

Tolerancia Intercultural de las Personas Adultas Mayores con Diagnóstico de Diabetes, Chachapoyas - 2015

Intercultural tolerance of older adults diagnosed with diabetes. Chachapoyas - 2015

Yshoner Antonio Silva Díaz¹

RESUMEN

La presente investigación, de tipo cualitativa, exploratoria cuyo objetivo fue: Develar y comprender la percepción sobre la tolerancia intercultural de las personas adultas mayores con diagnóstico de diabetes. Chachapoyas - 2015". La selección del grupo de trabajo se tuvo en cuenta el modelo de las muestras por oportunidad, saturación y bola de nieve. En la obtención de resultados las siguientes unidades de análisis, indiferencia: no nos tienen paciencia y se desesperan, también no les importa, no nos entienden, no le toman mucho interés, se les observa un poco indiferentes. Desapacibles/incomprensión: no nos entienden, pareciera que no sea de su agrado la forma como nos vestimos. Cansancio profesional: algunos están estresados, que no saquemos consultan muy seguido, ellos no quieren aceptarnos como personas diabéticas. Rechazo cultural: tampoco les gusta la forma como nos vestimos, no nos toleran o quizás muy poquito, porque ellos siempre tienen otras costumbres o formas de vestir, de hablar de bailar, de comer. Igualdad y aceptación cultural: hay algunos doctores y enfermeras que son de aquí, con ellos si nos entendemos. Las conclusiones fueron: Las personas adultas mayores con diagnóstico de diabetes perciben indiferencia desapacibilidad, incomprensión, cansancio profesional, rechazo cultural, igualdad y aceptación cultural respecto a la tolerancia intercultural por parte del personal de salud.

Palabras clave: percepción, adulto mayor, diabetes, tolerancia, intercultural.

ABSTRACT

This research type qualitative, exploratory whose objective was: Uncovering and understanding the perception of intercultural tolerance of older adults diagnosed with diabetes. Chachapoyas - 2015". The selection of the working group model samples by chance, saturation and snowball was taken into account. Achieving results in the following units of analysis, indifference we have no patience and despair, also do not care, do not understand us, we do not take much interest, they observed a little indifferent. Desapacibles / misunderstanding: do not understand us; it seems not to your liking the way we dress. Professional Tiredness: some are stressed, that we draw not consult often; they do not want to accept as diabetics. Cultural rejection: you do not like the way we dress, we do not tolerate or perhaps very little, because they always have different customs or ways of dressing, speaking of dancing, eating. Equality and cultural acceptance: there are some doctors and nurses who are from here, if we understand them. The conclusions were: the older adults diagnosed with diabetes desapacibilidad perceived indifference, incomprehension, professional exhaustion, cultural rejection, equality and cultural acceptance regarding intercultural tolerance by health personnel.

Keywords: perception, elderly, diabetes, tolerance, intercultural.

¹Docente Asociado de la Facultad de Ciencias de la salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas; Licenciado en Enfermería; Magister en Educación con mención en Investigación y Docencia, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Correo electrónico: yshoner@hotmail.com.

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, durante los decenios de 1980 y 1990, en el marco del proceso de globalización y sus repercusiones, han surgido y se han consolidado nuevos movimientos sociales. Comienzan también a hacer sentir su presencia los movimientos y organizaciones indígenas. (OPS, 2013).

La OPS (2013), considera que la incorporación del enfoque intercultural puede efectivizarse mediante sistemas de autorización y acreditación con criterios de interculturalidad, la elaboración de protocolos para intervenciones culturalmente apropiadas, y el desarrollo de modelos de buenas prácticas interculturales de atención.

Según las Naciones Unidas (ONU), estamos viviendo en medio de la longevidad silenciosa, sin precedentes en la historia de la humanidad con el aumento de personas adultas mayores, es decir, los de 60 años y más, esto implica, que el género humano envejece. (MIMDES, 2014).

Se calcula que la población total del mundo está creciendo a una tasa de 1,2% anual, mientras que la población de personas adultas mayores crecerá 3,1 % en el período 2010 – 2015, siendo el aumento mayor en los países en desarrollo. Entre los años 2000 y 2050 aumentarán más del doble en todo el mundo, pasando del 10% al 22%. En sólo 100 años (1950-2050), la población mundial, prácticamente se cuadruplicará y el número de personas adultas mayores habrá aumentado 10 veces. (OMS, 2009).

