

Nivel de Competencia Intercultural en estudiantes de Ciencias de la Salud desarrollada en práctica clínica

DEBBIE ÁLVAREZ-CRUCES^{1,a,3,b}, JUAN MANSILLA-SEPÚLVEDA^{2,c},
ALEJANDRA NOCETTI-DE-LA-BARRA^{3,d}

Intercultural competences achieved by health sciences students during the clinical practice

Background: During their clinical practice, health Sciences students get acquainted with the cultural diversity of patients and learn to deal with this reality in a model of social learning. **Aim:** To determine the level of Intercultural Competence in Health Sciences students based on the Confrontation, Resistance, and Cultural Openness (CRAC) model, specific for health professionals. **Material and Methods:** Semi-structured interviews were conducted with 106 Health Sciences students from three universities in Chile. Content analysis was supported by the software ATLAS.ti version 9. **Results:** The students progressed through the CRAC model and were able to configure a new level called Cultural Understanding, in which the participants innovated care models and offered new therapeutic schemes with cultural relevance. In addition, a fifth level called Cultural Inclusion was proposed. However, a training process with a marked theoretical/scientific emphasis can overshadow the learning process resulting from reflexive practical experience, reducing its real value such as traditional/ancestral medicine. **Conclusions:** The students were able to update the Confrontation, Resistance, Openness, Understanding and Intercultural Inclusion Model. The features of those participants who achieve the highest levels of intercultural competences should be explored and used for the training process.

(Rev Med Chile 2023; 151: 237-249)

Key words: Cultural Competency; Education; Healthcare Disparities; Learning.

La movilidad humana ha aumentado al doble en comparación a las estimaciones del año 1990¹. En Chile, la población extranjera aumentó de 0,81%, en 1992 a 7,5%, en 2021². Por esta razón, organismos nacionales^{3,4} e internacionales^{5,6} han enfatizado la importancia de desarrollar Competencia Intercultural en estudiantes de

Ciencias de la Salud para brindar una atención con pertinencia cultural.

En Estados Unidos, a pesar del intenso debate conceptual^{7,8}, los constructos Competencia Cultural y Competencia Intercultural se continúan utilizando como sinónimo en el contexto sanitario^{9,10}. No obstante, cada vez existe más respaldo teórico

¹Departamento de Patología y Diagnóstico, Facultad de Odontología, Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

²Facultad de Educación, Universidad Católica de Temuco. Temuco, Chile.

³Facultad de Educación, Universidad Católica de la Santísima Concepción. Concepción, Chile.

^aEnfermera y Cirujano Dentista. Magister en Educación Superior.

^bBecaria ANID de Doctorado en Educación.

^cProfesor de Estado en Historia, Geografía y Educación Cívica. Magister en Desarrollo Regional y Local. Doctor en Filosofía y Letras.

^dProfesora de Biología. Magister en Administración Educacional. Doctora en Educación y Sociedad.

Trabajo no recibió financiamiento. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido el 4 de marzo de 2022, aceptado el 15 de mayo de 2023.

Correspondencia a:
Debbie Álvarez Cruces.
Avda. Roosevelt 1550,
Concepción.
debbiealvarez@udec.cl

de que el término más apropiado es Competencia Intercultural, ya que pone énfasis en el reconocimiento de las propias diferencias culturales para la comprensión y respeto por el otro^{11,12,13}.

La primera definición, planteada por Cross, indica que Competencia Cultural es “un conjunto de comportamientos, actitudes y políticas congruentes que se unen en un sistema, agencia o entre profesionales y permiten que dicho sistema, agencia o profesionales trabajen de manera efectiva en situaciones interculturales”¹⁴. Esta descripción es la más utilizada hasta hoy, independiente del constructo del cual se hable^{12,13}.

En Canadá, Estados Unidos, Inglaterra y Australia, la formación en Competencia Intercultural es un parámetro de acreditación institucional^{15,16}. En cambio, en Latinoamérica ha sido escasamente abordado¹⁷ y, en Chile, las iniciativas responden a necesidades contextuales más que a una política o normativa curricular deliberada^{18,19,20}.

En las diversas actividades de práctica clínica, el estudiantado conoce la diversidad cultural, en la que creencias, costumbres y religiones influyen en las decisiones que el paciente toma ante el proceso de salud/enfermedad^{21,22}. Esto genera reacciones de incertidumbre, angustia e incomprensión que se traducen en un choque cultural en aquellos que no han recibido la instrucción adecuada^{23,24}. Además, en este contexto, se propicia un aprendizaje situado, experiencial y vicario, puesto que, el estudiantado observa e imita las prácticas de

atención de salud de diferentes actores, siendo la del profesional/docente guía clínico la que más influye como modelo a seguir^{25,26}.

En Chile, se reporta que algunas prácticas de atención hacia la población inmigrante tienen características de discriminación, racismo, xenofobia y clasismo^{27,28}. Por consiguiente, el aprendizaje social podría ser positivo al observar una atención sanitaria inclusiva con perspectiva cultural o negativa cuando se aprecia discriminación o una atención etnocéntrica, lo cual no promovería el enfoque de derechos humanos e inclusión que demanda la actual política de salud de migrante internacional^{3,5}.

El modelo de Competencia Cultural de Cross permite establecer el nivel en que se encuentra un profesional, institución o sistema dentro del continuo, al evaluar cómo se da respuesta a las necesidades culturales del individuo durante la atención¹⁴. Utilizando este modelo como parámetro, Álvarez-Cruces et al. propusieron el Modelo Confrontación, Resistencia y Apertura Cultural (Modelo CRAC) para determinar cómo los profesionales sanitarios respondían a las necesidades culturales de los pacientes. No obstante, se observó que el máximo nivel alcanzado fue de Apertura Cultural que se corresponde con el de Pre-Competencia Cultural planteado por Cross, quedando dos niveles más por conseguir en el Modelo CRAC (Figura 1)²³. Por este motivo, se planteó la preocupación y desafío de indagar el nivel que alcanza

