permite al investigador estudiar la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, permite sacar sentido, así como

interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que le otorgan las personas implicadas. En relación con el método, la característica distintiva del método etnográfico radica en el interés de construir, dar sentido y significado a las prácticas sociales cotidianas de un determinado grupo social y/o grupo poblacional (Castillo y Vásquez, 2003; Rodríguez-Gómez et al., 1996).

La etnografía contempla, en su método, un proceso científico por el cual se puede llegar a conocer a las personas, fenómenos y grupos sociales durante un periodo de tiempo, utilizando principalmente la observación del contexto y las entrevistas como las principales técnicas de recolección de la información (Spradley, 2016).

El escenario donde se realizó esta investigación es en una comunidad indígena Mayo Yoreme, que se encuentra presente en el norte del estado de Sinaloa; dicha comunidad lleva por nombre Mochicahui perteneciente al municipio de El Fuerte.

Se establecieron algunos criterios de relevancia teórica en donde se señalan que los criterios para la selección de participantes en un estudio cualitativo deben ser de relevancia teórica, por lo que deben ser seleccionados de acuerdo con el propósito de la investigación, y que su vez, promuevan la emergencia, los de categorías pertinentes (Páramo Morales, 2015).

Los dominios se establecieron como categorías meramente culturales en las que se incluyeron subcategorías semánticas en la que la tarea principal fue determinar el conocimiento de los conceptos culturales en los que se involucran términos de menor jerarquía; por otra parte, las taxonomías son construcciones conceptuales que se determinaron a raíz de diferentes relaciones semánticas entre los términos que se encontraron presentes en los dominios; por lo que una taxonomía reveló la existencia de subconjuntos relacionados en un todo.

El análisis de los componentes surgió del establecimiento de los dominios y taxonomías, este procedimiento nace de una profunda actividad reflexiva que permite comprender el significado de un término que difiere de los demás. Para concluir el análisis de los temas, se consideró que el investigador

describa mediante sus observaciones, la cultura; de igual manera, señaló sus características generales y específicas. El objetivo principal de esta fase radicó en identificar todos aquellos elementos cognitivos que constituyen una cultura, lo que sus integrantes creen e identifican como real.

Aspectos éticos.

La investigación se realizó conforme a los principios de confidencialidad, anonimato y privacidad, establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud (Secretaría de Salud, 2014).

Resultados.

De las entrevistas realizadas a los profesionales de enfermería emergió una categoría clave que revela las dinámicas presentes en el proceso de cuidado. El análisis de esta categoría se realizó desde una visión "ético"; es decir, desde la perspectiva del observador externo, lo que permitió identificar patrones y comportamientos comunes en los profesionales de enfermería y profundizar en los retos que enfrentan al cuidar de la población indígena Mayo Yoreme. A continuación, se describe la reducción de los discursos que sustentan la categoría y sus subcategorías que emergieron de las entrevistas realizadas a los profesionales de enfermería mencionados:

Categoría 1. Barreras de enfermería para brindar cuidado.

Descripción operativa.

Se describen como barreras para brindar cuidado: aquellas situaciones, medidas, métodos y procesos, que limitan y obstaculizan de manera física, psicológica, económica, culturales, religiosas, entre otras, el quehacer profesional de enfermería.

- Anguamea. “Siempre existen limitantes, por desgracia a los de enfermería siempre nos toca batallar [...] siempre nos ha tocado la bola negra [...]”

- Moroyoqui. “Cómo le diré [...] Nota de campo: (la persona se queda pensando con la mano en la boca y respira profundo) desde que ingresé a trabajar, pues imagínate ya tengo 8 años aquí, nunca me ha tocado ver que no batallemos por una u otra cosa”.
- Buichia. “Muy a pesar y de que sabemos que existen muchas barreras; nosotras como enfermeras siempre tratamos de solucionar, siempre buscamos que la gente se vaya contenta [...]”
- Bacasehua. “A la gente no le importa [...] al final de cuentas tú le tienes que solucionar; a ellos no les interesa si hay o no hay, o si tú tienes problemas [...]”
- Jatomea. “Cuidar es complejo, por lo menos aquí sí, [...] esto es cuento de nunca terminar, problemas siempre hay y más en este tipo de lugares, donde la gente tiene una manera de pensar muy cerrada”.

