

SITUACIÓN DEL DESARROLLO DE COMPETENCIAS INTERCULTURALES EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL NORTE, CHILE¹

Lizet Veliz-Rojas², Andrés Bianchetti-Saavedra³

RESUMEN

El presente artículo analiza la situación de las competencias interculturales en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica del Norte en Chile. Para lo anterior se aplicó una metodología mixta de carácter complementario. Durante la etapa cualitativa se realizaron tres grupos focales, con 10 participantes cada uno, y ocho entrevistas semiestructuradas. En la etapa cuantitativa se aplicó la Escala de Competencias Interculturales en Salud, la que fue respondida por 130 estudiantes de la Facultad. Se concluye que los estudiantes poseen un desarrollo entre medio y alto en “habilidades cognitivas interculturales”, “habilidades afectivas interculturales” y “habilidades conductuales” para establecer una comunicación intercultural, y un desarrollo bajo en “formación profesional” para vincularse con la diversidad cultural. Lo anterior da cuenta de que existen competencias basales consolidadas para el desarrollo completo de la competencia intercultural, a través de eventuales procesos formativos sistemáticos en el contexto de su proceso académico.

Conceptos clave: educación culturalmente relevante, entrenamiento intercultural, estudiantes universitarios, características culturales, diversidad cultural, mecanismos de evaluación de la atención de la salud, competencia cultural, calidad de la atención en salud, resultado en el paciente, revisión sistemática

STATE OF CROSS-CULTURAL COMPETENCIES DEVELOPMENT AMONG STUDENTS FROM THE FACULTY OF MEDICINE AT UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL NORTE IN CHILE

ABSTRACT

This article analyzes the situation of cross-cultural competencies in students of the Faculty of Medicine of the Universidad Católica del Norte in Chile. For the above, a complementary mixed methodology was applied. During the qualitative stage, 3 focus groups, 10 participants each one, were carried out, in addition to 8 semi-structured interviews. In the quantitative stage, the scale of cross-cultural competencies in health was applied to 130 students from the Faculty. Results show that students have a medium to high competence for the dimensions of cross-cultural cognitive skills, cross-cultural affective skills and behavioral skills to establish cross-cultural communication and low competence to link professional training to cultural diversity. The foregoing shows that there are consolidated basal competencies for the complete

1 Proyecto apoyado financieramente por CNED/Convocatoria 2019.

2 Universidad Católica del Norte, Coquimbo, Chile. Contacto: lizet.veliz@ucn.cl

3 Universidad Católica del Norte, Coquimbo, Chile. Contacto: andres.bianchetti@ucn.cl

development of cross-cultural competence through future systematic training processes in the context of their academic studies.

Key concepts: culturally relevant education, cross-cultural training, university student, cultural characteristics, cultural diversity, healthcare evaluation mechanisms, cultural competence, healthcare quality, patient outcome, systematic review

Introducción

En la actualidad, Chile se sitúa como un país culturalmente diverso (particularmente en la región de Coquimbo), no solo por la cantidad de migrantes establecidos en el país, sino también por la convivencia con miembros de culturas ancestrales, entre las que destaca en número el pueblo mapuche y quienes se declaran pertenecientes a la etnia diaguíta en el contexto regional, aun cuando no se puede dejar de mencionar al resto de las poblaciones originarias que habitan el país y la región, y que la ley chilena reconoce como tales, las que también completan este escenario culturalmente diverso.

Es necesario señalar, por otra parte, que la diversidad cultural, expresada en los distintos territorios de Chile, da cuenta de las diferencias sociales expresadas en el país. Sin duda, la diversidad cultural es un fenómeno no siempre fácil de abordar, más aún cuando se debe interactuar cotidianamente con ella. En este escenario, caracterizado por un país culturalmente diverso, deben desempeñarse hoy muchos profesionales que interactúan cotidianamente con personas, entre ellos, los del área de la salud.

En esta línea de trabajo, ¿poseen los actuales estudiantes de las carreras de ciencias de la salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica del Norte las competencias necesarias para vincularse exitosamente con la diversidad cultural que existe en Chile? Para responder a esta pregunta nos planteamos el objetivo de “analizar las habilidades cognitivas, afectivas y conductuales que poseen los estudiantes de las carreras de Medicina, Nutrición y Dietética, Enfermería y Kinesiología para vincularse con la diversidad cultural de futuros pacientes y usuarios”.

La necesidad de desarrollar competencias interculturales no solo es un imperativo ético, en términos del respeto y comprensión de aquellas culturas diferentes, sino también un requisito técnico. Un profesional que pueda vincularse exitosamente con personas culturalmente diversas probablemente logrará establecer un vínculo terapéutico que potenciará la adherencia a los tratamientos y la confianza, lo que se traducirá en que el paciente o usuario movilizará

todos los recursos personales y simbólicos disponibles para una recuperación satisfactoria, cuando el caso lo permita. Igualmente, la vivencia del proceso de la enfermedad se experimentará desde la propia cultura del paciente o usuario, sin la imposición de categorías socioculturales ajenas o de poca relevancia subjetiva, que conduzcan a prácticas etnocentristas (Ringulet, 2013) de parte de los profesionales de la salud en el ejercicio laboral.

Marco teórico conceptual

El concepto de interculturalidad

La interculturalidad puede ser entendida desde diferentes perspectivas y tradiciones, según la aplicación del concepto y de los componentes que se consideren en su definición. Asimismo, existe también una orientación que da cuenta de concepciones disímiles en su formulación según los fines que persiga. Dietz (2017) señala que hoy se concibe a la interculturalidad como “las relaciones que existen dentro de la sociedad entre diversas constelaciones de mayoría-minoría, y que se definen no solo en términos de cultura, sino también en términos de etnicidad, lengua, denominación religiosa y/o nacionalidad” (p. 192). Esta manera de entender la interculturalidad respondería a las relaciones asimétricas que se dan en la sociedad, las que existen debido a un arraigo establecido históricamente.

Otro escenario importante en que el concepto de “interculturalidad” ha asumido un rol significativo en las últimas décadas es en salud. Según Alarcón, Vidal y Neira (2003), “la interculturalidad en salud o salud intercultural han sido conceptos indistintamente utilizados para designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud” (p. 1061). De este modo, la interculturalidad en salud supone una actitud de apertura y aceptación subjetiva hacia una cultura potencialmente distinta, tanto en prácticas sanitarias como en relación con las concepciones de mundo que exprese un usuario. Tales actitudes son aprendidas, ya sea a través de la experiencia vital o en procesos formales o informales de aprendizaje, y forman parte de las competencias interculturales que

puede desplegar un profesional del área de la salud en su ejercicio profesional.

Competencia intercultural

De acuerdo con Dietz (2017, p. 194), la competencia intercultural (CI) “se define como herramientas y recursos funcionales para elevar la tolerancia, el entendimiento mutuo y la empatía con la otredad, en el segundo caso estas capacidades interculturales se interpretan y/o adquieren en términos de antidiscriminación, concientización y negociación de conflictos”.

Desde el ámbito de la formación en educación superior, la CI incluye componentes cognitivos, funcionales (aplicación de conocimiento), personales (comportamiento) y éticos, de modo que la capacidad de conocer debe estar articulada para hablar, dialogar y actuar apropiadamente en contexto. Generalmente, la competencia no depende de una sola habilidad, actitud o tipo de conocimiento, sino que compromete un complejo conjunto de capacidades, actitudes y conocimientos (UNESCO, 2013). Se ha señalado que estas capacidades, entendidas como los requerimientos mínimos para alcanzar las competencias interculturales, incluyen: respeto (valorar a los otros); autoconciencia/identidad (comprender los lentes a través de los cuales cada uno ve el mundo); ver desde otras perspectivas/visiones de mundo (cómo estas perspectivas son similares y diferentes); escuchar (participar en un auténtico diálogo intercultural); adaptación (ser capaz de cambiar temporalmente de perspectiva); construcción de vínculo (forjar vínculos interculturales perdurables) y humildad cultural (combinar respeto con autoconciencia) (UNESCO, 2013).

Según Aneas (2003), la CI comporta la disposición y aplicación de una amplia gama de habilidades que, integrando componentes cognitivos, afectivos y comportamentales, permiten que la persona se comunique, planifique, ejecute sus funciones, resuelva problemas, trabaje en equipo, organice el trabajo o diseñe y realice productos o servicios teniendo en cuenta las necesidades y características culturales del entorno. En esta misma línea, este autor establece que

las competencias interculturales son un conjunto holístico y aplicado de componentes cognitivos, actitudinales y comportamentales, que permiten apreciar y dar respuesta a los requerimientos del trabajo y de relación generados por la diversidad cultural de la organización y del contexto (Aneas, 2009).