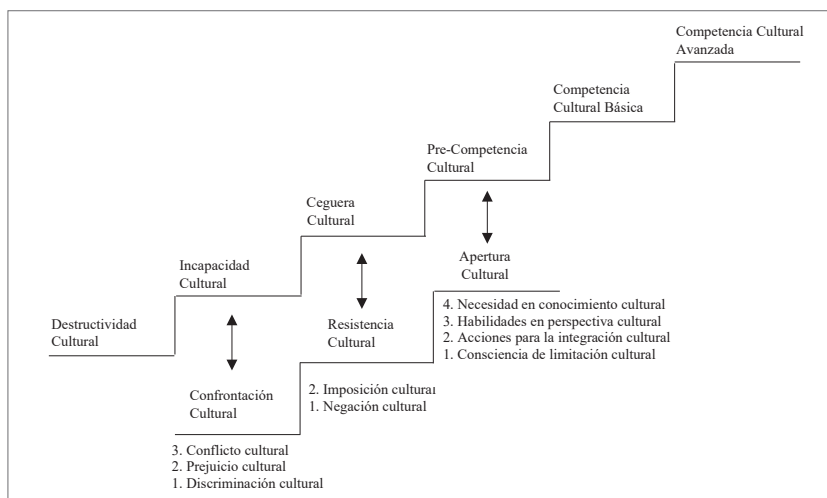


Figura 1. Comparación del Modelo de Competencia Cultural de Cross (arriba) con el Modelo Confrontación, Resistencia y Apertura Cultural (CRAC) (abajo). Fuente: Álvarez-Cruces et al., 2021, p. 4.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión de los participantes

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
a) Estudiantes de Ciencias de la Salud de último año de formación o internado de las carreras de enfermería, farmacia, kinesiología, medicina, nutrición, obstetricia y odontología	a) Estudiantes con carreras previas en el área de las Ciencias Sociales
b) Estudiantes que hayan presenciado o atendido a pacientes extranjeros/inmigrantes en las diversas actividades de práctica clínica durante su formación	b) Estudiantes con carreras previas en Ciencias de la Salud y que hayan ejercido profesionalmente
	c) Estudiantes inmigrantes/extranjeros

el estudiantado de Ciencias de la Salud, ya que el aprendizaje vicario podría reproducir y mantener el mismo nivel conseguido por los profesionales de la salud. Por lo cual, se parte del supuesto de que el estudiantado alcanzará el mismo nivel que sus modelos.

En consecuencia, el objetivo del estudio fue determinar el nivel de Competencia Intercultural en estudiantes de Ciencias de la Salud en base al Modelo CRAC.

Material y Métodos

Estudio cualitativo con enfoque interpretativo/hermenéutico²⁹. El diseño es un estudio de caso múltiple³⁰ que incluyó a tres universidades de diferentes localidades de Chile. Se utilizó un muestreo por intensidad³¹, por lo que se entrevistaron a 106 estudiantes de último año de formación o internado de las carreras de enfermería, farmacia, kinesiología, medicina, nutrición, obstetricia y odontología para conocer e interpretar la expe-

riencia desarrollada con pacientes inmigrantes en las diferentes actividades de práctica clínica y, en base a esto, establecer en nivel de Competencia Intercultural en que se encontraban según el Modelo CRAC. Los criterios de inclusión y exclusión se detallan en la Tabla 1.

Se envió un correo electrónico masivo a aquellos estudiantes que cumplieran con los criterios anteriores y las entrevistas la realizó la autora principal de esta investigación por medio de la plataforma institucional de *zoom*, previa firma del consentimiento informado.

Se desarrolló análisis de contenido de tipo inductivo con el que se obtuvo categorías y dimensiones, apoyado del *software* ATLAS.ti versión 9.

Esta investigación se desprende de una tesis doctoral que cuenta con la aprobación de dos Comité Ético Científicos acreditados del Servicio de Salud de Concepción y Talcahuano. Las instituciones educativas involucradas fueron invisibilizadas con el propósito de no estigmatizar a los implicados.

Tabla 2. Caracterización de los participantes

Universidad Carrera	Institución 1	Institución 2	Institución 3
Enfermería	7	8	1
Farmacia	NP	10	NP
Kinesiología	7	8	6
Medicina	9	8	NP
Nutrición	8	8	6
Obstetricia	NP	9	1
Odontología	NP	10	NP
Total	31	61	14

Nota: NP: No presenta.

Tabla 3. Citas que respaldan el análisis de datos para cada etapa del Modelo CRAIIC