Subcategoría 1. Comunicación y Cuidado.

Descripción operativa.

La comunicación es el proceso de interlocución entre un emisor y un receptor, en donde se busca intercambiar información. Para el profesional de enfermería establecer una buena comunicación con la población indígena le permite tener la posibilidad de facilitar su quehacer profesional a la hora de brindar cuidados a poblaciones culturalmente diversas.

- Busani. “Nosotros no hablamos dialecto, que nosotros no pertenecemos a su cultura, ya desde ahí ya pierdes, porque no hay una buena comunicación [...]” nota de campo (la persona se muestra impotente).
- Baipoli. “Y tenemos que trabajar con ellos para generarles confianza, porque, porque ellos son personas muy desconfiadas, ellos tienen creencias, ellos son personas con las que tienes que tener mucho tacto, saber cómo hablarles [...]”.
- Buitimea. “Pues nosotros ahí más o menos tratamos de comunicarnos en muchas ocasiones con señas, muchas de las veces nadie habla español y ahí nos ves con el Hewi, Hewi (Sí en Yoreme) ya hasta los buenos días les damos en su dialecto, pero la verdad que sí es muy complicado [...]”.

- Bocabachi. “Siempre existe la duda, si la persona entiende lo que tú le estas queriendo decir, uno siempre tiene que estar preguntando. ¿Me entendió? [...]” Nota de campo: (La persona muestra una cara de admiración, y mueve las manos de manera sorpresiva).

Subcategoría 2. El machismo como un limitante para cuidar.

Descripción operativa.

Se establece como machismo al conjunto de comportamientos, creencias y actitudes que discriminan y violentan al rol femenino, basándose en la superioridad del hombre sobre la mujer; esto afecta de manera significativa los cuidados que brindan los profesionales de enfermería al no permitir una apertura completa de dicho proceso.

- Jatomea. “Ser enfermero en un ambiente tan machista no es fácil [...] por ejemplo siempre te tienes que cuidar más de los hombres porque son bien celosos y prefieren que las revisen mejor las mujeres [...]”.
- Baipoli. “Como una mujer le va a venir a decir a un hombre, cómo tiene que hacer las cosas, ellos son gente muy machista, hasta las mujeres [...]”.
- Moroyoqui. “Cuando le toca por ejemplo un papanicolau a una mujer, son contadas las mujeres que vienen, porque el hombre se los prohíbe [...], aquí la gente tiene una forma de pensar muy patriarcal, que el hombre es él el que tiene la última palabra”.
- Bocabachi. “Nombre que esperanzas que todos los hombres de la comunidad vengan a una feria de la salud o a una campaña. Llegan a venir cada caída de casa, son muy cerrados, ya hasta que se enferman es cuando vienen”.
- Busani. “Nos damos cuenta de que no les gusta a los hombres que los doctores o los enfermeros les revisen a sus esposas [...] han llegado al grado de meterse a ver que le están haciendo [...]”.

Subcategoría 3. Precariedad de los recursos humanos y financieros.

Descripción operativa.

La precariedad se refiere a la condición de escasez, limitación e insuficiencia por la que atraviesa una persona o un grupo de personas en su sentido laboral; esto se relaciona con las condiciones por debajo del límite, donde especialmente no se cubren las necesidades básicas para cumplir con las responsabilidades asignadas.