La CI en los profesionales de la salud se propone como una solución para reducir las desigualdades en salud, favorecer la equidad, promover la justicia social y proporcionar una atención de alta calidad para todas las personas y comunidades (Wesp, Ruiz, Weitzel, Kako & Mkandawire, 2018). Se han mencionado múltiples beneficios del despliegue de competencias interculturales en los profesionales sanitarios, tales como: mejor acceso, a través de un mayor número de pacientes que buscan tratamiento; tasas más bajas de morbilidad y mortalidad; mayor adherencia al tratamiento; mayor nivel de confianza con el sistema sanitario; interacción efectiva entre personas y comunidades con los equipos sanitarios, y mayor satisfacción con el cuidado (Alizadeh & Chavan, 2016).

Diversas investigaciones realizadas en Chile dan cuenta mayoritariamente de una carencia de una atención sanitaria culturalmente competente. En el estudio realizado por Bernales, Cabieses, McIntyre y Chepo (2017) se evidenció la escasez de competencias culturales por parte de los funcionarios de centros públicos de salud con alta densidad de migrantes, lo que se tradujo en una atención carente de prácticas culturalmente pertinentes a sus necesidades.

Respecto de los pueblos originarios, se han señalado distintas dificultades en la aplicación de los programas y políticas públicas interculturales en salud, entre las que se encuentran la ausencia de referentes teóricos respecto al significado de interculturalidad en salud; las implicancias prácticas que tiene el desarrollo de este enfoque en los equipos de salud, debido especialmente al no reconocimiento de la medicina tradicional y de los estilos de vida de las diversas etnias; el escaso conocimiento de las condiciones estratégicas de las comunidades indígenas para implementar las políticas públicas de salud intercultural, y la exigua participación de los grupos étnicos

en el diseño y organización de los programas y actividades en salud (Alarcón, Astudillo, Barrios, y Rivas, 2004; Menéndez, 2016). Acorde con lo anterior, emerge la necesidad de valorar los distintos sistemas de salud y de cuidados establecidos por los pueblos originarios.

Metodologías y didácticas de enseñanza para el desarrollo de las competencias interculturales en estudiantes de pregrado del área de la salud

Antes de introducirnos en las didácticas, es importante considerar que una de las principales barreras en el desarrollo de CI en formación, ha sido la perspectiva biomédica que se replica en las universidades, generando espacios de jerarquía, rutinas institucionales, modos de pensar, comunicar y actuar desde una perspectiva hegemónica hacia las personas, sus dolencias y problemas de salud, minimizando la cultura, creencias, tradiciones, costumbres y formas de vida de la comunidad. A pesar de esta mirada, en las carreras sanitarias se han ido incorporando algunas asignaturas que permiten desarrollar el conocimiento en torno a cultura y salud. Así, por ejemplo, en la IV Región los programas obligatorios han sido: Ciencias sociales en la salud, Socioantropología, Cultura y valores, Introducción a la salud e interculturalidad, Bases culturales y éticas, y Bases socioculturales⁴. Los autores consideramos que ofrecer asignaturas en forma aislada es insuficiente para el desarrollo de la CI, y que se requiere de una mirada integral del proceso enseñanza-aprendizaje y de la utilización de diversas metodologías que favorezcan un aprendizaje significativo.

Una revisión internacional señala que las didácticas educativas utilizadas en el aula para el desarrollo de las competencias interculturales en estudiantes de Enfermería son principalmente la discusión, el estudio de caso, el *rol playing* y las lecturas reflexivas. Desde el aprendizaje experiencial se ha señalado que las estrategias más utilizadas son la simulación, la inmersión y el aprendizaje y servicio (Oikarainen et al., 2019).

4 Información obtenida de: <http://www.userena.cl/>; <https://www.ucn.cl/>; <http://www.ust.cl/sedes/la-serena/>; <https://portales.inacap.cl/areas-inacap/salud/index>; <https://www.ucecentral.cl/ucecentral/site/edic/base/port/facsalud.html>; <https://www.upv.cl/>.

En México se realizó una experiencia, cuyo propósito fue contribuir a la formación de la CI en estudiantes de Medicina sobre la base de proyectos del tipo “problemática”. El producto debía ser un diagnóstico de comunidad que considerara las diferencias culturales (Muñoz-Cano, Maldonado-Salazar y Bello, 2014).

En Perú se describe el desarrollo de un conjunto de experiencias de aprendizaje orientadas a la “gestión de la otredad”, destinadas a introducir una base general de CI en estudiantes de Medicina. Se desplegó una secuencia de contenidos teóricos y de escritura reflexiva para recuperar el valor de la escucha al “otro”, reconociendo la existencia de la diversidad de miradas de la realidad y desarrollando una actitud empática hacia su entorno (Murillo, 2015).

En Colombia, Alonso-Palacio et al. (2017) realizaron un programa de Experiencia Intercultural en el Aula (IEC), que se implementó en dos clases para estudiantes de Medicina. Se estableció que este programa logró incrementar la sensibilidad intercultural, la empatía y el reconocimiento de los prejuicios de algunos participantes del programa, que también se transformaron en mayores niveles de respeto hacia los demás, mayor tolerancia y convivencia, y mayor valoración de las lecciones que se pueden aprender de personas de diversos orígenes.

Metodología

Estudio de tipo mixto, compuesto por un método cuantitativo, descriptivo y transversal, y un método cualitativo hermenéutico. El análisis hermenéutico supone un rescate de los elementos del sujeto por sobre los hechos externos a él. En este sentido, debe destacarse que dicho análisis toma como eje fundamental el proceso de interpretación. Se considera el contexto, las relaciones e intercambios sociales, las representaciones sociales y el lenguaje, la noción de sujeto inclusivo, los intereses básicos y el triángulo ético-émico-investigador (Badilla, 2006).

La modalidad mixta utilizada fue la de complementariedad, cuyo propósito fue aumentar la inteligibilidad, pertinencia y validez

de los conceptos y de los resultados de la encuesta, a través de la capitalización de las fuerzas inherentes a los métodos empleados y de la lucha contra los prejuicios, en donde los procedimientos se centran en la elaboración, mejora, ilustración y clarificación de los resultados de los dos métodos (Nuñez, 2017). Esta modalidad de complementariedad permite un equilibrio entre ambos métodos.

El estudio fue aprobado por el Comité ético científico de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica del Norte (Res: N° 83/2019), y los participantes firmaron el consentimiento informado.

La investigación se desarrolló en dos fases, la primera fue cualitativa y la segunda cuantitativa.

Metodología fase cualitativa

Muestreo y participantes

El muestreo cualitativo fue no probabilístico e intencional: se consultó *online* a los centros de estudiantes, respecto de voluntarios para su posible participación en el estudio. Se les entregó la opción a los estudiantes para su participación en entrevista individual o grupal. Los datos se recopilaron hasta llegar al punto de saturación, es decir, por repetición de ideas, o bien hasta reunir evidencia suficiente para garantizar la credibilidad de la investigación (trabajo durante un periodo prolongado de tiempo, triangulación y comprobación entre los participantes). La muestra cualitativa correspondió a un total de 38 estudiantes: 30 participaron en *focus group* (se realizaron tres, con 10 participantes cada uno) y ocho en entrevistas individuales (13 hombres y 25 mujeres); las edades fluctuaron entre 18 años y 26 años. Según carrera: 12 estudiantes de Nutrición y Dietética, 6 de Enfermería, 16 de Medicina y 4 de Kinesiología. Se incluyó a estudiantes desde primero a quinto año y, en el caso de Medicina, se extendió hasta sexto año.

Instrumentos

Se realizó la entrevista individual y el *focus group* a través de plataforma Zoom, dado el contexto de pandemia por covid-19. Las entrevistas,

de entre 45 a 75 minutos, fueron grabadas y transcritas. Se elaboró una pauta con preguntas orientadoras, con un carácter flexible y no limitado para ir incorporando más preguntas si se requiere.

Crterios de rigor para el método cualitativo

Se siguieron los criterios señalados por Guba (1989). Para la credibilidad se utilizaron transcripciones textuales de las entrevistas, con el fin de respaldar los significados y análisis presentados en los resultados del estudio, y se discutieron las interpretaciones de los datos pertinentes. Respecto de la confirmabilidad, se llevó un registro detallado de las decisiones e ideas que los investigadores han tenido a mano durante el proceso investigativo. Acerca de la aplicabilidad/transferibilidad, se realizaron procesos de reflexión indicando lo típico de las respuestas de los informantes, y se examinó la representatividad de los datos como un todo, considerando el contexto de estudio.

Se realizó triangulación de: i) fuentes, en la que los investigadores, para confirmar los hallazgos, volvimos a los participantes durante el análisis de la información; ii) datos, en la que se articuló los datos obtenidos en las entrevistas individuales con los datos de los *focus groups*; iii) investigadores, en la que los datos se analizaron bajo perspectiva interdisciplinaria.

