PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGIA

Competencia Cultural en trabajadores de salud en Chile: Una primera aproximación a sus Factores Principales

PAULINA DEL CARMEN FERNANDEZ GUTIERREZ

Profesor Guía: Margarita Bernales Silva

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de Magíster en Psicología de la Salud

Diciembre, 2018
Santiago, Chile

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGIA

Competencia Cultural en trabajadores de salud en Chile: Una primera aproximación a sus Factores Principales

PAULINA DEL CARMEN FERNANDEZ GUTIERREZ

Profesor Guía: Margarita Bernales Silva

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de Magíster en Psicología de la Salud

Octubre, 2018
Diciembre, Chile

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a mi familia por su constante apoyo, y en especial a mi padre Claudio Fernández Madariaga por su valiosa ayuda en la elaboración de este estudio.

También agradezco al equipo de investigación, en especial a mi profesora guía de Tesis Margarita Bernales y a Víctor Pedrero por su permanente confianza y apoyo.

Índice

Resumen …….. vi
Introducción …… vii
Artículo
Resumen – Abstract ….…… ix
Introducción ….…… xi
Material y método ….…….. xv
Tabla 1. Principales datos descriptivos de la muestra ……. xv
Resultados …….. xviii
Figura 1. Porcentajes de respuesta de ítems del cuestionario …… xviii
Tabla 2. Cargas factoriales de solución final …….. xix
Discusión …… xxi
Referencias ……. xxvi
Anexos …….. xxxii
Tabla 3. Frecuencias y porcentajes de respuesta en cada variable del cuestionario ……..…… xxxii
Tabla 4. Correlaciones ítems-test …….……..… xxxvi
Tabla 5. Cargas factoriales iniciales ……..… xxxix
Tabla 6. Cargas factoriales con 2 factores ….…….. xlii
Análisis complementario de ítems del cuestionario …….…… xliv
Figura 2. Distribución de puntajes estandarizados de cuestionario final ….……... xlvii
Figura 3. Gráfico de sedimentación de solución final ……... xlvii
Figura 4. Gráfico de factores en espacio factorial rotado en solución final …….. xlviii
Figura 5. Gráfico de ANOVA de nivel de CC entre estamentos profesionales ……. xlviii
Figura 6. Gráfico de comparación de nivel de CC entre grupos con o sin capacitación en el área …….……. xlix
Figura 7. Gráfico de comparación de nivel de CC entre mujeres y hombres ……... xlix

Resumen

El objetivo general de la presente investigación es conocer la validez y confiabilidad de la estructura interna de un nuevo cuestionario para medir Competencia Cultural en Trabajadores de Salud en Chile.

Con un diseño no experimental, transversal, descriptivo y exploratorio, se aplicó la versión piloto de una Nueva Escala para medir Competencia Cultural en Trabajadores de Salud, consistente en 31 preguntas en formato Likert que evalúan sensibilidad, conocimientos y habilidad cultural , los tres componentes del Modelo Multidimensional de Competencia Cultural de Sue & Sue (1). También se recolectaron datos sociodemográficos. La recolección de datos se llevó a cabo en centros de atención de salud pública primaria, secundaria y terciaria de la red de Salud Santa Rosa perteneciente al Servicio de Salud Metropolitana Sur Oriente de Santiago de Chile. Se evaluaron a 483 profesionales que representan a los estamentos de la medicina, enfermería, kinesiología, obstetricia y nutrición.

A través de un análisis factorial exploratorio, se determinó una estructura con 2 factores principales. A partir de estos resultados, se compararon grupos de la muestra, no observándose diferencias significativas según profesión, sexo, nivel de atención o años de experiencia. Sí se observaron diferencias estadísticamente significativas entre profesionales de acuerdo con si han recibido algún tipo de capacitación en ámbitos relacionados con la CC. También se observa una relación significativa entre el nivel de CC y la edad de los profesionales.

Las dimensiones encontradas, Sensibilidad Cultural y Habilidad Cultural, se encuentran presentes en la mayoría de los modelos teóricos e instrumentos construidos para medir CC. Los resultados del presente estudio concuerdan con evidencia internacional que indica que el nivel de CC mostrado por los trabajadores de salud se encuentra relacionado con la capacitación que éstos reciben, lo cual afirma la importancia de realizar intervenciones en el área. Estos resultados generan un precedente para la generación de nuevos análisis factoriales que continúen explorando la estructura del cuestionario y que completen el proceso de validación. Esto permitirá confirmar la presencia de estas dimensiones, y generarán intervenciones para aumentar el nivel de CC de los trabajadores de Salud en Chile.