Los países de América Latina y el Caribe comparten tendencias demográficas similares y se calcula que aumentará del 8,2%. Que representó en el año 2000, al 15% en el 2025 y al 24% para el 2050, de tal manera que una de cuatro personas tendrá 60 años y más. (OMS, 2012).

En América Latina y el Caribe, de la población total existente 45 millones de personas corresponde a personas indígenas y con diversidad cultural (multilingüe, multiétnica y multicultural), existentes en 24 países con 400 pueblos diferentes. Representa el 6% de la población total de las Américas, el 10% de la población total de América Latina y el Caribe y el 40% de la población rural de América Latina. (OPS, 2013).

En el Perú existen algunas de las lenguas nativas como el Quechua y Aymara en los Andes. De acuerdo con el I Censo de Comunidades Indígenas, existen 8'793,295 de personas que pertenecen a pueblos indígenas. Los pueblos indígenas, o pueblos originarios están organizados como comunidades campesinas en la sierra y como comunidades en la

Amazonía que hablan un idioma distinto del castellano y encuentran graves situaciones que les impide ejercer los derechos humanos más elementales, como el de la salud, educación, justicia, etc. Las instituciones públicas y servicios públicos que debe prestar el Estado peruano no les llegan aun cuando: "El Estado respeta la identidad cultural de las comunidades campesinas y nativas", sus lenguas originales son parte de tal identidad. (INEI, 2015).

Según datos oficiales, existen en el Perú alrededor de 72 grupos étnicos (65 en la Amazonía, y los siete restantes principalmente en la región andina), clasificados en 14 familias etnolingüísticas; en su mayoría, esos grupos están organizados como comunidades campesinas (5 069 en el área andina) y comunidades nativas (961 en la Amazonía) (1, 2). Hay también unos pocos pueblos indígenas que los organismos oficiales consideran en situación de "aislamiento voluntario" o de "contacto inicial". Desde luego, las fronteras entre las culturas son siempre porosas y dinámicas por lo que muchas veces resulta difícil determinar quién es indígena y quién no lo es. Se estima que la población indígena en el Perú representa alrededor de 40% del total aproximado de 28 millones de habitantes. (INEI, 2015).

El personal de salud posee en general una limitada competencia en materia intercultural, y es difícil retenerlo en las zonas rurales. Por otra parte, aunque la asistencia sanitaria suele ser gratuita para las comunidades campesinas y nativas, las barreras geográficas dificultan el acceso a los servicios, cuyos costos incluyen, en un análisis riguroso, gastos de transporte, alimentos, alojamiento y medicamentos, así como desamparo familiar y pérdida de días laborables. A ello se añaden deficiencias en el suministro de medicamentos, diferencias en aspectos culturales y en el equipamiento sobre todo en las zonas de más difícil acceso.

En el Perú, según el Censo Nacional (2007): XI de Población y VI de Vivienda tiene una población total de 28'220,764 habitantes, de ellos 9.1% (2'495,643) representa a los adultos mayores con una proyección para el 2015 de 12%. La expectativa de vida a nivel nacional está en aumento, así en el año 2000 fue de 72 años, alcanzando 76 años en el 2007. (OMS, 2012).

Así mismo, en el Perú existe una población amazónica con una diversidad y complejidad cultural, tal es así que en los departamentos de la Amazonía existe 13 familias etnolingüísticas distribuidas en 40 grupos étnicos. Espacio territorial con mayor presencia indígena, con 32 grupos étnico correspondientes a 10 familias etnolingüísticas; existe una población indígena de 121,789 habitantes, (10,8%) de la población amazonense. (Defensoría del

pueblo, 2013).

Los pueblos indígenas durante siglos han evidenciado sus experiencias relacionadas con la naturaleza con respecto a sus conocimientos y prácticas sobre medicina amazónica para su sobrevivencia. (Defensoría del pueblo, 2013).

En la Región Amazonas, desde su descubrimiento ha existido siempre una diversidad cultural, tal es así por ejemplo que los hombres: la vestimenta se elaborada con algodón; las prendas preferidas eran las camisetas, los bragueros y unas mantas vetadas de colores; en los molledos de los brazos usaban abolorios de hueso o concha y las mujeres se cubrían con una mantilla pequeña, que la llevaban ceñida bajo el ombligo hasta medio muslo; traían una faja angosta a manera de chumbe, para cubrirse los pechos; se ataban en las corvas, por encima de las pantorrillas, muchas vueltas de cuenta de chaquira; los abolorios los llevaban tan apretados, que cuando se los sacaban, quedaba una señal de cuatro dedos de ancho muy hondo. De igual modo el 34% de la población total de Amazonas utilizan diferentes tipos de medicina tradicional y rituales para el tratamiento de las enfermedades. Existen comunidades nativas en las provincias de Bagua y Condorcanqui habitan en los distritos selváticos de Bagua, Aramango e Imaza. Poseen su propio idioma y dialecto y una singular artesanía. Son representantes de este grupo humano los aguarunas y los huambisas y representan el 23% de la población total del Departamento de Amazonas y el 6% corresponde a personas adultas mayores. (INDES, 2015).