Análisis de datos cualitativos

1) Una vez con las entrevistas en texto, se realizó la caracterización de las unidades de análisis relevantes para la investigación, focalizando la atención en la reducción/sistematización de las transcripciones en dimensiones manejables. La definición de estas unidades requiere utilizar la teoría y el dato crudo. 2) Posteriormente se aplicó la categorización/codificación, que supone la materialización y extensión al conjunto de la información recabada: esta se agrupa y ordena sobre una base de categorías idóneas, para transformar la complejidad de las transcripciones originales en un formato más simple y manejable: los códigos. 3) Se realizaron varias lecturas de los datos y de la teoría que sustentó la primera aproximación conceptual de la información. El examen de los códigos se articuló con el contexto. El análisis de

las entrevistas fue como un todo, con elaboración de comentarios y anotaciones al margen respecto de qué se haría con las diferentes partes de los datos, o de algún gesto o signo no verbal que haya sido significativo en el proceso de recolección, con revisión de los códigos generados, y recurso a la triangulación.

Metodología fase cuantitativa

Muestreo y participantes

El universo estuvo constituido por 760 estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica del Norte. El criterio de inclusión fue “estudiantes que voluntariamente decidieran participar”. El criterio de exclusión fue “estudiantes de primer año”, porque solo se encuentran con asignaturas de las ciencias básicas y sin experiencia de campo. Por la pandemia de covid-19, se envió la invitación a participar a todos los estudiantes desde segundo año a través de correo electrónico. En total, 130 estudiantes participaron en forma voluntaria, correspondiendo a un 17 % del universo. La tasa de respuesta con esta modalidad *online* fue un poco más alta que la señalada en la literatura, que establece que, en general, es de un 10%.

La muestra estuvo constituida por un 48% de estudiantes de Enfermería, 66% de Medicina, 9% de Kinesiología y 7% de Nutrición y Dietética. Del total, 31,5% fueron hombres y 68,5% mujeres, lo que era esperable, ya que las carreras de la salud se caracterizan por un mayor ingreso de mujeres.

Instrumentos

1) Un cuestionario general, que permitió recolectar edad, género, estado de convivencia, dedicación exclusiva a estudios, lugar de origen, etnia, nivel que cursa, carrera, lugar de experiencia clínica, experiencia con culturas diferentes, actividades extracurriculares, conocimiento de otros idiomas o dialectos.

2) Escala de Inteligencia Intercultural, versión chilena que, para este estudio, fue adaptada y validada para estudiantes del área de la salud, con la finalidad de medir la CI.

Validación del instrumento “Escala de Inteligencia Intercultural”

La escala que se utilizó fue *The Cultural Intelligence Scale*, traducida y adaptada para Chile por Sanhueza Henríquez et al. (2016), para ser empleada con estudiantes universitarios de Pedagogía en Educación básica y Parvularia, con cuatro dimensiones y 23 ítems. Las dimensiones son: 1) cognitiva, que promueve la oportunidad de desarrollar la conciencia cultural y la autoconciencia de las dinámicas culturales mediante un doble aspecto de comprensión de la realidad; 2) comportamental, que integra un conjunto de destrezas específicas para la solución de problemas o la formación de relaciones que permiten interactuar e intercambiar significados entre miembros de culturas diferentes; 3) afectiva, que se centra en las emociones personales o los cambios de sentimientos causados por situaciones particulares, personas y ambientes, y 4) pedagógica, que integra todas aquellas habilidades necesarias para educar las competencias comunicativas interculturales. Es una escala tipo Likert y cada reactivo tiene cinco opciones de respuesta, que van desde el “muy en desacuerdo” (1) hasta el “muy de acuerdo” (5).

En este estudio, la escala se adaptó para estudiantes de la salud a través de la validación de contenido y, posteriormente, fue sometida a una validación de constructo y de confiabilidad.

En la validación de contenido participaron cinco académicos expertos en el área y ocho estudiantes de pregrado de las ciencias de la salud. Se evaluó la pertinencia, claridad y redacción de cada reactivo, y, además, se realizaron adaptaciones del lenguaje hacia las ciencias de la salud. Se incorporaron cuatro ítems nuevos, quedando finalmente con 27 en total. La dimensión pedagógica cambió su nombre a “dimensión formación profesional”.

En la validación de constructo, el tamaño de la muestra se determinó de cinco sujetos por ítem, de acuerdo con lo establecido por la literatura. En este caso, se cumplió con la muestra de 137 sujetos para los 27 reactivos de la escala. Participaron estudiantes de las carreras de Medicina, Enfermería, Kinesiología, Nutrición y Dietética, y Terapia Ocupacional de siete universidades de Chile. Del total de participantes, 109 fueron mujeres (78,9%) y 28 hombres (21,1%).

Se utilizó la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO= 0,7) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($p \leq 0,000$). Para clarificar la estructura del instrumento se realizó el análisis descriptivo de cada uno de los ítems, que evidenció dos ítems con baja variabilidad; por lo tanto, se tomó la decisión de que estos ítems fueran excluidos del análisis factorial, dado su nulo aporte en el instrumento. Se procedió a confirmar los factores con cuatro componentes (25 ítems) y una solución rotada de varimax, obteniendo una varianza total de 55,3%. La matriz de covarianza obtuvo una puntuación de cero, indicando que los cuatro factores son completamente independientes entre sí, es decir, su correlación es nula. Esto nos indica que la interpretación de la escala debe realizarse por dimensiones y no como una escala global.

Para la confiabilidad se utilizó la medida de Alpha de Cronbach, obteniendo los siguientes resultados por dimensión de la escala: formación profesional (0,89); cognitiva (0,82); comportamental (0,83); afectiva (0,67).

Análisis de datos cuantitativos

Se utilizaron métodos descriptivos, medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados

Se presentan los resultados de las fases cualitativa y cuantitativa en forma complementaria, organizados según dimensiones/habilidades cognitivas, afectivas, conductuales y de formación profesional para vincularse con la diversidad cultural de futuros pacientes y usuarios.

Dimensión 1: habilidades cognitivas para vincularse con la diversidad cultural

Desde las entrevistas, se puede dilucidar que el conocimiento sobre la diversidad cultural es adquirido principalmente a partir de las vivencias y experiencias de los estudiantes. Entre estas experiencias se encuentra, en primera instancia, el diario vivir:

Yo veo casi todos los días la diversidad cultural, hay personas haitianas, hay almacenes de personas peruanas, hay venezolanos. Entonces, ahí, en Tierras Blancas, por así decirlo, está la diversidad cultural, está muy a piel. (Entrevistado 1)

Una segunda instancia es la identidad étnica de algunos estudiantes, que les ha permitido conocer más acerca de los pueblos originarios:

Yo soy declarado indígena, yo tengo hasta beca por ser indígena, tengo el diploma para el reconocimiento en diaguita, tengo un apellido directo que es de un abuelo, ingresamos a esa cultura. Entonces, yo sé un poquito de la cultura indígena, de lo que hacen y de todo, como una forma de interiorizarme en eso, porque es parte de mí: hasta la cara tengo un poco de indígena, yo soy el más morenito de todos, pero, bueno, tengo eso y sé un poco de las necesidades y de sus costumbres. (Entrevistado 5)

Las prácticas familiares y las creencias religiosas también han sido fuentes desde las que los entrevistados han adquirido conocimientos que les han permitido acceder a manifestaciones de la diversidad cultural:

Mi mamá también es de hierbas, mi papá también. No son indígenas ni nada, pero sí lo hacen por su cultura, para mantenerse, no por un objetivo terapéutico específico, pero sí para mantenerse sanos. Entonces, igual tengo un cierto conocimiento de que hay hierbas que sí funcionan. Hay otras que son para el sabor no más, y les atribuyen un pensamiento u objetivo distinto que no está científicamente comprobado. (Entrevistado 3)

También las actividades extracurriculares y de voluntariado han permitido a los estudiantes interactuar y comprender acerca de la diversidad:

Experiencias. Por ejemplo, la navidad de los haitianos, que nos invitaban a nosotros como voluntarios, creo que instancias así igual son muy positivas, en donde uno está en contacto con personas culturalmente diversas. Entonces, creo que, desde el compartir solamente, a uno se

le van quitando esas preocupaciones o esas barreras de sentirse como desiguales, en una relación como asimétrica. No como en las prácticas, donde hay una relación donde uno se impone más con el paciente. (Entrevistada 2)

En esta entrevista se deja entrever, en forma implícita, las relaciones de poder que se pueden generar en el contexto clínico de la atención sanitaria.

Estos discursos revelaron que las interacciones interculturales de los participantes son parte de las vivencias cotidianas, asociadas a lugares diversos y en distintos momentos del día, por lo que constituye parte de la normalidad en el diario vivir. Por otro lado, hubo entrevistados describiendo las interacciones con la diversidad cultural en el contexto de las atenciones sanitarias que han debido realizar en sus prácticas clínicas, principalmente en la atención primaria.