Nivel	Cita
Confrontación cultural	
1. Discriminación cultural	<p>“Generalmente, son pre-atención, cuando uno sabe que va a venir el paciente. Ahí nos ha tocado, o sea, me ha tocado ver que los doctores, en general, por ejemplo, más que nada con los pacientes haitianos, que no los quieren atender, porque saben que va a ser un... va a ser complicado, así que no lo van a entender.” (HM1-1)</p> <p>“Yo creo que todos en algún momento hemos caído en eso, yo igual hago el mea culpa, en algún momento también debí haber caído en reírme quizás en algo que no me debería haber reído. Pero, ¿qué es lo que puedo hacer ahora? Mejorar y tratar de no volver a cometer ese error y tratar de contribuir, obviamente en mejorar eso, que es en lo que intento trabajar diario.” (HE4-1)</p>
2. Prejuicio cultural	<p>“Sí, pero ha sido como la vez, escuché en parto que, no me acuerdo si era una compañera o una niña recién egresada, que decía, voy a decir la frase tal cual la decía, había que tener cuidado cuando atendíamos en el parto a una boliviana, porque siempre llegaban muy hediondas, que las bolivianas eran hediondas así que había que tener ojo ahí.” (MOB1-3) “(...) somos muy excluyentes, somos muy prejuiciosos también. Entonces, cuando vemos algo extraño, algo que no es a lo que nosotros estamos acostumbrados, juzgamos muy fácil. Entonces el niño decía: “no, no quiero comer” y decían: “ah, cabro regodeón” o “qué es mañoso, no le gusta nada”. Pero no saben que en sus casas su cultura es distinta, porque es venezolano, no conocen su estructura familiar, su estructura de alimentación.” (MN2-2)</p>
3. Conflicto cultural	<p>“Una vez me tocó una mujer que se bajó de la camilla, se sentó en el suelo, y no quería levantarse, y no quería que monitorizáramos a su bebé, y en ningún momento pudimos monitorizar bien a su bebé, y ella, eh, tenía una cesárea anterior, entonces igual era importante saber cómo reaccionaba su bebé al trabajo de parto.” (MOB7-2)</p>
Resistencia cultural	
1. Negación cultural	<p>“Entonces, atenderlos, igual era como un poco chistoso y tragicómico en realidad, porque las costumbres son muy distintas po’ (sic). Una señora me dijo que comía frijoles negros con arroz en la mañana y para mí eso es un almuerzo y entonces, yo decía, la pregunta instintiva es: “¿y a qué hora toma desayuno?” y es como: “no, a las 9 de la mañana” y era como: “¿comió eso?”, en mi mente obviamente, porque no le iba a decir eso a la persona: “¿y esto comió de desayuno?”, no po’ (sic). Entonces uno anotaba eso pero así con cara de poker face, pero igual uno se escandaliza un poco [risas]” (MN2-2)</p>
2. Imposición cultural	<p>“(...) es complicado, porque al final uno siempre quiere como enfermera –mea culpa- imponer, quizás decir: “no, está mal, hágame caso a mí, yo sé lo que es mejor para usted”; quizás todavía tenemos ese concepto de paternalismo todavía en cuanto a la educación que tenemos con el paciente, de que: “haga lo que yo sé, haga lo que yo le digo” (ME2-1)</p>
Apertura cultural	
1. Consciencia de limitación cultural	<p>“(...) cuando me pasó [la primera vez que atendió a paciente inmigrante] me sentí como “pu-cha no soy competente”, así como “¿qué hago? no sé, no sé qué decirle, no sé hablarle” y como que entré en un colapso y empecé a hacerle mímica y mucho lenguaje no verbal. Quizás era mucho más simple ser muy sincera y decirle: “mire, como no hablamos el mismo idioma, espéreme” y buscar en el celular las palabras y preguntarle. Yo creo que hubiera sido una mejor atención... quizás no mejor, pero una atención más fluida, porque de verdad que yo me veo hacia atrás y me da mucha risa porque era como muy ridícula, así como: “duele” “diente” “mejilla” “cara”. Quizás si hubiera tenido algún tipo de preparación previa hubiera reaccionado con más calma.” (MO1-2)</p>
2. Acciones para la integración cultural	<p>“Durante mis prácticas en farmacia privada y asistencial, eh, me tocó atender a pacientes, eh, de origen haitiano, ya? fuesen adultos, eh, mamás con sus bebés, embarazadas o gente ya más de edad. Entonces, en cierta forma, eso me motivó, eh, para poder generar mayor inclusión (...) Entonces, me fijaba que así como iban chilenos y venezolanos a comprar desinfectantes, también lo hacían los haitianos. Entonces, pensé, si ellos también tienen que comprar cosas de aseo, pero ¿quizás no lo sabrán usar?, ¿quizás nadie le explicó o lo usan como los chilenos, a su pinta, que la mayoría no lo diluyen y lo usan concentrado? Entonces se me ocurrió hacer estos videos en idioma creolé... como bien didácticos” (MF10-2)</p>
3. Habilidades en perspectiva cultural	<p>“(...) más allá de una habilidad, yo creo que es como una virtud, el respeto. Y lo demás, ya son habilidades que vienen siendo el manejo de cada uno, no sé, la confianza que uno se tiene para realizar la labor (...) Lo otro, yo creo que serían las habilidades blandas, la empatía, el ponerse en el lugar del otro, la voluntad de querer hacerlo y la dedicación... eso pienso que puede ser.” (MO7-2)</p>