- Bocobachi. “Siempre se batalla hasta por lo más mínimo, desde una torunda, una tira de destrostix, con más razón para medicamentos de alto costo”.
- Buchia “Hay ocasiones en las que no hay quien cubra una falta, le tenemos que entrar los demás, pero pues es trabajo extra que no se paga”.
- Bacasehua. “Ya nos adaptamos a que nunca hay nada; son contadas las veces que si llega todo completo [...] las incapacidades y las faltas las cubrimos entre nosotros porque no tenemos suplentes [...].”
- Anguamea. “Esta clínica; por ejemplo, es nueva, pero nos faltan muchas cosas, ahorita no estamos saliendo a vacunar porque no han mandado el recurso para salir [...] nos llegan las vacunas, las jeringas, todo lo que se va a ocupar [...]”.
- Baipoli. “Tratamos de concientizar a la gente porque se molesta, porque sienten que vienen dioquis, porque no hay medicamentos”.

De las entrevistas realizadas a las personas indígenas se obtuvieron 2 categorías denominadas: Categoría 1 Creencias y formas de cuidado, y Categoría 2 La tiranía del cuidado. Todas ellas nos permitieron a través de la dualidad de las interpretaciones émic (visión interna del investigador) y étic (visión externa del investigador) favorecer la comprensión sobre las experiencias vividas de personas indígenas Mayo Yoreme y de los profesionales de enfermería relacionadas con el cuidado, las cuales se describen a grosso modo a continuación:

En el análisis de las entrevistas emergieron dos categorías fundamentales. La primera, "Creencias y formas de cuidado", que refleja la visión cultural y espiritual que los Mayo Yoreme tienen sobre la salud y el bienestar, lo cual influye directamente en las prácticas de cuidado que llevan a cabo. Para esta comunidad, el cuidado está profundamente ligado a sus creencias tradicionales, a la conexión con la naturaleza y a los rituales ancestrales, aspectos que a menudo no se alinean con las prácticas biomédicas convencionales.

La segunda categoría, "La tiranía del cuidado", aborda las cargas y responsabilidades que implica el acto de cuidar dentro de la estructura comunitaria y familiar de los Mayo Yoreme. Este concepto explora cómo el cuidado, aunque esencial y profundamente valorado, puede convertirse en una obligación que impone restricciones y demandas, especialmente para las mujeres, quienes son comúnmente las encargadas de esta labor. La tiranía del cuidado también refleja las tensiones entre las formas tradicionales de atención y las expectativas impuestas por sistemas de salud externos.

Este estudio busca, a través de la mirada émic, profundizar en las prácticas y tensiones que surgen en torno al cuidado dentro de la comunidad Mayo Yoreme, aportando una visión más comprensiva de su realidad y las complejidades que enfrentan en su relación con la salud.

Categoría 2. Creencias y formas de cuidado.

Descripción operativa.

Las creencias son un conjunto de constructos generados a partir de las experiencias de la vida diaria y de las relaciones de persona a persona, en donde lo que se busca es tratar de explicar y dar sentido a las cosas que suceden en nuestro entorno; las creencias influyen de manera natural en la forma en las que las personas admiten ser cuidadas.

- Chukuli. “[...] pues sí, casi siempre vamos ahí, pero nomás cuando son cosas ya grandes, uno ya sabe más o menos [...] sí aquí todavía hay sobadoras, ahí lleva uno a los niños cuando se les cae la moyera...”

Nota de campo: (describe el proceso para sobar la mollera) [...] Antes sí había muchos médicos y enfermeras, que sí creían en todo eso, ahora ya no creen en nada de eso [...]”.

- Naráaso. “[...] Pues sí, pero ya las mujeres de ahora casi no creen, y por eso, pasa lo que pasa, ya es muy rara la mujer que guarda la dieta [...] que sí se preocupa por no andar en el sereno [...] antes las enfermeras sí nos decían de todo eso”.
- Sawali. “[...] Si es que uno cuando está embarazada pues debe de cuidarse de muchas cosas [...] no debe uno de andar tomando ni cosas frías ni calientes y menos cuando apenas va empezando... en el centro de salud a uno siempre le dicen que puede comer de todo y pues está mal eso”.
- Tósali. “Son cosas que uno aprende con el tiempo; por ejemplo, yo aprendí a sobar el empacho porque mi mamá me enseñó, y a mi mamá le enseño mi abuela, y así [...]; el huaco es muy bueno para la tos, siempre trato de tener para hacer los té y los tomamos como agua de uso”.
- Síkili. “Muchos de los males de las personas son porque se los ponen, así como hay gente buena, hay gente mala también, uno se tiene que cuidar de todos”.