En el trascurso de las entrevistas es posible constatar el deseo de los estudiantes de tener un mayor conocimiento acerca de los grupos sociales que expresan la diversidad cultural en la realidad local:

Yo creo que, precisamente, información acerca de las culturas, de las disidencias, no sé, la diversidad de la realidad local. Yo tampoco sería tan ambiciosa así que nos pasen toda la de los pueblos indígenas, yo creo que eso sería muy positivo, que uno llegara a la práctica sabiendo algo, saber cómo hacerlo. (Entrevistada 2).

En esta misma línea, existen voces que centran sus expectativas en contar con mayor formación en políticas públicas orientadas a la diversidad cultural, vincular la ética profesional con el abordaje de la diversidad, que la formación en las temáticas asociadas comience desde los primeros años de la carrera y que los aprendizajes vinculados a las temáticas de diversidad cultural se encuentren formalizados en el plan de estudios de las carreras:

Si nos fuéramos a normar, yo creo que faltaría ese sentido de las políticas públicas específicas, por ejemplo, yo, ahora que he hecho

hartos cursos, sé de políticas o sé del manejo del Cesfam, del hospital, pero en la U ni siquiera nunca lo vi, no se vio. (Entrevistado 5)

Los discursos se complementan con los resultados cuantitativos obtenidos a través de la escala, en la que los puntajes de los ítems cognitivos fueron intermedios. En la tabla 1 se presentan las medias y la desviación estándar (D.E.) de cada uno de los ítems de la dimensión cognitiva. Se aprecia que la media en los ítems es cercana al puntaje 2 (en desacuerdo) a 3 (ni de acuerdo ni en desacuerdo). Esta dimensión obtuvo en forma global una media de 20,83 pts. (puntajes de la dimensión cognitiva van desde los 8 hasta los 40 puntos) y una D.E. de 6,4. Teniendo en cuenta que el promedio se sitúa justamente en el centro, podemos señalar que los participantes poseen habilidades cognitivas interculturales medianamente desarrolladas.

Tabla 1.

Dimensión cognitiva según media, desviación estándar y puntajes mínimos y máximos

Ítems dimensión cognitiva	Media	D.E.	Mín.	Máx.
1. Conozco cómo funcionan, a nivel organizacional y político, otras culturas	2,61	1,05	1	5
2. Conozco cómo funcionan modelos y prácticas de salud de otras culturas	2,72	1,17	1	5
3. Conozco las reglas gramaticales de otras lenguas o idiomas	2,91	1,12	1	5
4. Conozco la terminología idiomática o lingüística de cómo se refieren a las prácticas de salud y/o cuidado en otras culturas	2,29	1,09	1	5
5. Conozco los valores y creencias de otras culturas relacionadas con las prácticas de salud y de cuidado	2,66	1,03	1	5
6. Conozco los ritos o ceremonias relacionadas con prácticas de salud y/o cuidado que realizan otras culturas	2,50	1,06	1	5
7. Conozco como se representa la salud y/o el cuidado a través de manifestaciones artísticas de otras culturas	2,36	1,04	1	5
8. Identifico agentes terapéuticos de otras culturas y las terapias que usan para restablecer la salud	2,78	1,12	1	5

Fuente: Elaboración propia.

Dimensión 2: habilidades afectivas para vincularse con la diversidad cultural

A través de las entrevistas fue posible constatar que las competencias afectivas que más reconocen los estudiantes para relacionarse de manera pertinente con la diversidad cultural son la empatía, la escucha activa, el respeto, la capacidad de adaptación, la flexibilidad y el abordaje holístico en la atención de la persona:

Es el saber escuchar activamente y el tener harta paciencia. Entonces, yo encuentro que son dos habilidades que me permitirían adaptarme a una persona, que voy a poder saber cuándo quieren justamente —como comentaban por ahí— cuándo quieren ser escuchados, cuándo quieren algo. Y si se está haciendo dificultosa la comunicación, por las mismas brechas culturales, voy a tener la paciencia para que esto resulte al fin y al cabo exitosamente. (Participante focus group 1)

La mayoría de los entrevistados coincide en que la universidad le ha entregado las herramientas para el desarrollo de las competencias genéricas, pero en este mismo aspecto emerge una interesante distinción que se hace en términos de que las competencias genéricas distan de una interacción que incorpore elementos interculturales:

Yo creo que la enseñanza clínica está mucho más enfocada a la relación humana que a una relación intercultural. Partamos por un ejemplo burdo: recuérdese de saludar, recuérdese de despedirse, presentarse, como se comunica con la persona, el lenguaje corporal que uno puede utilizar, más que considerar si la persona es haitiana, con problemas de lenguaje, o algún tipo de presentación cultural que ellos puedan tener, que para nosotros sea distinta. (Participante focus group 3)

Otro elemento que se presenta muy marcado en las entrevistas está relacionado con la capacidad de autocontrol, las habilidades para manejar el estrés y el reconocimiento de las emociones que los estudiantes expresan, y que ponen a disposición de la relación terapéutica atribuyéndole un sentido beneficioso para el usuario. Existió consenso entre los entrevistados respecto de que las emociones constituyen un elemento muy relevante en la atención de salud. De este modo, el bienestar emocional asume un lugar importante para

las prestaciones sanitarias, los procesos terapéuticos y la calidad de las atenciones:

No es muy correcto, por ejemplo, si tuviera un día que estoy muy enojada y trato mal a todo el mundo, porque los demás no tienen la culpa que yo esté enojada o que me haya ido mal en algo, o también en caso de estar en experiencia y estar muy sentimental, y llorar frente en todo caso que me dé y ponga peor, me ponga a llorar con el paciente, eso no puede ser. Entonces, creo que es importante manejar los sentimientos y no mezclarlos, sino que mantenerse neutral. (Entrevistada 6)

En otra línea, los participantes de la investigación destacan algunas creencias religiosas como parte del eje para reconocer interacciones del personal de salud con personas culturalmente distintas; sin embargo, la confianza en la efectividad del tratamiento en salud se enfoca meramente desde la perspectiva biomédica enmarcada en un dilema ético:

Obviamente, también hay muchos tipos de creencias y esas creencias dificultan el procedimiento de medicina, porque, por ejemplo, los Testigos de Jehová no permiten transfusiones de sangre a nivel de enfermería y médico. Te viene un problema ético, en el sentido de qué pasa si necesita una transfusión de sangre. Pero no está así especificado que sea de otra persona que sea de la misma religión; entonces, también puede haber un “no lo vamos a aceptar” y “va a estar entre la moral de”, pero tengo que salvarlo o respeto su creencia. (Entrevistada 6)

Estos discursos se complementan con los resultados cuantitativos. En la tabla 2 se aprecia que los valores medios de los ítems son muy cercanos a 4 (de acuerdo). En esta dimensión el puntaje total fluctúa entre los 5 y los 20 pts. En este caso, se obtuvo, en forma global, una media de 15,03, con una D.E. de 2,9. Por tanto, se puede interpretar que los participantes presentan habilidades afectivas interculturales de mediana a altamente desarrolladas.

Tabla 2

Dimensión afectiva según media, desviación estándar y puntajes mínimos y máximos

Ítems dimensión afectiva	Media	D.E.	Mín.	Máx.
1. Confío en mis habilidades para interactuar con personas culturalmente diferentes	3,88	0,99	1	5
2. Me siento seguro de mi capacidad para relacionarme con personas de otras culturas	3,82	0,92	1	5
3. Confío que puedo comprar artículos como comida, ropa, productos terapéuticos etc., a personas de otras culturas	3,84	1,03	1	5
4. Confío en la efectividad de las prácticas en salud y de cuidado de otras culturas	3,51	0,92	1	5

Fuente: Elaboración propia.

Dimensión 3: habilidades conductuales para vincularse con la diversidad cultural

En esta dimensión se destacan tres aspectos relevantes. La primera se relaciona con la percepción de discriminación en contextos clínicos por parte de los estudiantes. La mayoría describe haber presenciado discriminación en contextos asistenciales, lo que es plenamente rechazado por ellos. De acuerdo con los discursos, estas prácticas han estado motivadas por menosprecio hacia los pueblos originarios, hacia la orientación sexual, las mujeres, la discapacidad, las personas mayores, el estrato social y el veganismo. Desde las entrevistas, se concibe como conductas discriminatorias los prejuicios y la falta de adaptación ante otro distinto o ante quien posee prácticas culturales diferentes:

Principalmente, yo diría el tema de la discriminación a los haitianos en la realidad local, pero también personas trans que han sido habitualmente, han sido tratados de la forma que no debiera ser. Está escrito en todas partes y yo igual he visto gente con, refiriéndose al género contrario al que se identifican las personas, entonces creo que es algo bien así como transversal en la atención de salud. (Entrevistada 2)

El segundo aspecto fue que la dificultad de la atención de la diversidad cultural en el contexto clínico se ha expresado por la diferencia entre la orientación sexual del usuario y del estudiante, lo que ha supuesto un momento complejo, principalmente para un examen físico realizado:

Yo me declaro heterosexual y me ha tocado atender una persona hombre homosexual y, por ejemplo, nosotros los Kine, somos mucho de palpar (...) de poder examinar, y ahí tuve un problema, porque él no dejó que yo lo siguiera palpando al nivel que se necesitaba en ese caso. (Entrevistado 4)

Lo anterior da cuenta de que pudiesen estar operando estereotipos en torno a la orientación sexual, suponiendo que el hecho de tener un sexo determinado implicaría tener la misma orientación sexual.