El presente trabajo de investigación se realizó motivado a la existencia de marcados diferentes con respecto a la tolerancia intercultural en los servicios de salud, se hace necesario realizar investigación en éste aspecto a objeto de explorar Las razones que conducen a ésta experiencia; este problema se evidencia en todas las instancias en donde existen establecimientos de salud. Por el contrario, se estima que es necesario conocer y cultivar la interculturalidad, que se basa en el reconocimiento de los derechos de todas las culturas y en la búsqueda de lograr la convivencia pacífica entre las personas adultas mayores. Aplicar la estrategia de Interculturalidad y nos queda a las Universidades apoyar en la implementación. En Chachapoyas, en la actualidad se ha evidenciado la existencia de ciertas costumbres natas, que desde siglos se viene cultivando en todos los aspectos socioculturales.

En tal sentido se pretende contribuir a develar y comprender la tolerancia intercultural por parte de los profesionales de la salud e intentar mejorar el cuidado de las personas adultas mayores con

diagnóstico de diabetes, en tal sentido servirá para proporcionar información actualizada a los profesionales de la salud y ayudará al análisis por los trabajadores del sector salud, ya que los resultados obtenidos por el estudio serán proporcionados a los establecimientos de salud del MINSA y EsSalud de Chachapoyas ya que de alguna manera serviría como referencia para tomar algunas decisiones con respecto a la problemática expuesta para buscar la motivación de los profesionales a la búsqueda de la atención en salud a éste grupo étnico con calidez teniendo en cuenta la diversidad de culturas...; así mismo, se espera que esta investigación sirva de guía para otras investigaciones; otro aporte también sería: implementar y ejecutar capacitaciones permanentes sobre interculturalidad en la atención de salud en las personas adultas mayores a nivel de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) y en la Facultad de Ciencias de la Salud de las diversas Universidades que se implemente dentro de sus experiencias curriculares ejes temáticos en el tema en mención, considerando que en nuestro país existen una diversidad cultural. Se pretende de igual modo contribuir para la aplicación de estrategias de interculturalidad y apoyar en la Universidad en la implementación, sensibilizar a los estudiantes de las ciencias de la Salud a no olvidar las raíces culturales de nuestra localidad.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo y diseño de contratación de la hipótesis.

El presente estudio de investigación es de naturaleza cualitativa exploratoria. (OPS, Do Prado, et, al., 2000).

Éste método busca comprender la realidad social que se construye de manera subjetiva entre los sujetos; por lo tanto las relaciones entre las variables son múltiples y complejas. La investigación cualitativa es por tanto, aquella que utiliza preferentemente o exclusivamente información de tipo cualitativo y cuyo análisis se dirige a lograr una comprensión detallada y profunda de los fenómenos estudiados. (OPS, Do Prado, et, al., 2000).

Población y Muestra.

La población estaba constituida por todas las personas que tienen el diagnóstico médico de diabetes mellitus de Chachapoyas. Para la selección del grupo de trabajo se tuvo en cuenta el modelo de las "Muestras por oportunidad, saturación y bola de nieve" que consiste en considerar los casos que de manera fortuita se presentan al investigador, justo cuando éste los necesita; de personas adultas mayores

con diagnóstico médico de diabetes y que se reúnen por algún motivo ajeno a la investigación y se realizarán preguntas hasta llegar a repetirse las respuestas de las entrevistadas, haciendo un total de 16 personas; (OPS, Do Prado, et. al., 2000).

Teniendo en consideración que la investigación tiene un enfoque de tipo cualitativo, las unidades muestrales fueron determinadas a través del muestreo no probabilístico intencionado; (Creswell, 2009).

Métodos, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos:

Método: Exploratorio. (OPS, Do Prado, et. al., 2000).

Técnica: La entrevista. (OPS, Do Prado, et. al., 2000).