Introducción

En Chile hemos vivido en estos últimos años una diversificación cultural importante. Fenómenos como la migración internacional y la visibilización de minorías sexuales (2) ha puesto en evidencia la necesidad de contar con una mirada más amplia e inclusiva sobre el abordaje de la atención de salud, como un encuentro entre personas con contextos socioculturales diversos. En este contexto, el Ministerio de Salud ha generado leyes y normativas que incorporan la multiculturalidad e interculturalidad para intentar superar las inequidades (3), que sin embargo no han superado una visión neoindigenista que implica una relación de poder entre el sistema y los usuarios (4).

En este contexto, el concepto de Competencia Cultural ha surgido como un marco que permite generar encuentros más respetuosos con los usuarios, y que permiten entregar atención sanitaria atingente a las necesidades y expectativas de las personas. La Competencia Cultural da cuenta de atributos con que tanto las personas como las instituciones cuentan para dialogar y adaptar sus intervenciones de manera flexible y amplia a los usuarios en salud.

En el mundo hace varios años se han venido desarrollando intentos por incorporar la Competencia Cultural en la atención de salud, a través de la generación y aplicación de instrumentos para evaluarla de una manera atingente tanto al personal de salud como a la población a la que atienden. Esto ha permitido identificar aspectos de la atención culturalmente competente a potenciar, y así mejorar la atención a diferentes personas y grupos. Es por esto que resulta relevante contar con instrumentos válidos y confiables, coherentes con la realidad local, que puedan medir el nivel de Competencia Cultural.

El presente proyecto desarrolla un análisis secundario de datos a partir del proyecto FONIS N° SA16I0182 *Desarrollo de un instrumento para medir el nivel de Competencia Cultural en trabajadores de salud en Chile* (5), cuyo objetivo es generar un instrumento válido de libre acceso para medir Competencia Cultural en trabajadores

de Salud en Chile. La importancia de este estudio radica en contar con un instrumento diseñado en el país, de acuerdo con la realidad nacional.

El objetivo general de este estudio es conocer la validez y confiabilidad de la estructura interna de un nuevo cuestionario para medir Competencia Cultural en Trabajadores de Salud en Chile. A través de una metodología cuantitativa no experimental, exploratoria y transversal, se realizó un análisis de los datos obtenidos a partir del pilotaje de este instrumento, realizado durante los meses de diciembre de 2017 y junio de 2018.

El propósito radica en identificar elementos centrales de Competencia Cultural de las prácticas de Salud, que sean pertinentes a la realidad chilena. De esta manera, es posible informar sobre elementos relevantes de prácticas culturalmente competentes en Chile. En el futuro, esto permitirá tomar decisiones para entrenar y mejorar niveles de Competencia Cultural.

El contenido del estudio se presenta en un formato de artículo científico publicable en la Revista Atención Primaria. Se ha seleccionado este medio debido a que publica trabajos de investigación relativos a la atención primaria de salud, y asume un modelo orientado no solo a la curación de la enfermedad, sino también a su prevención y la promoción de la salud, tanto en el plano individual como en el familiar y comunitario. En este sentido, la Competencia Cultural es un concepto amplio que se enmarca en esta visión amplia de la salud.

En el artículo se incluye una introducción, en la que se aborda la contextualización del concepto de Competencia Cultural, la presentación del modelo teórico empleado y antecedentes sobre construcción de instrumentos similares en el mundo. En material y método se presentan los aspectos centrales de la metodología empleada y consideraciones éticas del proceso. Luego se presentan los principales resultados del estudio, y finalmente en la discusión se contrastan estos hallazgos con la evidencia internacional, y se abordan sus implicancias.

En los anexos se presenta material adicional que complementa la información presentada en el artículo, y que ayuda a comprender de manera más acabada los análisis realizados y las conclusiones a las que se han llegado.