Categoría 3. La tiranía del cuidado.

Descripción operativa.

Ejercicios de poder implícitos en las relaciones del profesional de enfermería hacia las personas en el proceso del cuidado, y estos se pueden suscitar de manera consciente o inconsciente.

- Tewelli. “[...] Si te hacen sentir mal, te atienden por atenderte [...] no puede uno decir nada porque te tratan más mal [...] pasan platicando y hasta que les da la gana es cuando ya se ponen a trabajar [...]”.
- Siáli. “Ellas siempre tienen la razón, a ellas no les interesa si tu tuviste o no para ir a una consulta, por ejemplo”.
- Sawali, “Mucha gente por eso no va a la consulta, porque ellas mismas tienen la culpa, te quieren imponer todo, te tratan mal, y a veces, hasta lo ven a uno por encima del hombro [...] son contadas ya las enfermeras ahorita que tienen la vocación de ayudar”.
- Naráaso. “[...] sí, sí hay enfermeras que sí son muy groseras [...] no puede llegar uno tarde porque no te atienden, no les importa”.

- Tóloko. “[...] Hay unas enfermeras bien regañonas [...] Tienes que hacer las cosas como ellas te dicen, pero hay cosas en las que ellas no creen; por ejemplo, no creen en la Mollera, por eso las mujeres buscan quien le sobe al niño porque ellas no creen [...]”.

CONCLUSIONES.

Las barreras identificadas en la atención de los pacientes indígenas Mayo Yoreme resaltan la necesidad de implementar estrategias que promuevan la competencia cultural, la equidad de género y la mejora en la distribución de los recursos en el sistema de salud.

A pesar de los esfuerzos realizados hasta el momento, la evidencia sugiere que persisten desafíos estructurales y culturales que limitan la capacidad de los profesionales de enfermería para brindar un cuidado adecuado. La promoción de políticas inclusivas y el fortalecimiento de la infraestructura sanitaria son fundamentales para superar estas barreras y garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud.

La falta de desarrollo pleno de competencias interculturales en los profesionales de enfermería es percibida por las personas indígenas Mayo Yoreme como una barrera importante para recibir un cuidado adecuado y respetuoso. Para mejorar la calidad del cuidado en estos contextos, es fundamental que los profesionales adquieran una formación más sólida en competencias interculturales que les permita respetar e integrar las creencias y prácticas tradicionales de las comunidades indígenas en su atención.

La "tiranía del cuidado" y el ejercicio de roles de poder de manera etnocéntrica son barreras significativas para el establecimiento de una atención de salud equitativa y respetuosa en las comunidades indígenas Mayo Yoreme.

Para abordar esas dinámicas es fundamental que los profesionales de enfermería desarrollen competencias interculturales que les permitan reconocer y valorar las prácticas y creencias de las comunidades. Solo así se podrá avanzar hacia un modelo de atención que respete la autonomía y dignidad de las personas indígenas, promoviendo un cuidado verdaderamente colaborativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Castillo, E. y Vásquez, M.L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colombia Médica, 34(3), 164-167. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334309>
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2022). Estadísticas a propósito del Día Internacional de los Pueblos Indígenas. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_PueblosInd22.pdf
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). La salud de los Pueblos Indígenas. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA76/A76_ACONF1-sp.pdf
4. Orozco Castillo, L. y López-Díaz, L. (2019). Competencia cultural de enfermeras en salud pública con población indígena. Avances en Enfermería, 37(1), 9-18. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.68513>
5. Orozco Castillo, L. y López-Díaz, L. (2020). Cuidado culturalmente competente: Puntos de vista de enfermería de salud pública e indígena. Investigaciones Andina, 22(40), 35–49. <https://www.redalyc.org/journal/2390/239075120003/html/#B27>
6. Páramo Morales, D., (2015). La teoría fundamentada (Teoría Fundamentada), metodología cualitativa de investigación científica. Pensamiento y Gestión, (39), vii-xiii. <https://www.redalyc.org/pdf/646/64644480001.pdf>
7. Pelcastre-Villafuerte, B.E., Meneses-Navarro, S., Sánchez-Domínguez, M., Meléndez-Navarro, D., y Freyermuth-Enciso, G. (2020). Condiciones de salud y uso de servicios en pueblos indígenas de México. Salud Pública de México, 62(6), 810-819. <https://doi.org/10.21149/11861>
8. Rodríguez-Gómez, G., Gil-Flores, J., y García-Jiménez, E. (1996). Metodología de la investigación cualitativa. https://www.researchgate.net/publication/44376485_Metodologia_de_la_investigacion_cualitativa_Gregorio_Rodriguez_Gomez_Javier_Gil_Flores_Eduardo_Garcia_Jimenez