Instrumentos de Recolección de Datos: Se utilizó la entrevista a profundidad semi estructurada.

Análisis y Procesamiento de la Información:

Se realizó mediante dos etapas: etapa de trabajo de campo, en la que se recolectó la información necesaria y la etapa analítica donde se verifica la información y se identifican las unidades de análisis y su significado.

III. RESULTADOS

Descripción de las unidades de análisis:

Una vez obtenida la información, a continuación se describen las unidades de análisis:

Unidades de análisis	Cantidad de adultos mayores
Indiferencia	2
Desapacible/incomprensión	2
Cansancio profesional	3
Rechazo cultural	5
Igualdad y aceptación cultural	4
Total	16

Indiferencia: pareciera que a veces no nos tienen paciencia y se desesperan, también no les importa; no nos entienden; no le toman mucho interés, quizás que

no lo valoren; se les observa un poco indiferentes. Desapacible/incomprensión: piensan que nosotros no nos cuidamos bien con la dieta y es fastidioso para ellos, algunos no quieren que consumamos eso; no nos entienden. Pareciera que no sea de su agrado la forma como nos vestimos. Cansancio profesional: algunos están estresados es que en el seguro hay poco médico especialista, que no saquemos consultan muy seguido porque dicen que ellos nos dan tratamiento para un mes; ellos no quieren aceptarnos como personas mayores y con diabetes. Rechazo cultural: tampoco les gusta la forma como nos vestimos...desde niños tenemos nuestra propia forma como nos vestimos; no nos toleran o quizás muy poquito, porque ellos siempre tienen otras costumbres o formas de vestir, de hablar de bailar, de comer... No nos toleran como somos; Me dijeron que no tome esas yerbas porque me va hacer daño para la diabetes. Igualdad cultural/aceptación cultural: hay algunos doctores y enfermeras que son de aquí, con ellos si nos entendemos.

IV. DISCUSIÓN

Indiferencia: "Pareciera que a veces no nos tienen paciencia y se desesperan, También no les importa, No nos entienden.No le toman mucho interés, quizás que no lo valoren.Se les observa un poco indiferentes." Esto sucede por la falta de interés que el personal de salud ofrece la atención a las personas adultas mayores diabéticas, por la falta de tiempo tal vez, porque realmente el personal de salud deberá estar preparado para brindar una atención muy personalizada y respetando sus costumbres y creencias.

La Organización Panamericana de la Salud (2013), La interculturalidad en salud, se entiende como la capacidad de actuar entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes, con respecto a la salud, la enfermedad, la vida, la muerte y otros aspectos biológicos, sociales y relacionales, entendidos como la dimensión espiritual y cósmica de la salud. Es la forma de organizar los servicios para lograr el respeto a todas las culturas y alcanzar el reconocimiento de la diversidad cultural. (OPS, 2013).

Efectivamente al contrastar con los resultados obtenidos se evidencia que para brindar una atención en salud respetando y considerando la interculturalidad el personal de salud tiene que conocer y actuar de manera aceptable con ese bagaje de costumbres y creencias para incrementar también la aceptabilidad por parte de las personas y para elevar el compromiso de cumplir en muchos casos con los tratamientos, que se acepten los que de rutina en muchos casos utilizan para el tratamiento de sus

enfermedades pero para ello es necesario también que el personal de salud se encuentre capacitado en el conocimiento de la medicina alternativa que hoy en día es prioridad también usarlo.

Por su parte, Thompson (2014), refiere que la interculturalidad es el encuentro entre diferentes culturas, a partir del contacto entre comunidades con diferentes sistemas sociales y culturales en un tiempo y un espacio determinados, presupone la interacción entre distintas culturas identificadas, como condición necesaria para que exista un reconocimiento. Propicia la convivencia entre distintos grupos culturales en un mismo territorio. Relación entre las personas, con transmisión de saberes en forma intergeneracional. Surgen de la experiencia de individuos de distintos orígenes culturales, haciéndose visible los elementos verbales y no verbales del comportamiento social. La salud forma parte de la vida cotidiana de las personas en correspondencia con su realidad sociocultural.

Al respecto se deduce que cuando se habla de interculturalidad según los resultados obtenidos que las personas adultas mayores generalmente perciben que existe indiferencia por parte del personal de salud al momento de su atención o en el contacto con los mismos, entonces, debemos no solo referirnos a la meta de las relaciones más armónicas entre las distintas culturas que coexisten en nuestro país sino también al reconocimiento de que existe conflicto entre las mismas y que estas relaciones conflictivas son una traba para el desarrollo del país.