El tercer aspecto fue la dificultad en las interacciones con personas distintas en términos culturales, vinculada a la barrera idiomática.

En el hospital a mí una vez me tocó dos veces interacciones con una cultura diferente. Una vez con una persona, no me acuerdo de qué país, pero típico de habla inglés, y otro que hablaba creole y, lógicamente, ninguno de nosotros tiene como esa competencia en el uso del idioma. (Participante focus group 2)

Esta dificultad ha producido que los estudiantes adquieran distintas estrategias para ser comprendidos por los usuarios que reciben atención y no comprenden el idioma español.

Con un emigrante que no le entendía mucho, era haitiano, tienen palabras creole, una mezcla de francés y de otro idioma más, que es más nativo. No le entendía mucho, si me tuve que guiar, por ejemplo, con las señas, con sus manos y sus gestos, lo que yo le decía, le explicaba a él: “cuándo yo palpe donde te duela me avisas”, y ahí él me decía “ahí”, o si eso totalmente lo hacía, cuando yo quería conseguir una historia clínica detrás para hacer un diagnóstico bien kinésico. (Entrevistado 5)

En esta misma línea, en las entrevistas también se expresan posiciones que consideran a la barrera lingüística como una “excusa” para no interesarse por la diversidad cultural, señalando que este desinterés se fundaría principalmente en la falta de empatía, la que no permitiría motivar el interés por conocer al otro distinto.

Los resultados de este último aspecto de las entrevistas cualitativas se complementan con los datos cuantitativos. En la tabla 3 se muestra que la media de los ítems se encuentra alrededor de 4 (de acuerdo). Esta dimensión obtuvo, en forma global, una media de 20,05 (puntaje de la dimensión va desde los 5 hasta los 25 puntos) y una D.E. de 4,02. Por tanto, se puede señalar que los participantes presentaron habilidades conductuales altamente desarrolladas para establecer una comunicación intercultural.

Tabla 3

Dimensión conductual según media, desviación estándar y puntajes mínimos y máximos

Ítems dimensión conductual	Media	D.E.	Mín.	Máx.
1. Cambio mi comportamiento verbal (por ejemplo, tono de voz, acento) cuando una comunicación intercultural lo requiere	3,96	1,02	1	5
2. Utilizo la pausa y el silencio de manera diferente para adaptarme a situaciones interculturales	3,93	0,95	1	5
3. Modifico el ritmo de mi conversación (hablo más rápido o más lento) cuando una situación intercultural lo requiere	4,18	0,87	1	5
4. Cambio mi expresión corporal (gestos, uso de manos y cuerpo) cuando una situación intercultural lo requiere	4,14	0,92	1	5
5. Modifico mis expresiones faciales cuando enfrento una situación comunicativa con alguien de otra cultura	3,85	1,04	1	5

Fuente: Elaboración propia.

Dimensión 4: formación profesional para vincularse con la diversidad cultural

A partir de las entrevistas, se destaca la importancia de realizar prácticas clínicas para la comprensión de la diversidad cultural, especialmente en el nivel de atención primaria de salud:

En la atención primaria se ve harto que llegan personas a atenderse, y ahí puede variar mucho el tipo de personas, pueden llegar personas venezolanas, bolivianas, peruanas e incluso haitianas. Cuando hacen estas ferias de salud o de educación, en las mismas plazas, por ejemplo, nosotros, como Nutrición, nos vamos a esas ferias y llegan diferentes tipos de personas que no solamente son chilenos, por lo general es más como en la atención pública, se podría ver más diversidad de personas que en lo privado. (Entrevistada 8)

Esta situación de atención en salud en la atención primaria está dada por la diversidad cultural presente en la región de Coquimbo. En esta línea, los estudiantes señalan que no van preparados para atender a las poblaciones migrantes. Asimismo, algunos relatos indican que no se han desarrollado experiencias específicas para la atención de salud en diversidad:

Así como que nos dijeran que nos vamos a juntar con un grupo, no sé, colombiano o haitiano, para hacer una intervención, no ha ocurrido. (Entrevistada 6)

Y que se requiere una mayor vinculación con la diversidad:

Yo encuentro que, muchas veces, la universidad está como lejana de la comunidad, no hay mucha vinculación, por así decirlo, que por estar en Coquimbo uno ve siempre a los pescadores, a la gente del puerto. Entonces, ver más allá, no sé quizás alguna comunidad diaguita, alguna comunidad haitiana, peruana, acercarnos un poco más a la diversidad. (Entrevistado 1)

Uno de los entrevistados menciona la realización de trabajos de titulación (tesis) como espacio significativo para comprender la diversidad cultural:

Cuando hice la tesis, todos esos prejuicios se fueron. Es que uno decía, quizás es haitiano, no va a querer hablar mucho porque va a estar tímido. Entonces, eso fue como una cosa de las que aprendí, como de botar prejuicios. Obviamente, también las ideas que uno tenía de cómo era su salud, también nos dimos cuenta de que eran personas como todas, como comunes y corrientes. (Entrevistado 1)

En esta dimensión, también se destaca, en el discurso de los estudiantes, el rol y la importancia de tutores clínicos en el desarrollo de CI:

... son las profesoras las que nos instan a instruirnos sobre la interculturalidad. Y creo que teniendo profesores que sean proactivos, que estén siempre instándonos a ir más allá de lo que a nosotros nos están enseñando, es bastante positivo, porque yo siento que, por ejemplo, como lo positivo transmite. (Participante focus group 1)

En la enseñanza teórica, las entrevistas dan cuenta de algunas asignaturas que permiten conocer la diversidad cultural, destacándose las de salud comunitaria y salud mental. Desde la educación clínica se puede establecer que los aspectos fisiopatológicos son enseñados desde una mirada occidentalizada:

La única asignatura que da como espacio para la diferencia es la de salud mental. Y, por ejemplo, las otras asignaturas donde uno tiene que, no sé, aprender conocimientos médicos duros, no aparecen como personas diferentes, ¿me entiende? Todas las cosas están orientadas a personas blancas. Por ejemplo, a mí me pasó cuando estaba en pediatría, que llegó una guagüita de Haití, como con unas lesiones en la piel y nadie sabía cómo reconocer, porque nadie en la vida había visto una foto de cómo se ve una lesión en piel oscura, ¿me entiende? (Entrevistado 3)

Se destaca el interés personal de algunos entrevistados para acercarse y comprender la diversidad a través de la autoformación:

Lo del lenguaje de señas lo aprendí antes de entrar a la universidad. Entonces, recordaba un poquito y ahora me gustaría hacer de nuevo el curso, pero, por ejemplo, lo del creole fui a un curso, fue más que nada por la necesidad de atender pacientes que hablaban creole. Yo diría, más que nada, en los conocimientos como en general, y ha sido trabajo mío buscar la forma de —“trabajo mío” me refiero como a externos de la universidad—, de buscar la forma de cómo transmitir esos conocimientos a quienes tienen esa diferencia cultural. (Entrevistada 2)

Estos resultados cualitativos coinciden con los datos obtenidos desde la fase cuantitativa. En la tabla 4 se aprecia que la media de los ítems es de alrededor de 2 (en desacuerdo). Esta dimensión obtuvo en forma global una media de 18,69 (puntaje de la dimensión: mínimo= 8 pts. y puntaje máximo= 40 pts.) y una D.E. de 6,09. Por tanto, se puede interpretar que, desde la percepción de los participantes, la dimensión formación profesional para vincularse con la diversidad cultural fue baja.