Continuación Tabla 3

<p>4. Necesidad en conocimiento cultural</p>	<p>“Creo que también sería necesario como incluir un poco más el tema de las influencias culturales. Y no sólo culturales, refiriéndome específicamente a los haitianos o a la población centroamericana, también en nuestra población chilena, el tema por ejemplo de las poblaciones del norte, los Aymaras, o de acá más en la zona central, la parte los Mapuches, ese tipo de cosas. O más al sur, que igual tienen ciertas diferencias, más que nada en creencias, que creo que son necesarias para nosotros como médicos saberlas, y al menos tener un pincelazo de eso previo a nuestra práctica clínica, que uno atiende a un paciente indiferenciado, entonces uno no sabe sus creencias. Sólo se conoce a la gente que es católica, evangélica, y nada más, pero porque es lo más común. Pero obviamente, creo que es importante saber, un médico tiene que saber de todo un poco, entonces... Porque tratamos con personas, y las personas, hay de todo en este mundo (...) Como digo, no sé, por ejemplo, hablar, tener un curso que sea eso, o sea de atención de poblaciones especiales.” (HM2-1)</p>
<p>Comprensión cultural</p>	
<p>1. Conocimiento cultural</p>	<p>“También había una niña, como de 32 años, que se fue hacer el EMPA y, eh, me decía que ellos, para ir al baño comían mucha, mucha papaya, ¿ya?, pero en Venezuela se llama de otra manera. No, no recuerdo el nombre exacto. Pero decía que allá siempre la encontraba en cualquier parte y acá les costaba un mundo encontrar (...) Ese era como su tratamiento frente al estreñimiento, en vez de las verduras que nosotros comemos, ellos comen frutas.” (ME5-1)</p>
<p>2. Aceptación cultural</p>	<p>[consenso simulado] “Ahora, uno puede hacer estas sugerencias [conocimiento científico], aportar con eso, recomendarle ir a un médico siempre, pero si el paciente va a preferir su hierbita...” (HF7-2) [consenso real] “A mí me ha tocado escuchar gente que dice que una médica, la mandó a tomar leche condensada para la diabetes. Entonces, en esos casos, claro, obviamente ahí uno les tiene que decir: “no, eso no se hace”. Pero cuando es algo inocuo, me imagino que también el efecto psicológico influye en el estado de ánimo. Es esa sensación de sentirse cerca de casa. Uno debería, incluso, hasta promover que la gente lo haga, porque la salud es más que lo físico, tiene que ver mucho con la sociedad en que vivimos, mucho con lo psicológico y, como te digo, todas esas cosas que son como remedios de la abuelita o de la mamá, yo me imagino que te deben hacer sentir en casa, te deben hacer sentir protegido, te deben hacer sentir bien y deben, eh, promover tu recuperación, sea cual sea la condición de salud que tengas.” (MK3-3)</p>
<p>3. Respeto cultural</p>	<p>“O sea, no, no porque no esté como la evidencia científica o no se conozca más al respecto hay que despreciar las creencias de las otras personas, o sea, no, no tiene nada que ver, es una falta de respeto al final, el no confiar en lo que dice la persona, porque al final es ella la que está sintiendo, es ella la que sabe si le mejora o no. Incluso si uno le dice: “no, no haga esto porque no sirve”, chuta!, puedo dejar hasta ahí mi terapia y la persona va a dejar de ir a atenderse y va a hacer lo que ella crea.” (MK8-2)</p>
<p>4. Innovación cultural</p>	<p>“Nosotros, los profesionales, nos debemos interiorizar de ellos, en las culturas de los extranjeros que están aquí en Chile. Que nosotros aprendamos también de ellos. Así como uno busca recetas de aquí [de Chile], también buscar recetas de ellos y darles tips u otras alternativas dentro de lo que ellos conocen (...) Personalmente, yo trato de como adaptarme a ellos. Que él no se adapte a nosotros, porque, como le digo, ya viene muy arraigado lo de ellos, de su cultura. Entonces, cuando ellos me dicen que comen lenteja con arroz, yo le digo: “ya, perfecto, coma eso, pero agréguele ensaladita o un poquito menos de arroz”, pero no se lo saco, porque sé que no me van a hacer caso porque quieren tener su misma comida de su país aquí. No podemos nosotros querer que ellos cocinen como nosotros si a ellos no les gusta, ahí es donde nosotros tenemos que adecuarnos a ellos (...) Entonces, quizás, esa comida es lo único que les recuerda o les dé esa conformidad, esa alegría de decir “mi mamá me lo cocinaba” o “esto yo lo hacía”. Entonces, sí es importante no quitarles eso, sino que, todo lo contrario, decirles “ya, si lo come, cómallo, pero coma menos, pero cómallo.” (MN1-3)</p>
<p>Inclusión cultural</p>	<p>“(...) pero yo siento que, más que manejarlo a nivel de salud, debería ser un tema de formación ciudadana, o sea, desde chiquititos uno debería aprender a entender y respetar las diferentes culturas, a desarrollar la tolerancia, que hay que entender al otro. Yo creo que si se logra eso, si todos los niños se forman con esta visión, al llegar a la universidad, no van a tener problemas cuando llegue alguien de otra cultura y le diga ‘no, yo no hago eso’ o ‘no, no se comporte así’. Y esto no solo debería incluir el tema de la migración, podríamos incluir el tema de la perspectiva de género, las discapacidades sensitivas, personas ciegas, personas sordas y que nosotros tengamos esa capacidad de comprender cuáles son las reales circunstancias en las que viven, para poder considerarlas en el tratamiento.” (HM1-1)</p>

Nota: Las citas textuales extraídas de las transcripciones de las entrevistas se identifican de la siguiente manera: la primera letra corresponde al sexo del participante (H: hombre; M: mujer); la segunda, a la carrera (Enfermería: E, Farmacia: F, Kinesiología: K, Medicina: M, Nutrición: N, Obstetricia: Ob y Odontología: O); el primer número es el asignado al participante de la carrera determinada; y el segundo número a la institución a la que pertenece (Institución 1, 2 o 3).

Resultados

La caracterización de los participantes se detalla en la Tabla 2.

En base al análisis e interpretación de las entrevistas se describen los niveles por los que transitó el estudiantado de Ciencias de la Salud según el Modelo CRAC. Las citas que respaldan cada etapa se incluyen en la Tabla 3.

Nivel 1: Confrontación cultural

1. Discriminación cultural: El estudiantado señaló haber presenciado diferentes tipos de discriminación en el personal sanitario, incluidos los profesionales/guías clínicos. Algunos de ellos justificaron este comportamiento debido a la sobrecarga que existe en el sistema. Otros, reconocieron haber tenido alguna actitud discriminatoria, producto de su desconocimiento cultural.

2. Prejuicio cultural: Los participantes presenciaron diferentes opiniones negativas que realizó el personal sanitario hacia la población extranjera, la que se asocia a determinada nacionalidad. Incluso, en el discurso del estudiantado, fue posible verificar conocimiento estereotipado de tipo negativo.

3. Conflicto cultural: La falta de conocimiento cultural ocasionó situaciones de incertidumbre, en el alumnado, por no comprender el comportamiento o decisiones en salud de los pacientes extranjeros. Esto se tradujo en frustración y ansiedad, acompañada de preocupación sobre el estado de salud del paciente.

Nivel 2: Resistencia cultural

1. Negación cultural: La ausencia de conocimiento cultural les produjo un choque cultural inicial que les impidió comprender y reconocer otras maneras válidas de comportamiento en salud. Esto provocó que el conocimiento propio haya tenido mayor validez que el del paciente.

2. Imposición cultural: Dado lo anterior, el estudiantado realizó recomendaciones en salud etnocéntricas, puesto que las consideró más pertinentes por dos razones: para cumplir a cabalidad con el protocolo de atención y por considerar que nuestro sistema de salud es mejor que el del país del origen del paciente.

Nivel 3: Apertura cultural

1. Consciencia de limitación cultural: Las di-

versas emociones experimentadas por el estudiantado les permitió reflexionar y motivó la búsqueda de alternativas para proporcionar una atención de mejor calidad hacia la población inmigrante.

2. Acciones para la integración cultural: El estudiantado, movido por su compromiso y vocación, realizó diversas acciones para proporcionar atención al paciente extranjero. En primer momento, fueron improvisadas, pero las fueron perfeccionando a medida que se hicieron más frecuentes.

3. Habilidades en perspectiva cultural: El estudiantado señaló necesario desarrollar habilidades interpersonales, como la empatía, voluntad, respeto y dedicación para comprender que el paciente extranjero tiene factores biopsicosociales que complejizan su estado de salud/enfermedad.