Desapacible/incomprensión:

“Piensan que nosotros no nos cuidamos bien con la dieta y es fastidioso para ellos. Algunos no quieren que consumamos eso. No nos entienden. Pareciera que no sea de su agrado la forma como nos vestimos.” Esto sucede porque en su gran mayoría las personas adultas mayores y con diagnóstico de diabetes son la que se encuentran más susceptibles ante una percepción negativa o positiva, inclinándose más por la primera. Son las personas más conservadoras de las costumbres y culturas propias de cada región o localidad del país, y perciben con constancia siempre que el personal de salud los trata con indiferencia tal vez, o de una manera desatenta por la falta de comprensión que se le deberá tener y por el respeto y la consideración de su propia cultura.

Fadiman, (2015); sostiene que esta posibilidad puede ser difícil de afrontar por las enfermeras, pero un cuidadoso análisis de la información disponible parece indicar que, en parte, esto sea lo que esté ocurriendo. ¿Cómo cambiarán los profesionales de enfermería su método de trabajar y proporcionar cuidados efectivos y adecuados a los pacientes y al mismo tiempo a la población en general? La respuesta a esta pregunta no es fácil, algunos creen

que no lo estamos consiguiendo. Un alto número de medidas pueden ser tomadas para mejorar la actual situación. El cuidado Cultural y la preparación educativa que lleven hasta aquí es un proceso, que se convierte en un modo de vida que debe ser reconocido como tal.

Al contrastar se puede ver que la percepción de desapacible y la falta de comprensión durante la atención por parte del personal de salud se exploración de la herencia cultural propia es realizada, el reconocimiento de las necesidades culturales de los otros es más frecuente y comprensible. Esto se consigue utilizando el paraguas de las tradiciones en salud como punto de entrada.

Cansancio profesional

“Algunos están estresados es que en el seguro hay poco médico especialista...que no saquemos consultan muy seguido porque dicen que ellos nos dan tratamiento para un mes. Ellos no quieren aceptarnos como personas mayores y con diabetes...”

Según Leiton (2015); cada vez existe mayor consenso en considerarlo al síndrome de “burnout” como una respuesta al estrés laboral crónico y también suele ocurrir a menudo sobre todo en el intercambio de costumbres con las personas adultas mayores y también es una experiencia subjetiva que agrupa sentimientos, cogniciones y actitudes.

Al respecto se percibe que son las personas adultas que perciben el estrés del personal de salud, en las interacciones, efectivamente, se constata con la presente información que siempre existe esto y se manifiesta como una intolerancia intercultural, es que en este caso son hipersensibles sobre todo al maltrato en la atención con las personas adultas mayores diabéticas, en tal sentido, las instituciones de salud deberían identificar y tratar a estas personas para evitar la percepción negativa por las personas.

Rechazo cultural

“Tampoco les gusta la forma como nos vestimos...desde niños tenemos nuestra propia forma como nos vestimos...no nos toleran o quizás muy poquito, porque ellos siempre tienen otras costumbres o formas de vestir, de hablar de bailar, de comer...No nos toleran como somos. Me dijeron que no tome esas yerbas porque me va hacer daño para la diabetes. Pero no quieren que consuma eso.”

Thompson, (2014); cita que la interculturalidad es el encuentro entre diferentes culturas, a partir del contacto entre comunidades con diferentes sistemas sociales y culturales en un tiempo y un espacio determinados, presupone la interacción entre distintas culturas identificadas, como condición necesaria para que exista un reconocimiento.

Propicia la convivencia entre distintos grupos culturales en un mismo territorio. Relación entre las personas, con transmisión de saberes en forma intergeneracional.

Contrastando con los resultados según las manifestaciones de los entrevistados, sí encontramos una similitud, porque existe el rechazo cultural y más aún hacia las personas adultas mayores diabéticas, porque en la mayoría de trabajadores de salud no están preparados académicamente como tratar o aceptar a las personas con sus diversas costumbres, enfermedades, su modo de comunicarse, de vivir, de usar la medicina alternativa, en este caso para el tratamiento de la diabetes. Las personas adultas mayores perciben que no se les tolera como tal y con su diversidad de costumbres y creencias.

Igualdad cultural/aceptación cultural

“Hay algunos doctores y enfermeras que son de aquí, con ellos si nos entendemos.”