Tabla 4

Dimensión formación profesional según media, desviación estándar y puntajes mínimos y máximos

Ítems dimensión formación profesional	Media	D.E.	Mín.	Máx.
1. En mi formación profesional he recibido conocimiento teórico sobre la competencia comunicativa intercultural	2,19	1,21	1	5
2. En mi formación profesional he aprendido herramientas metodológicas para trabajar en contextos multiculturales	2,19	1,11	1	5
3. En mi formación profesional he recibido estrategias para establecer relaciones afectivas en situaciones de diversidad cultural	2,22	1,08	1	5
4. En mi formación profesional he recibido conocimiento acerca del contexto sociocultural de mis futuros pacientes o usuarios	2,75	1,18	1	5
5. En mi formación profesional he aprendido herramientas para planificar la atención en salud para usuarios o pacientes de diversas culturas	2,38	0,96	1	5
6. En mi formación profesional he participado de experiencias de vinculación (prácticas básicas, internado y/o salidas a terreno) en contextos de diversidad cultural	2,48	1,03	1	5
7. En mi formación profesional he recibido herramientas para adaptar las intervenciones en salud a diferentes contextos culturales de las personas atendidas (pacientes)	2,45	0,83	1	5
8. En mi formación profesional he recibido herramientas para adaptar documentos de salud (fichas, formularios, afiches, otros) a diferentes idiomas, símbolos o ritos terapéuticos de diversos contextos culturales de los pacientes o usuarios	2,03	0,86	1	4

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

El desarrollo de la competencia intercultural en estudiantes de la salud a través de la educación debe ser una prioridad, dado que los equipos de salud trabajan muy de cerca con personas en contextos cada vez más diversos culturalmente. Los resultados reportan que la dimensión cognitiva y la dimensión formativa son las áreas menos desarrolladas, las que lógicamente se articulan, develando la importancia de fortalecer y proponer estrategias de enseñanza de la CI. Las dimensión afectiva y la dimensión comportamental sí se encuentran desarrolladas en los estudiantes, lo que podría indicar una fortaleza y una base para el desarrollo de la CI.

En la dimensión cognitiva, la escala de inteligencia intercultural mostró que los ítems de conocimientos sobre aspectos culturales obtuvieron una puntuación media, lo que podría indicar que aún falta entregar información a los estudiantes para efectuar una atención en salud culturalmente competente en sus futuros pacientes. Estos resultados coinciden con una revisión realizada en Estados Unidos, que señala que desde un 53% hasta un 77% de enfermeras reportaron recibir nada o muy poca información y capacitación sobre diversidad y cultura en su formación de pregrado (Oikareinen et al., 2019).

Los hallazgos cualitativos de la dimensión cognitiva dieron cuenta de que los conocimientos y la comprensión en diversidad cultural de los estudiantes provienen principalmente de sus experiencias y vivencias personales, que les han permitido establecer interacciones sociales con diferentes grupos. La literatura ha señalado que los profesionales de la salud no pueden adquirir la CI simplemente a través del autoaprendizaje u otras actividades cognitivas, si no que necesitan desarrollar interacciones personales y profesionales con personas de distintas culturas, para poder reflexionar sobre sus propias creencias y sobre la diversidad (Sharifi, Adib-Hajbaghery & Najafi, 2019). Un consenso acerca de la enseñanza de la CI en medicina en la Unión Europea establece que, en términos de las didácticas, su enseñanza tradicional debería ser complementada por métodos que consideren las experiencias y las historias personales de los estudiantes (Mews et al., 2018). Por tanto, resulta interesante que las carreras sanitarias puedan realizar un análisis sobre la diversidad existente en estudiantes y docentes, de tal forma de diseñar experiencias de enseñanza-aprendizaje pertinentes y significativas, de las que todos los actores involucrados en el proceso educativo puedan generar nuevos y sólidos aprendizajes aplicables a su ejercicio profesional presente y/o futuro.

En esta misma línea, Sanhueza, Pukner, San Martín y Friz (2012) señalan que sería deseable proponer situaciones de aprendizaje que permitan a los estudiantes disfrutar de la interacción con personas de distintas culturas, desarrollar expectativas de poder y buenas relaciones con ellas, e intercambiar experiencias, significados y cosmovisiones distintas. Desde nuestra perspectiva, estrategias de inmersión cultural y de aprendizaje y servicio en contextos de diversidad cultural debiesen

ser consideradas en los programas de las carreras sanitarias para educar la CI (Veliz-Rojas, Bianchetti-Saavedra y Silva-Fernández, 2019).

Con relación a la necesidad manifestada por los estudiantes de conocer más acerca de las culturas, políticas públicas y ética vinculadas a la diversidad, concuerda con lo señalado por Wesp et al., (2018), Smith (2018) y Horst, Schwartz, Fisher, Michels & Van Winkle (2019), quienes establecen que, para efectuar una atención culturalmente competente, se necesita conocer acerca de culturas específicas de la realidad local y comprender las determinantes estructurales, los procesos de globalización y las dinámicas de poder en los entornos clínicos. Sin duda estos contenidos teóricos son la base para efectuar un cuidado en contexto de diversidad; sin embargo, desde nuestra visión, estos contenidos deben ir de la mano con procesos reflexivos y críticos, articulados en forma transversal durante la formación profesional.

En la dimensión afectiva, los datos cuantitativos exhibieron valores bastantes favorables, ya que la muestra presentó habilidades afectivas de mediana a altamente desarrolladas. Estos resultados coinciden con los estudios realizados por Rojo y Navarro (2016) y González y Acevedo (2016), en los que estudiantes de la salud perciben un alto desarrollo de las competencias genéricas interpersonales y sistémicas, y además son valoradas como insumo para la vida profesional y personal. Lo anterior también se complementa con los datos cualitativos de este estudio, ya que los entrevistados manifestaron tener muy desarrolladas sus habilidades genéricas, tales como empatía, flexibilidad, respeto, escucha activa, entre otras.

Pero también emergió la distinción de que la enseñanza de estas habilidades genéricas es para la atención sanitaria en común, sin una especificación intercultural. Este aspecto fue discutido por Sharifi et al. (2019) y Henderson et al. (2018), quienes establecieron que las competencias humanísticas generales, tales como empatía, amabilidad y respeto, son requisitos previos esenciales para brindar atención a todos los pacientes, independiente de sus antecedentes culturales, y que, después de desarrollar tales competencias, el profesional de la salud necesita desplegar la competencia intercultural para trabajar

con pacientes de una cultura específica, es decir, que la competencia genérica es un paso previo y que, por sí sola, no es garantía para otorgar una atención culturalmente competente.

Adicionalmente, en la dimensión afectiva los datos cualitativos dan cuenta de la importancia que otorgan los estudiantes a la capacidad de autocontrol, la tolerancia, el manejo del estrés y el reconocimiento de las emociones para la atención en salud en contextos de diversidad cultural. Al respecto, Sanhueza et al. (2012) señalan que “estar atento”, es decir, consciente de las propias emociones y del proceso de interacción, y “ser tolerante”, que implica ser capaz de estar y enfrentar una situación que puede ser compleja y no ponerse “ansioso” o “estresado” con el fin de comprender mejor la situación, permiten abordar de forma más apropiada la interacción y comunicación intercultural.

Como se puede observar, la educación de la competencia intercultural debe orientarse también al desarrollo de las habilidades afectivas desde inicio del pregrado y, de esta manera, ir desarrollando en forma progresiva la competencia intercultural.

Si bien en el método cualitativo los entrevistados coinciden en un alto desarrollo de las habilidades afectivas, llama la atención que algunas de estas habilidades, como la flexibilidad y el respeto, pueden desvanecerse frente a situaciones en las cuales las creencias culturales de los pacientes pueden afectar el tratamiento médico occidental, poniendo en jaque el dilema ético de las profesiones de la salud (“le salvo la vida o respeto su creencia”). Lo anterior se considera un elemento complejo, ya que la formación en ciencias de la salud tiene un alto componente biomédico hegemónico, en el que la ciencia médica se considera como la solución para todas las enfermedades y “males”, en tanto los saberes tradicionales y otros sistemas de salud no son considerados como válidos. Esta encrucijada entre lo ético para las ciencias de la salud y la atención culturalmente competente debe analizarse en profundidad en forma reflexiva, considerando investigaciones que permitan dilucidar este fenómeno. Es necesario que, en el ámbito de la salud, se avance hacia un conocimiento que permita entrelazar el conocimiento científico con los saberes

tradicionales, aunando y desarrollando formas de tratamiento que tengan en cuenta toda la dimensión humana.

En los resultados cuantitativos de la dimensión conductual, la muestra obtuvo las puntuaciones más altas respecto de las otras dimensiones; por lo tanto, podemos señalar que la muestra posee habilidades conductuales para poder comunicarse e interrelacionarse en una situación intercultural. Estos resultados coinciden con diversas investigaciones que aplicaron estrategias de inmersión cultural y de aprendizaje y servicio en estudiantes del área de la salud, estableciendo que los estudiantes tienen la capacidad de adaptarse y de buscar diversas formas que favorezcan la comunicación con un otro distinto, efectuando cambios en sus conductas (corporales, verbales, entre otros) en la búsqueda de una interacción efectiva (Sedgwick & Athill, 2020; Barnes, 2016).