4. Necesidad en conocimiento cultural: Además de las habilidades descritas, el estudiantado consideró relevante incorporar aspectos culturales en el plan de estudios, de manera obligatoria y progresiva según cada disciplina de la salud, para obtener una visión contextualizada.

Nivel 4: Comprensión Cultural.

Como se mencionó anteriormente, el Modelo CRAC solo pudo establecerse hasta el nivel de Apertura Cultural, quedando dos más por conseguir²³, por lo que este corresponde a un nuevo nivel conseguido por el estudiantado de Ciencias de la Salud, que fue posible de establecer con los resultados emergentes y utilizando como guía el modelo de Cross¹⁴.

El nivel de Comprensión Cultural se logra cuando el conocimiento adquirido permite la aceptación de diferentes perspectivas de vida y opciones terapéuticas distintas a las propias. Este se compone de cuatro etapas, que se detallan a continuación.

1. Conocimiento cultural: Corresponde al conocimiento alcanzado por el individuo sobre pacientes de diversos orígenes culturales. Esto ocurrió producto de las múltiples interacciones con pacientes extranjeros en las diferentes actividades de práctica clínica. Durante este proceso, el estudiantado autogestionó conocimiento de diferentes maneras, como: preguntarles a pares extranjeros, profesionales expertos en el tema o al mismo paciente; buscar en diversas páginas de internet o artículos científicos; participar de charlas o seminarios; entre otras.

2. Aceptación cultural: Etapa en la que el individuo acepta las diferentes costumbres, creencias y perspectivas de vida de los pacientes extranjeros; no obstante, si alguna de ellas no tiene sustento científico, se siente con la necesidad y propiedad de educar con el propósito de evitar algún posible riesgo en el usuario. En este sentido, se da un punto de inflexión, donde algunos desarrollan un consenso simulado, en el que mantienen una actitud de superioridad avalada por la medicina basada en la evidencia versus la medicina tradicional, en la que el individuo verbaliza aceptación de tipo condescendiente. Otros, en cambio, logran un consenso real al reconocer los posibles beneficios de la terapia que utiliza el paciente y sugieren que se debería comenzar a realizar investigaciones al respecto. Estos últimos, logran avanzar a la siguiente etapa.

3. Respeto cultural: Implica ser humilde y lograr un nivel de reflexión profunda, en la que es posible mostrarse a favor de las creencias y costumbres que el paciente utiliza en su proceso de salud/enfermedad, siempre y cuando no ponga en riesgo su vida. Parte del estudiantado logró ver la importancia e implicancia mental, psicológica y afectiva de las prácticas ancestrales que realizaban los pacientes. En este sentido, se reconoce que una enfermedad no solo es física o biológica; sino que abarca otros ámbitos del ser humano que la medicina alopática no cubre.

4. Innovación Cultural: Se advierte en la necesidad de crear nuevos esquemas terapéuticos en los que se consideren los patrones culturales del paciente. Se señala que el único camino viable es desarrollar investigación para proponer enfoques terapéuticos integrales que no solo den respuesta a lo biológico o físico; sino lograr una perspectiva global del paciente.

Nivel 5: Inclusión cultural

Nivel en el que existe un verdadero reconocimiento, incorporación y valoración de las prácticas culturales del paciente para el enriquecimiento de las actuales formas terapéuticas en la atención sanitaria. En este sentido, el estudiantado visualizó lo que sería necesario de gestionar para conseguir este nivel; no obstante, al igual que otros modelos de Competencia Intercultural, resulta complejo lograrlo debido a la variabilidad microcultural.

Discusión

Gran parte de los conocimientos, habilidades y actitudes que el estudiantado ha conseguido para dar atención a la población extranjera la ha desarrollado en las diferentes actividades de práctica clínica que incluye su formación profesional. En algunas de ellas ha habido un modelamiento positivo, donde el equipo de salud y el profesional/docente guía acompaña y orienta; no obstante, a visión de los participantes, las experiencias resultaban ser un desafío para todos. Otros refirieron modelamiento negativo al observar diferentes formas de discriminación en la atención; sin embargo, señalaron que no era un patrón que quisieran replicar. Asimismo, resaltó el nivel de reflexividad conseguido por el estudiantado al percatarse de que también pudieron tener un comportamiento discriminatorio en determinado momento.

Las múltiples interacciones con diferentes nacionalidades le permitió, al estudiantado, adquirir variado conocimiento cultural. Esto confirma la teoría de que los encuentros culturales contribuirían a desarrollar Competencia Intercultural^{32,33}. Empero, la cantidad de encuentros no parece determinar que logren niveles más altos en el modelo. De hecho, manejar ciertas creencias y costumbres podría ocasionar conocimiento estereotipado y mayores prejuicios frente a algunas situaciones que les resultaban desconcertantes, tal como se evidencia en el consenso simulado logrado por algunos participantes en la etapa de Aceptación Cultural. Esto coincide con otros estudios, donde las expectativas de los profesionales y pacientes no concuerdan, generándose desencuentros en la práctica clínica^{34,35}.

Lo anterior podría tener diferentes causas; una, es la ausencia de un proceso formativo formal en Competencia Intercultural, quedando a discreción de aquellos que se motiven con la temática; otra, es que el enfoque de las asignaturas, cuando las hay, parecen resaltar aspectos epidemiológicos, poniendo el foco en las diferencias más que en desarrollar la autoconsciencia cultural; y un tercer factor, que parece ser determinante en esta investigación, es que el actual proceso formativo le otorga un destacado énfasis a la evidencia científica válida ocasionando que el estudiantado lo interprete como un dogma inmutable, bloqueando las posibilidades de desarrollar pensamiento crítico²⁵. Estos motivos generaron que el alumnado

tuviera la tendencia a retroceder hasta la etapa de Conflicto cultural y Negación cultural, puesto que ciertos patrones culturales no tendrían suficiente valor científico para ser incorporados en la práctica de atención. De esta manera, el aprendizaje reflexivo logrado durante la experiencia práctica se desestima e ignora, al igual que los diversos saberes de la medicina tradicional/ancestral que relataron los pacientes.