Goodenough, (2013). La cultura de una sociedad consiste en todo aquello que conoce o cree con el fin de operar de una manera aceptable sobre sus miembros. La cultura no es un fenómeno material: no consiste en cosas, gente, conductas o emociones. Es más bien una organización de todo eso. Es la forma de las cosas que la gente tiene en su mente, sus modelos de percibir las, de relacionarlas o de interpretarlas.

Generación de hipótesis, explicaciones y teorías

La percepción sobre la tolerancia intercultural de las personas adultas mayores diabéticas, frente a la atención que reciben de los profesionales de la salud, está relacionada a la atención que reciben los mismos como parte de un entorno sobre la atención de su salud por tener el diagnóstico de una enfermedad crónica que en muchos casos se ve influenciada por la intolerancia intercultural, configurándose así en términos de indiferencia, incomprensión, fastidio, incomodidad, cansancio, rechazo y también la aceptación por parte del personal de salud nacidos en el mismo lugar de procedencia. La percepción sobre la tolerancia intercultural, no está siendo apoyada por el escenario donde se atienden las personas adultas mayores y es el personal de salud quien debería estar capacitado en la atención integral de la persona pero además, con conocimiento y/o entrenados interculturalmente. El personal de salud, debería estar preparado para poder brindar sus servicios en cualquier parte del Perú, respetando su cultura propia de las personas de cada lugar; considerando además que nuestro país es pluricultural.

V. CONCLUSIONES

La percepción de las personas adultas mayores con diagnóstico de diabetes respecto a la tolerancia

intercultural es de indiferencia, desapacibilidad, incomprensión, cansancio profesional, rechazo cultural, igualdad y aceptación cultural.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baubock Sandhusen Richard, (2014). Interculturalidad y tolerancia, Primera Edición. Editorial Continental. Pág. 103.
- Boas Pepper, Leddy, (2015). Cultura, multiculturalidad y tolerancia en la atención de salud. 3era. Edición. Editorial OPS J. B. Lippincott Company, 1989. Págs. 22, 23, 36 y 37.
- Castrillón Pérez, Mabel, (2013). Análisis de la interculturalidad. 3era. Edición. Editorial Gráficas Muriel S. A. Pág. 56.
- Defensoría Del Pueblo, (2013). La salud de las comunidades nativas: un reto para el estado. Informe defensorial. 1era. Edición. Pág. 134.
- Fadiman Alligow, Martha, (2015). The Spirit Catches You And You Fall Dawn. 1era. Edición. Editorial. Editorial Mc Graw Hill. Págs. 75, 76 y 77.
- Giddens Stanton William, (2015). Fundamentos de Marketing, 13va. Edición. Editorial Interamericana. Pág. 114.
- Hernández Sampieri Roberto, (2010). Metodología de la Investigación. 5ta. Edición. Editorial Mc Graw Hill. Págs. 300, 304, 392 y 396. De 421 a 470.
- Leitón Espinoza, Zoila Y Gómez Lujan María Del Pilar, (2015). El cuidado singular durante el envejecimiento y la vejez. 1era. Edición. Editorial Universitaria de la Universidad Nacional de Trujillo. Págs.: 11, 12, 13, 16 y 17.
- Marrinertomey, Ann Y Railealligow, Martha (2013). Modelos y Teorías en Enfermería. 4ta. Edición. Editorial Harcourt Brace España. Pág: 57.
- Thompson Guillen, Charles, (2014). Marketing cultural. Sexta Edición. Editores S.A. Pág. 152.
- Tubino, (2014). La cultura como parte del ser humano. 2da. Edición. Editorial Interamericana. Págs. 25, 27 y 46.
- OMS, (2012). Situación de las personas adultas

mayores // disponible en
<http://www.oms.gob.pe>. Accesado:
28/10/2014.

OPS, (2013). Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas // disponible en <http://www.ops.gob.pe>. Accesado: 28/10/2014.

UNESCO, (2013). Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas // disponible en <http://www.ops.gob.pe>. Accesado: 28/10/2014.

MIMDES, (2014). Enfermería Global; Rol de la Enfermería intercultural; <http://www.v.a.cl/rpp/comunicados/abril03/anexos/descensodirectora,enfermera.htm>; 2002. Accesado: 28/10/2014.

INEI, (2015). Población intercultural en el Perú. <http://www.inei.gob.pe>. Accesado: 28/10/2015.

INDES, (2015). Población intercultural bilingüe en el Perú y el mundo. Situación de los adultos mayores. <http://www.indes.gob.pe>. Accesado: 28/10/2015.