Lo anterior va de la mano con los discursos de los entrevistados, que manifestaron que “el idioma” fue considerado como una barrera para la interacción, pero que se puede superar con flexibilidad y empatía, manifestadas en diversas estrategias, tales como comunicación no verbal, “señas”, “escritos y dibujos”, hablar más lento, principalmente con personas con problemas de audición, entre otros. Estos elementos también son reportados por Sanhueza et al. (2012), quienes señalan que la “flexibilidad conductual” permite acomodarse al comportamiento de otros grupos; asimismo, establecen que, por sí mismo, el conocimiento de una lengua no garantiza un encuentro comunicativo eficaz, y se requiere de esta flexibilidad para adaptarse a estilos de comportamiento diferentes. En este sentido, adquiere relevancia la comunicación no verbal y el significado de la comunicación gestual.

Adicionalmente, los datos cualitativos también informaron de la percepción de los estudiantes sobre discriminación en los contextos sanitarios, lo que concuerda con diversos estudios que dan cuenta de esta conducta en la atención en salud, principalmente relación con el color de la piel, origen étnico y orientación sexual (Wesp et al., 2018; Bernalles et al., 2017; Ortiz, Baeza-Rivera, Salinas-Oñate, Flynn y Betancourt, 2016). La literatura ha establecido que la discriminación

puede transgredir la dignidad de los pacientes de diferentes culturas, y se asocia a negligencia en salud (Sharifi et al., 2019).

A pesar de que las conductas discriminatorias fueron ampliamente rechazadas por los participantes de este estudio, emergieron en los discursos en forma implícita algunos estereotipos, principalmente en torno al género y la orientación sexual de las personas. Este resultado es similar al obtenido por Salas (2018), que señala que el estereotipo en relación con el género es común en los espacios de la enseñanza de la medicina. Es importante señalar que es más habitual el estereotipo negativo y que se encuentra relacionado con el prejuicio y la discriminación. Si bien los estereotipos sociales se transmiten desde la niñez, se sabe que las universidades sostienen la reproducción de roles estereotipados y visiones androcéntricas. Se ha señalado que el currículo oculto en las carreras de la salud impulsa a la trasmisión de normas, ideas, relaciones de poder, roles, valoraciones, entre otros, que refuerzan la discriminación de ciertos grupos sociales de manera poco visible (Salas, 2018). Un estudio realizado con estudiantes de Enfermería demostró que una formación específica en un grupo social ampliamente estereotipado permitió disminuir en forma considerable los estereotipos (Sarabia y Castanedo, 2015). Por tanto, esto da indicios de la importancia de establecer estrategias educativas que permitan disminuir las conductas discriminatorias, prejuicios y estereotipos en la formación de los futuros profesionales de la salud.

En la dimensión formación profesional, los datos cuantitativos dieron cuenta de que la muestra obtuvo las puntuaciones más bajas respecto de las otras dimensiones; por lo tanto, podemos señalar que la percepción de los participantes sobre la formación profesional para vincularse con la diversidad cultural fue baja. Estos resultados coinciden con lo establecido por Mews et al., (2018), quienes señalan que la enseñanza sobre aspectos relacionados con la CI y diversidad en la educación de pregrado es muy escasa, que no es prioritaria y que, en general, en Medicina, es ofrecida en cursos optativos y en actividades de voluntariado realizados por los mismos estudiantes. La literatura ha establecido que los planes de la formación profesional en salud deben incluir aspectos de interculturalidad, y que se debe profundizar en el relativismo metodológico de la enseñanza respecto de la interpretación de las diferencias culturales (Piñeiro, 2015).

Las entrevistas cualitativas evidenciaron que las prácticas clínicas fueron las principales actividades académicas que permitieron a los estudiantes interactuar con grupos culturalmente diversos, especialmente desde la atención primaria; sin embargo, podríamos indicar que esta interacción fue fortuita, dada a la diversidad propia de las comunidades que se atienden en este nivel de atención, y que la práctica en sí misma no estaba dirigida a atender o prestar servicios a un grupo en particular, con una cultura distinta. Al respecto, es importante poder brindar a los estudiantes la oportunidad de atender a pacientes de diferentes culturas, con el fin de ayudarles a desarrollar su competencia intercultural, tal como lo indican Sharifi et al. (2019). Se ha señalado que existe un predominio asistencial en las prácticas de atención primaria, y que las acciones que se realizan fuera del *box* se limitan a las visitas domiciliarias (Esnouf, Burgos y Pesse Sorensen, 2020). En este sentido, sería interesante desarrollar trabajo comunitario y promoción de la salud, dado que permiten generar una reflexión crítica sobre actores y roles institucionales y políticas públicas, así como valorar los saberes de la comunidad, sus culturas y creencias.

Adicionalmente, en las entrevistas se destaca el deseo de los estudiantes de un mayor acercamiento de la universidad a la diversidad local, coincidiendo esto con lo expresado por Oikarainen et al., (2019), que señalan que la educación en competencia intercultural debe ser adaptable a los distintos conjuntos de culturas dentro de un país o región, para que los estudiantes puedan captar y conocer el contexto cultural que los rodea.

El rol del tutor/docente fue uno de los aspectos más valorados por los estudiantes, estableciendo la motivación que ellos ejercen en la búsqueda de nuevos conocimientos y en el apoyo cuando se enfrentan a situaciones complejas. Asimismo, se señaló que “son las profesoras las que nos instan a instruirnos sobre la interculturalidad”. Smith (2018), Sharifi et al. (2019), Oikarainen et al. (2019) y Sin, Chew, Chia, Ser, Sayampanathan & Koh (2019) señalan que los docentes tienen un rol clave en la enseñanza de la CI, actuando como modelos, y que existe una necesidad urgente en capacitar a los docentes para la entrega de una tutoría culturalmente competente. Para Sanhueza et al.,

... el reconocimiento de la influencia de buenos profesores es esencial. Ellas/os pueden llegar a transmitir una sensibilidad especial para hacer frente a situaciones de comunicación complejas, abandonar comportamientos dogmáticos y transmitir que existen múltiples opciones y formas de actuar en contextos de diversidad cultural. (2012, p. 141)

Otro aspecto relevante, evidenciado en las entrevistas, es la perspectiva hegemónica del modelo biomédico tradicional, probablemente el modelo con el cual se forma la mayor parte de profesionales de la salud. En esta línea, Gil e Incaugarat (2018) señalan que esta perspectiva vehiculiza reduccionismos biológicos, la burocratización, la “deshumanización” en los tratamientos, la medicalización de la vida cotidiana, entre otros. Así, se pone en cuestión la dicotomía ciencia-creencia y su derivada medicina-cultura. En este sentido, es necesario establecer, desde las universidades que forman profesionales de la salud, un análisis de la biomedicina como un sistema de salud más, en relación horizontal con los llamados sistemas “alternativos”. Adicionalmente, uno de los entrevistados mencionó la enseñanza sobre la base de la “raza blanca”; este aspecto podría estar dado por la occidentalización de la medicina, así como de su enseñanza. En este sentido, la enseñanza debiese tener una mirada más amplia, que permita tener en cuenta la diversidad de estudiantes, de docentes y de las poblaciones que se atienden, incluyendo metodologías y didácticas que vayan más allá de dualidades que podrían caer en la estigmatización: pobre/rico, blanco/negro, entre otras.

Conclusiones

Los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica del Norte, participantes del estudio, poseen habilidades cognitivas interculturales medianamente desarrolladas, habilidades afectivas interculturales de mediana a altamente desarrolladas, y habilidades conductuales altamente desarrolladas para establecer una comunicación intercultural, además de una formación profesional baja para vincularse con la diversidad cultural, según lo declarado mediante el instrumento de medición aplicado. Estos resultados

se explican desde la adquisición de CI a través de sus procesos educativos y de interacción social informales, junto con planes de formación universitarios en los cuales los aspectos abordados con relación a la diversidad cultural surgen desde iniciativas específicas dadas a través de asignaturas y actividades puntuales, y no desde una estrategia integrada y permanente de formación, que permita su consolidación desde la educación formal. En esta línea, se puede establecer que los estudiantes poseen una base que les permite interactuar de manera pertinente con los usuarios en el contexto de la misma cultura; sin embargo, la ausencia de un plan de formación sistemático destinado a la atención de los aspectos interculturales, podría hacer suponer que es necesario consolidar el desarrollo de las competencias presentes, ampliándolas hacia el abordaje de la diversidad cultural en un contexto de atención sanitaria. De este modo, la interacción de los estudiantes con sus usuarios aumentaría en términos de pertinencia cultural y los beneficios descritos de este tipo de relación clínica serían alcanzados mediante el despliegue de las competencias interculturales en los vínculos terapéuticos que establezcan.