Por el contrario, determinados participantes evidenciaron un mayor grado de reflexividad que posibilitaron continuar a las etapas de Respeto cultural e Innovación cultural, en el que se observó el interés y voluntad de generar cambios que permitan flexibilizar la atención hacia la población extranjera, donde se incluyan sus creencias, valores y cultura.

En este sentido, es importante considerar que en contextos educativos interculturales se debe fomentar un genuino sentido de alteridad para enfrentar los inherentes desafíos que intervienen en la formación profesional³⁶. Por esta razón, es indispensable revisar cómo se están abordando este tipo de saberes en el itinerario formativo del estudiantado de Ciencias de la Salud, puesto que los actuales lineamientos internacionales indican que se deben considerar todos los conocimientos, creencias y experiencias personales que tenga el paciente para prevenir, diagnosticar, mejorar y mantener la salud, sean estas “explicables o no”^{37,38}.

Conclusión

En base a los resultados obtenidos, es posible comprobar que el estudiantado de Ciencias de la Salud transitó por los tres niveles del Modelo CRAC de manera similar a lo que lo hicieron los profesionales²³. Como complemento, los resultados emergentes permitieron configurar un nuevo nivel denominado Comprensión Cultural, con sus respectivas etapas, el que coincide con el de Competencia Cultural Básica de Cross^{14,23}. Asimismo, en base a los diversos discursos analizados e interpretados, fue posible dejar planteado un quinto nivel de tipo teórico denominado Inclusión cultural, el que tiene el potencial de permitir alcanzar la Competencia Intercultural en la atención de salud. De esta manera, el Modelo CRAC se actualiza y materializa en el Modelo Confrontación, Resistencia, Apertura, Comprensión e Inclusión Intercultural, CRACIIC (Figura 2), puesto que pone énfasis en el desarrollo de competencias y habilidades personales para la inclusión del otro; más que aprender de las diferencias culturales del otro.

Como proyección se plantea indagar sobre las características que inciden en el estudiantado que alcanza los niveles más altos en el Modelo CRACIIC, puesto que podrían ser las competencias que se deben incluir en la formación profesional.

Entre las limitaciones del estudio se encuentra

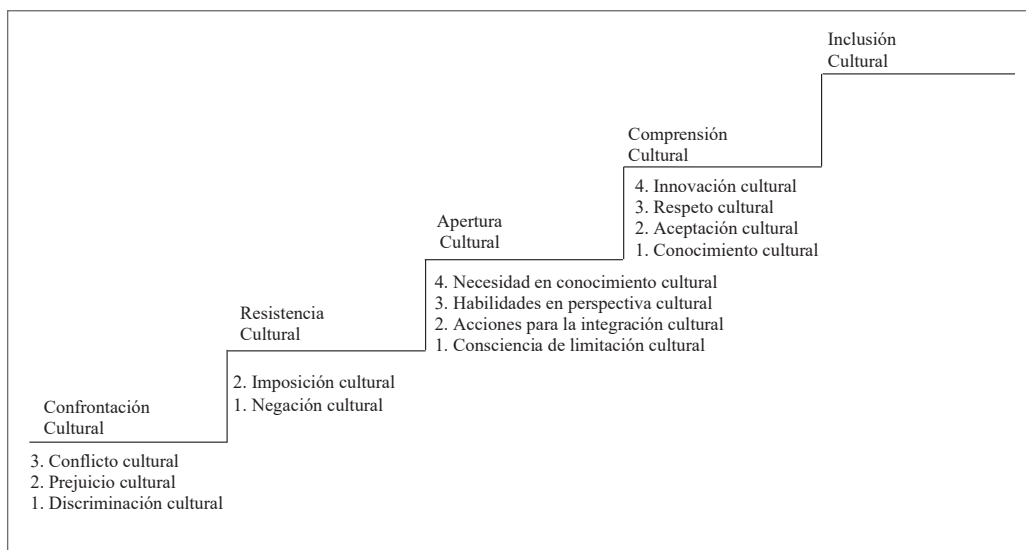


Figura 2. Modelo Confrontación, Resistencia, Apertura, Comprensión e Inclusión Intercultural (CRACIIC). Fuente: Elaboración propia.

que incluyó a tres instituciones de Educación Superior; no obstante, la cantidad de participantes es amplia, al igual que el número de carreras de la salud incluidas.

Agradecimientos: La autora principal agradece a la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo por financiar los estudios de Doctorado en Educación. ANID-PFCHA/Doctorado Nacional/2019-21190254