Competencia Cultural en Trabajadores de Salud en Chile: Una primera aproximación a sus Factores Principales

Resumen

Introducción: La Competencia Cultural (CC) es un elemento central para incorporar las necesidades y expectativas de los usuarios en la atención en salud. Se han creado instrumentos para evaluarla a nivel internacional, sin embargo, en Chile aún no ha sido desarrollados.

Objetivo: Conocer la validez y confiabilidad de la estructura interna de un nuevo cuestionario para medir Competencia Cultural (CC) en Trabajadores de Salud en Chile.

Material y método: Se trata de un estudio no experimental, transversal, descriptivo y exploratorio, que se desarrolló en centros de atención de salud pública primaria, secundaria y terciaria de la red de Salud Santa Rosa perteneciente al Servicio de Salud Metropolitana Sur Oriente de Santiago de Chile. Los participantes fueron 483 profesionales que representan a los estamentos de la medicina, enfermería, kinesiología, obstetricia y nutrición. Se recolectaron datos sociodemográficos, y se evaluó el nivel de Competencia Cultural a través de la versión piloto de una nueva Escala para medir Competencia Cultural en trabajadores de Salud en Chile, que contó con 31 preguntas en formato Likert, y que evaluó las tres áreas de la CC definidas por el modelo teórico multidimensional de CC de Sue & Sue.

Resultados: A través de un análisis factorial exploratorio, se determinó una estructura con 2 factores principales. A partir de estos resultados, se compararon algunos grupos de la muestra, no observándose diferencias significativas según profesión, etnia, estudios de postgrado, nivel de atención o años de experiencia. Sí se observaron diferencias estadísticamente significativas entre profesionales de acuerdo con si han recibido algún tipo de capacitación en ámbitos relacionados con la CC, de acuerdo con el cargo actual y el sexo. También se observa una relación significativa entre el nivel de CC y la edad de los profesionales.

Conclusiones: El cuestionario preliminar para evaluar Competencia Cultural en trabajadores de salud en Chile es un instrumento con una adecuada validez y confiabilidad, consistente en 21 ítems agrupados en 2 subescalas. Las dimensiones

encontradas en el cuestionario, Sensibilidad Cultural y Habilidad Cultural, se encuentran presentes en la mayoría de los modelos teóricos e instrumentos construidos para medir CC. Los resultados del presente estudio concuerdan con evidencia internacional que indica que el nivel de CC mostrado por los trabajadores de salud se encuentra relacionado con la capacitación que éstos reciben, lo cual releva la importancia de generar intervenciones en el área. Estos resultados generan un precedente para la generación de nuevos análisis factoriales que continúen explorando la estructura del cuestionario y que completen el proceso de validación. Esto permitirá confirmar la presencia de estas dimensiones, y generarán intervenciones para aumentar el nivel de CC de los trabajadores de Salud en Chile.

Abstract

Introduction: Cultural Competence (CC) is a key element to incorporate user's needs and expectations in health care. At an international level, instruments have been created to assess this construct, however in Chile there are not yet been developed.

Aim: To establish the validity and reability of the internal structure of a new scale to assess Cultural Competence (CC) in Health Workers in Chile.

Method: This is a non-experimental, transversal, descriptive and exploratory study that was developed in primary, secondary and tertiary public care health centers of the Santa Rosa Health Network, belonging to the Southern Metropolitan Health Service of Santiago, Chile. The participants were 483 professionals representing the fields of medicine, nursing, kinesiology, obstetrics and nutrition. Sociodemographic data were collected, and level of Cultural Competence was assessed through the pilot version of a new Scale to assess Cultural Competence in health workers in Chile, which contain 31 Likert items, and assess the three areas of CC defined by the multidimensional model of CC developed by Sue & Sue.

Results: Through an exploratory factorial analysis, it was determined a factorial structure with two main factors. With these results, some groups of the simple were compared; no significant differences are observed according to profession, ethnicity, postgrads studies, level of health care in which the professionals work or years of experience. On the other hand, there were significant statistically differences among professionals according to whether they have received some type of training related

with CC, current job position and gender. There is also a significant relationship among the levels of CC and the age of participants.