Referencias

- Alarcón, A., Astudillo, P., Barrios, S. y Rivas E. (2004). Política de salud intercultural: perspectiva de usuarios mapuches y equipo de salud en la IX región, Chile. *Revista Médica de Chile*, (132), 1109-14. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000900013
- Alarcón, A., Vidal, A. y Neira, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 131(9),1061-1065. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>
- Alizadeh, S. & Chavan M. (2016). Cultural competence dimensions and outcomes: a systematic review of the literature. *Health and Social Care in the Community*, 24(6), 117-130. DOI: 10.1111/hsc.12293.
- Alonso-Palacio, L., Cepeda-Díaz, J., Castillo-Riascos, L., Pérez, M., Vargas-Alonso, A. & Ricardo-Barreto, C. (2017). Interculturality in the formation of health students: A Colombian experience. *Horizonte Sanitario*, 16(3), 175-182. DOI: <https://dx.doi.org/10.19136/hs.a16n3.1837>

- Aneas, A. (2003). *Competencias interculturales transversales: un modelo para la detección de necesidades de formación* (tesis doctoral). Universidad de Barcelona, España. Recuperado de: http://www.tdcat.cesca.es/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-1223104-122502//0.PREVIO.pdf
- Aneas, A. (2009) Competencias Interculturales Transversales: Su diagnóstico en grupos de baja cualificación. *Revista de Investigación Educativa*, 27(1), 105-123. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2833/283322804007.pdf>
- Badilla, L. (2006). Fundamentos del paradigma cualitativo en la investigación educativa. *Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud*, 4(1), 42-51. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/255654846_FUNDAMENTOS_DEL_PARADIGMA_CUALITATIVO_EN_LA_INVESTIGACION_EDUCATIVA
- Barnes, M. (2016). Impact of Service-Learning on Leadership and an Interest in Social Justice. *Journal of Nursing Education*, 55(1), 24-30. DOI: 10.3928/01484834-20151214-07.
- Bernales, M., Cabieses, B., McIntyre, A. y Chepo M. (2017). Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, (34), 167-75. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000200002
- Dietz, G. (2017). Interculturalidad: una aproximación antropológica. *Perfiles Educativos*, 39(156), 192-207. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018526982017000200192&lng=es&tlng=es
- Esnouf, S., Burgos, S. y Pesse Sorensen, K. (2020). Aportaciones de una práctica de promoción de salud comunitaria a la formación profesional de estudiantes de medicina de la Universidad de Chile. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 23(3), 135-139. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322020000300007&lng=es&tlng=es.
- Gil, G. e Incaugarat, M. (2018). La mirada antropológica como parte de la formación de profesionales de la salud: experiencias y reflexiones. *Praxis Educativa*, 22(3), 37-46. DOI: <https://dx.doi.org/10.19137/praxiseducativa-2018-220304>
- González-Burboa, A, y Acevedo, C. (2016). Percepción de estudiantes de la salud acerca de la implementación de las macrocompetencias genéricas. *Educación Médica Superior*, 30(4), 349-360. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412016000400011&lng=es&tlng=es.

- Guba, E. G. (1989). Criterios de credibilidad en la investigación naturalista. En J. Gimeno Sacristán y A. Pérez Gómez (Eds.), *La enseñanza: su teoría y su práctica* (3ª ed.) (pp. 148-165). Madrid: Akal.
- Henderson, S., Horne, M., Hills, R. & Kendall, E. (2018). Cultural competence in healthcare in the community. *Health soc Care Communnity*, 1-14. Recuperado de: http://eprints.whiterose.ac.uk/130363/1/Health%20%26%20Social%20Care%20in%20the%20Community_Concept%20Analysis%20of%20Culturally%20Competence%20paper%202nd%20revision%202018_accepted%20version_Jan%202018.pdf
- Horst, A., Schwartz, B., Fisher, J., Michels, N. & Van Winkle L. (2019). Selecting and Performing Service-Learning in a Team-Based Learning Format Fosters Dissonance, Reflective Capacity, Self-Examination, Bias Mitigation, and Compassionate Behavior in Prospective Medical Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, (16), 3926. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6843913/pdf/ijerph-16-03926.pdf>
- Menéndez, E. (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciênc Saúde Colectiva*, (21), 109-18. Recuperado de: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000100109&script=sci_abstract&tlng=es
- Mews, C., Schuster, S., Vadjia, C., Rudolph L., Schmidt L., Bösner S., Guzelsoy L., Kressing F., Hallal H., Peters T., Gestmann M., Hempel L., Grützmann T., Sievers E. & Knipper M. (2018). Cultural Competence and Global Health: Perspectives for Medical Education – Position paper of the GMA Committee on Cultural Competence and Global Health. *Journal of Medical Education*, 35(3). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6120152/>
- Muñoz-Cano, J., Maldonado-Salazar, T. y Bello, J. (2014). Desarrollo de proyectos para la formación de la competencia intercultural por estudiantes de medicina. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 17(3), 161-169. DOI: <https://dx.doi.org/10.4321/S2014-98322014000300006>
- Murillo, J. (2015). Construcción de las competencias interculturales para el desarrollo de una propuesta de experiencias de aprendizaje para alumnos de primer año de medicina. *Anales de la Facultad de Medicina (Perú)*, (76), 77-87. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832015000100010
- Nuñez Moscoso, J. (2017). Los métodos mixtos en la investigación en educación: hacia un uso reflexivo. *Cuadernos de Pesquisa*, 7(16), 632-649. Recuperado de: <https://www.scielo.br/pdf/cp/v47n164/1980-5314-cp-47-164-00632.pdf>

- Oikarainen, A., Mikkonen, K., Kennyb, A., Tomiettoa, M., Tuomikoskia, A., Meriläinen, M., Miettunen, J. & Kääriäinen, M. (2019). Educational interventions designed to develop nurses' cultural competence: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, (98), 75-86. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2019.06.005
- Ortiz M., M. S., Baeza-Rivera M., Salinas-Oñate N., Flynn P. y Betancourt P. (2016). Atribución de malos tratos en servicios de salud a discriminación y sus consecuencias en pacientes diabéticos mapuche. *Revista Médica de Chile*, (144), 1270-1276. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v144n10/art06.pdf>
- Piñeiro, E. (2015). Educación médica para la inclusión intercultural desde un estudio de caso entre los Mbyá-guaraní. *Revista Educación Médica Superior*, (29), 824-31. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412015000400015
- Ringulet, R. (2013). *Temas y problemas en Antropología Social*. La Plata: Editorial de la Universidad de La Plata.
- Rojó R. y Navarro N. (2016). Competencias genéricas adquiridas, según estudiantes de una carrera de la salud. *Investigación en Educación Médica*, 5(19), 172-181. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007505716000296>
- Salas, M. (2018). Estereotipos de género ocultos en el aprendizaje de los estudiantes de Medicina: un análisis necesario. *EDUMECENTRO*, 10(4), 20-36. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742018000400002&lng=es&tlng=es.
- Sanhueza Henríquez, S., Patrick Matzler, P., Hsu, Ch-Ch., Domínguez Maldonado, J., Friz Carrillo, M. y Quintriqueo Millán, S. (2016). Competencias Comunicativas Interculturales en la formación inicial docente: El caso de tres universidades regionales de Chile. *Estudios Pedagógicos (Valdivia)*, 42(4), 183-200. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-07052016000500011&lng=es&nrm=i
- Sanhueza, S., Pukner, F., San Martín, V. y Friz, M. (2012). Dimensiones de la competencia comunicativa intercultural y sus implicaciones para la práctica educativa. *Folios. Segunda época*, 36, 131-151. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-48702012000200008
- Sarabia, C. y Castanedo, C. (2015). Modificación de estereotipos negativos en la vejez en estudiantes de enfermería. *Gerokomos*, 26(1), 10-12. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000100003

- Sedgwick, A. & Atthill, S. (2020). Nursing Student Engagement in Cultural Humility Through Global Health Service Learning: An Interpretive Phenomenological Approach. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(3), 304-311. DOI: 10.1177/1043659619870570
- Sharifi, N., Abid-Hajbaghery, M. & Najafi, M. (2019). Cultural competence in nursing: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, (99), 103386. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103386
- Sin, D., Chew, T., Chia, T., Ser, J., Sayampanathan, A. & Koh, G. (2019). Evaluation of Constructing Care Collaboration - nurturing empathy and peer-to-peer learning in medical students who participate in voluntary structured service learning programmes for migrant workers. *BMC Medical Education*, (19), 304. DOI: 10.1186/s12909-019-1740-6
- Smith, L. (2018). A nurse educator's guide to cultural competence. *Nursing Management*, 49(2), 11-14. DOI: 10.1097/01.NUMA.0000529933.83408.06.
- UNESCO. (2013). *Competencias Interculturales. Marco conceptual y operativo*. Recuperado de: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000251592>
- Veliz-Rojas, L., Bianchetti-Saavedra, A. y Silva-Fernández, M. (2019). Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(1). DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00120818>
- Wesp, L., Ruiz, A., Weitzel, J., Kako, P. & Mkandawire, L. (2018). An Emancipatory Approach to Cultural Competency The Application of Critical Race, Postcolonial, and Intersectionality Theories. *Advances in Nursing Science*, 41(4), 316-326. DOI: 10.1097/ANS.0000000000000230

Recibido: 03/01/2021

Aceptado: 01/07/2021