Referencias

1. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Informe sobre las Migraciones en el mundo 2020 [Internet]. Ginebra, Suiza: OIM; 2019 [citado 15 Mar 2023]. Disponible en: <https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2020>
2. Servicio Jesuita a Migrantes (SJM). Población migrante en Chile [Internet]. Santiago, Chile: <https://www.migracionenchile.cl>, 2022 [citado 15 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.migracionenchile.cl/poblacion/>
3. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Política de Salud de Migrantes Internacionales [Internet]. Chile: www.minsal.cl, 2018. [acceso 17 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.22.POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES.pdf>
4. Cofré A. Migrantes y salud. Desafíos para nuestro sistema sanitario. *Vida Médica*. 2019; 70(3):33-35. Disponible en: <http://revista.colegiomedico.cl/migrantes-y-salud-desafios-para-nuestro-sistema-sanitario/>
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). 70.ª Asamblea Mundial de la Salud. Promoción de la salud de los refugiados y los migrantes. A70/24. Ginebra, Suiza: <https://www.who.int/en/>, 2017 [acceso 17 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_R15-sp.pdf
6. United Nations Sustainable Development Group (UNSDG). Desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe: desafíos y ejes de política pública. Panamá: UNSDG; 2018. [acceso 17 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://onu.org.gt/wp-content/uploads/2018/10/Desaf%C3%ADos-y-Estrategias-para-el-Desarrollo-sostenible-en-Am%C3%A9rica-Latina-y-el-Caribe-compressed.pdf>
7. Betancourt JR. Cultural competence and medical education: many names, many perspectives, one goal. *Acad Med*. 2006 Jun;81(6):499-501. doi: 10.1097/01.ACM.0000225211.77088.cb.
8. Mews C, Schuster S, Vajda C, Lindtner-Rudolph H, Schmidt LE, Bösner S, et al. Cultural Competence and Global Health: Perspectives for Medical Education - Position paper of the GMA Committee on Cultural Competence and Global Health. *GMS J Med Educ*. 2018 Aug;35(3): Doc28. doi: 10.3205/zma001174
9. Anand R, Lahiri I. Intercultural Competence in Health Care: Developing Skills for Interculturally Competent Care. In: Deardorff D, editor. *The SAGE Handbook of Intercultural Competence*. United States of America: SAGE Publications, Inc., 2009. p. 387-402.
10. Covert H. Intercultural competence vs. cultural competence: What can international education learn from healthcare?. In: Nash EJ, Brown NC, Bracci L, eds. *Intercultural Horizons Volume III: Intercultural Competence—Key to the New Multicultural Societies of the Globalized World*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing; 2015. p. 56-75.
11. Fleckman JM, Dal Corso M, Ramírez S, Begaliev M, Johnson CC. Intercultural Competency in Public Health: A Call for Action to Incorporate Training into Public Health Education. *Front Public Health*. 2015;3: article 210. doi: 10.3389/fpubh.2015.00210
12. Malau-Aduli BS, Ross S, Adu MD. Perceptions of intercultural competence and institutional intercultural inclusiveness among first year medical students: a 4-year study. *BMC Med Educ*. 2019;19: 346. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1780-y>
13. Marek E, Németh T. Interkulturális kompetenciák az egészségügyi ellátásban [Intercultural competence in healthcare]. *Orv Hetil*. 2020 Aug;161(32):1322-1330. Hungarian. doi: 10.1556/650.2020.31836
14. Cross T. Services to minority populations: Cultural competence continuum. *Focal Point*. 1988; 3(1):1-12. Disponible en: <https://pathwaysrtc.pdx.edu/pdf/fpF88.pdf>
15. Dogra N, Bhatti F, Ertubey C, Kelly M, Rowlands A, Singh D, Turner M. Teaching diversity to medical undergraduates: Curriculum development, delivery and assessment. *AMEE GUIDE* No. 103. *Med Teach*. 2016;38(4):323-37. doi: 10.3109/0142159X.2015.1105944
16. Elsas Parish B, Dogra N, George RE. A discourse analysis of General Medical Council (GMC) guidelines for the inclusion of cultural diversity issues in medical education and practice. *Med Teach*. 2022 Jan 17:1-9. doi: 10.1080/0142159X.2021.2020738.
17. Álvarez-Cruces D, Nocetti-De-La-Barra A, Mansilla-Sepúlveda J, Otondo-Briceño M, Ortega-Senet M. Competencia intercultural con educación interprofesional en estudiantes de ciencias de la salud, una revisión sistemática. *J. H M S*. 2022; 7(3):157-168. <https://johamsc>

- com/2021/10/18/733/
18. Correa M Carstens, C Reyes S. Experiencia del diseño e implementación de un Curso de Formación General de Migración y Salud en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Cuadernos Médicos y Sociales. 2018; 58(4): 55-63. Disponible en: <http://cms.colegiomedico.cl/migracion-y-salud-vol-58-no4/>
 19. Guerra M Segovia J. KPSI como herramienta de autoevaluación metacognitiva en el desarrollo de la competencia intercultural en salud en medicina. *J. health med. sci.* 2020; 6(4): 269-275. Disponible en: <https://johams.com/2021/08/12/645/>
 20. Farías Cancino A, González-Agüero M, Urrutia Egaña M, Cruces Ramírez M, Navea Barrera J, Reyes Vásquez J. Desarrollo de una estrategia para fortalecer la competencia intercultural en el currículum de pregrado de Enfermería. *Rev Med Chile.* 2021; 149(10). Disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021001001495>
 21. Matus B O, Ortega B J, Parra P P, Ortiz M L, Márquez U C, Stotz R M, et al. Condiciones del contexto educativo para ejercer el rol docente en Ciencias de la Salud. Un enfoque cualitativo. *Rev Med Chile.* 2017; 145(7): 926-933. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000700926>
 22. Matus-Betancourt O, Ortega-Bastidas J, Pérez-Villalobos C, Mccoll-Calvo P, Navarro-Hernández N, Silva-Orrego V, et al. Formación clínica en carreras de la salud: ¿dónde se incluye la diversidad?. *Rev Med Chile.* 2020; 148 (4): 444-451. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872020000400444>
 23. Alvarez-Cruces DJ, Nocetti-de-la-Barra A, Burdiles Fernández G. Competencia Cultural de profesionales sanitarios en la atención a inmigrantes a la luz del modelo de Terry Cross. *Index de Enfermería.* 2021; 30(3): 179-83. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/ie/e13070>
 24. Rodríguez-Martín B. Desafíos y oportunidades de las situaciones de contacto cultural en el ámbito sanitario. *Index Enferm.* 2015; 24(4): 227-231. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000300008>.
 25. Brockbank A, McGill I. *Aprendizaje Reflexivo en la Educación Superior.* 2da. ed. Madrid: Ediciones Morata, S.L; 1999.
 26. Bandura A. *Social Learning Theory.* Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1977.
 27. Cabieses B, Bernales M, McIntyre AM. La migración Internacional como determinante social de la Salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Universidad del Desarrollo; 2017. Disponible en: https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf
 28. Aninat I, Vergara R. (Eds.). *Inmigración en Chile. Una mirada multidimensional.* Santiago de Chile: FCE, CEP; 2019. Disponible en: <http://cdi.mecon.gov.ar/bases/docelec/az4690.pdf>
 29. Gadamer HG. *Verdad y Método.* 5ta. edición. Salamanca: Ediciones Sígueme; 1993.
 30. Stake R. *Multiple Case Study Analysis.* United States of America: The Guilford Press; 2006.
 31. Patton MQ. *Qualitative research & evaluation methods: integrating theory and practice.* 4th edition. United States of America: SAGE Publications, Inc; 2015.
 32. Transcultural C.A.R.E. Associates. *The Process of Cultural Competemility;* 2020. <http://transculturalcare.net/the-process-of-cultural-competence-in-the-delivery-of-healthcare-services/>
 33. Deardorff DK. *How to Assess Intercultural Competence.* In: Hua Z, editor. *Research Methods in Intercultural Communication: A Practical Guide (1st Ed.).* West Sussex: Wiley-Blackwell, 2016. p. 120-34.
 34. Würth K, Langewitz W, Reiter-Theil S, Schuster S. Their view: difficulties and challenges of patients and physicians in cross-cultural encounters and a medical ethics perspective. *BMC Med Ethics.* 2018; 19, 70. <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0311-4>
 35. Pérez C, Sepúlveda D, Cova F, Nazar G. Salud intercultural desde la visión de las comunidades mapuche de Cañete y Tirúa. *Rev. Cienc. Salud.* 2020; 18 (1):152-168. doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8778>
 36. Zucker LG. Production of trust: Institutional sources of economic structure, 1840–1920. *Research in Organizational Behavior.* 1986; 8: 53–111.
 37. Organización Mundial de la Salud. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional, 2014-2023.* Hong Kong SAR, China: OMS; 2013. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf
 38. Ministerio de Salud. *Orientación Técnica Medicina complementaria y prácticas de bienestar de la salud en Atención Primaria.* Chile: Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria; 2021. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/OT-MEDICINA-COMPLEMENTARIA-EN-APS_26112021.pdf