9. Rojas, J. G. (2012). Significado de la experiencia de cuidar a pacientes indígenas en las salas de hospitalización del Departamento de Antioquia-Colombia. Dialnet.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=64909>
10. Secretaría de salud [SS]. (2014). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Ciudad de México, México: Diario Oficial de la Federación.
https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
11. Spradley, J. P. (2016). The ethnographic interview. Holt, Rinehart and Winston, Inc.
https://spada.uns.ac.id/pluginfile.php/262424/mod_resource/content/1/James%20P.%20Spradley%20-%20The%20Ethnographic%20Interview-Harcourt%2C%20Brace%2C%20Jovanovich%20%281979%29%20%281%29.pdf

DATOS DE LOS AUTORES.

- 1. Rodrigo Almada Jacobo.** Maestro en Enfermería por la Universidad Autónoma de Sinaloa. Enfermero General Clínico; Instituto Mexicano del Seguro Social. Catedrático de la Facultad de Enfermería Culiacán de la Universidad Autónoma de Sinaloa, México. Correo electrónico: enf.rdorigo_almada@ms.uas.edu.mx ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-9774-8746>
- 2. Jesús Roberto Garay Núñez.** Doctor en Ciencias de Enfermería por la Universidad Nacional de Trujillo, Perú. Integrante del núcleo académico básico de la Maestría y Doctorado en Enfermería de la Facultad de Enfermería Culiacán de la Universidad Autónoma de Sinaloa, México. Correo electrónico: jesusgaray@uas.edu.mx ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0868-1344>
- 3. Verónica Guadalupe Jiménez Barraza.** Doctora en Educación por la Universidad del Pacífico Norte. Integrante del núcleo académico básico de la Maestría y Doctorado en Enfermería de la Facultad de Enfermería Culiacán de la Universidad Autónoma de Sinaloa, México. Correo electrónico: veronicagpe.jimenez@uas.edu.mx ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3856-2>

4. David Christopher Angulo Ramírez. Maestro en Enfermería por la Universidad Autónoma de Sinaloa. Enfermero General Clínico; IMSS Bienestar. Catedrático de la Facultad de Enfermería Culiacán de la Universidad Autónoma de Sinaloa, México. Correo electrónico: 26325.angulo@ms.uas.edu.mx ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-4444-0884>

5. Roberto Joel Tirado Reyes. Doctor en Educación; Coordinador del Programa de Doctorado en Enfermería Profesionalizante; Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa; Universidad Autónoma de Sinaloa, México. Enfermero Especialista en Medicina de Familia; Instituto Mexicano del Seguro Social. Correo electrónico: robertojtr@uas.edu.mx ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1492-7507>

6. Gabriela Ontiveros Herrera. Maestra en Enfermería por la Universidad Autónoma de Sinaloa. Catedrática de la Facultad de Enfermería Culiacán de la Universidad Autónoma de Sinaloa, México. Correo electrónico: herreragaby1912@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4329-3707>

RECIBIDO: 8 de septiembre del 2025.

APROBADO: 17 de octubre del 2025.