Appendices

Appendix 1:

Quantitative instrument “Cultural Competence Measurement Scale for Health Care Workers (Escala de Medición Competencia Cultural, EMCC-14)” in Section I; associated questionnaire with variables used in this investigation in Section II.

Cultural Competence Measurement Scale for Health Care Workers (Escala de Medición Competencia Cultural, EMCC-14).

I. INSTRUCTIONS

Thinking about your usual clinical practice, for each question, indicate how much you agree or disagree with the following statements by marking the item with an X

	Totally disagree	Disagree	Neither agree nor disagree	Agree	Totally Agree
1. I believe patients' with different beliefs and customs have different expectations and/or needs in health care.					
2. I believe patients beliefs, values and customs affect their health.					
4. I believe my cultural context influences my attitudes and beliefs about other cultural groups.					
5. I am aware that my beliefs about patients influence the therapeutic recommendations I make to them.					
6. Patient beliefs, values and customs should be appreciated in health care.					
7. I believe that knowing more about patients' beliefs and habits helps me plan a more appropriate treatment.					
8. I believe that each patient has his or her own concept of health and illness.					
9. I believe the patients' health problems must be understood within their cultural context (beliefs, values and customs).					
10. I ask the patient and his/her family to express their expectations regarding health care.					
11. I am aware of possible difficulties that may arise during health care due to cultural differences between the patient and me.					
12. I am able to set therapeutic goals and/or objectives considering the cultural context (beliefs and customs) of my patients and their needs.					
13. I record in the clinical file the data about beliefs and customs collected in the evaluation of the patient.					
14. I try to explain to the patient his/her medical treatment, even if he/she believes that the cause of his/her illness is supernatural.					
15. I am aware of possible difficulties that may arise during health care due to cultural differences between the patient and me.					

II. EXPERIENCES

	Totally disagree	Disagree	Neither agree nor disagree	Agree	Totally Agree
1. I believe patients' with different beliefs and customs have different expectations and/or needs in health care.					
2. I believe patients beliefs, values and customs affect their health.					
4. I believe my cultural context influences my attitudes and beliefs about other cultural groups.					
5. I am aware that my beliefs about patients influence the therapeutic recommendations I make to them.					
6. Patient beliefs, values and customs should be appreciated in health care.					
7. I believe that knowing more about patients' beliefs and habits helps me plan a more appropriate treatment.					
8. I believe that each patient has his or her own concept of health and illness.					
9. I believe the patients' health problems must be understood within their cultural context (beliefs, values and customs).					
10. I ask the patient and his/her family to express their expectations regarding health care.					
11. I am aware of possible difficulties that may arise during health care due to cultural differences between the patient and me.					
12. I am able to set therapeutic goals and/or objectives considering the cultural context (beliefs and customs) of my patients and their needs.					
13. I record in the clinical file the data about beliefs and customs collected in the evaluation of the patient.					
14. I try to explain to the patient his/her medical treatment, even if he/she believes that the cause of his/her illness is supernatural.					
15. I am aware of possible difficulties that may arise during health care due to cultural differences between the patient and me.					

Appendix 2.

Operational definitions of each dimension of CCH used to develop the quantitative instrument.

The three dimensions of CCH are as follows:

Cultural sensitivity: Understanding of how one's own cultural influences affect our beliefs, values, and attitudes. This dimension is associated with awareness of our own cultural heritage, experiences, emotional reactions towards other cultural groups, prejudices, and stereotypes, as well as respect and appreciation for cultural diversity (Pedrero et al., 2019).

Cultural knowledge: Familiarity with the viewpoints of individuals and groups from other

cultures. This dimension includes understanding our own social impact and communication style, as well as factual knowledge regarding the groups with whom we have contact, sociopolitical influences, immigration-related issues, discriminatory practices occurring in the communities, effects of institutional barriers, etc. (Pedrero et al., 2019).

Cultural Skills: Use of culturally-appropriate intervention and communication skills. This dimension is associated with adapting interventions to the needs of the recipient and the cultural context in which they are provided, practicing various styles of verbal and nonverbal communication,

taking steps to minimize prejudice and discrimination in practice, becoming familiar with relevant research on various racial or ethnic groups, etc. (Pedrero et al., 2019).

Appendix 3.

Definitions of work functions at the health care center.

These four functions were used to categorize the various roles of workers at the health care center:

i) Auxiliary services, which included guardians and custodial staff.

ii) Administrative personnel, which included staff responsible for registering patients, scheduling clinical appointments, other secretarial duties, and mailroom employee.

iii) Health care team, which included professionals and certified nurse technicians.

iv) Directors, which included personnel responsible for managing the facility.