Conclusions: The preliminary questionnaire to assess Cultural Competence in health workers in Chile is an instrument with adequate validity and reability, consisting in 21 items grouped in two sub scales. The dimensions founded in the Scale, *Cultural Awareness* and *Cultural Skill*, are present in most of the theoretical models and instruments to assess CC. The results of this study agree with international evidence that indicates that the level of CC shown by health workers is related to the training they receive, which highlights the importance of generating interventions in this field. There results generate a precedent for the generation of new factorial analysis that continues to explore the structure of the scale and complete the validity process. This will confirm the presence of these dimensions, and will generate interventions to increase the level of CC in health workers in Chile.

Introducción

Las culturas hacen que los seres humanos demos diferentes significados a las experiencias, incorporándolas a nuestra manera de ver el mundo y de relacionarnos con él. En el campo de la salud, constituyen el contexto en el cual comprendemos la salud y la enfermedad, y en la que se genera la entrega y recepción de la atención sanitaria (6) Sin embargo, a menudo las diferencias culturales son percibidas como barreras en el acceso y en la calidad de la atención (7), y afectan sobre todo a personas que provienen de grupos socioculturales minoritarios. La experiencia de proyectos en salud internacional, muchos de ellos dirigidos a los sectores más vulnerables, da cuenta de importantes dificultades que se enfrentar al no considerar la cultura de los usuarios en el proceso de atención de salud (4,7).

En este contexto surge la Competencia Cultural (CC) como un concepto que intenta generar una relación más armoniosa entre los sistemas de salud y sus usuarios. Se ha definido como el uso de la comprensión y la conciencia de uno mismo y de los demás para respetar y generar intervenciones de salud equitativas y éticas en un encuentro cultural diverso (8). Contiene las habilidades para funcionar efectivamente y apreciar los dones de quienes son diferentes, y que fueron criados de manera

diferente a nosotros, rescatando y valorando las diferencias culturales, como una forma de enriquecer las sociedades (9). Se ha relacionado con la habilidad de los proveedores de salud para reconocer su propia cultura y límites, y para comprender y atender a la cultura del paciente (6). Se propone este concepto en la literatura internacional como una solución para proveer cuidados de salud de alta calidad a todos los grupos de pacientes y reducir las inequidades (10–12).

Competencia Cultural: Un modelo multidimensional

Entre los modelos teóricos que dan cuenta de este concepto, el Modelo Multidimensional de Competencia Cultural de Sue & Sue (13) ofrece un marco conceptual amplio y flexible en que se integran tres dimensiones primarias de competencia multicultural: 1. Perspectivas de grupos racionales/culturales específicos, como un aspecto relevante de la identidad personal que ejerce una influencia poderosa sobre la visión social de los grupos socioculturales y sobre cómo los miembros de un grupo se ven a sí mismos y a otros. 2. Componentes necesarios para que se exprese la CC: actitudes y creencias; conocimiento o comprensión de las visiones de individuos y grupos culturalmente diferentes. 3. Focos de la CC (13). Este modelo adquiere múltiples combinaciones, ya que propone una visión amplia y flexible del constructo, permitiendo la identificación sistemática de CC en un número diferente de áreas.

La construcción de instrumentos que evalúan la CC se ha centrado principalmente en los componentes del constructo. En este modelo teórico específico, se trata de tres categorías.

En primer lugar, las Actitudes y Creencias; la comprensión de las propias influencias culturales que afectan las creencias, valores y actitudes. Se relacionan con la conciencia y sensibilidad sobre nuestras herencias culturales, experiencias, reacciones emocionales negativas hacia ciertos grupos culturales, prejuicios, estereotipos; y respeto y valoración por diferencias culturales, étnicas, religiosas, entre otras.

En segundo lugar, el Conocimiento, la comprensión de las visiones de individuos y grupos culturalmente diferentes. Incluye estar al tanto de nuestro impacto social, estilo de comunicación, conocer sobre los grupos con los que se está en contacto, influencias sociopolíticas, inmigración, las influencias de las prácticas

discriminatorias en la comunidad, efectos de barreras institucionales, temas de discriminación, inmigración, influencias sociopolíticas, entre otras.

Finalmente, las Habilidades, uso de habilidades de intervención y comunicación culturalmente apropiadas. Se relacionan con maneras de adaptar las intervenciones a los diferentes receptores y contextos culturales de los que provienen, adoptar diferentes estilos de comunicación verbales y no verbales, adoptar maneras de disminuir los prejuicios, y discriminación en las prácticas, familiarizarse con investigación relevante de grupos racionales o étnicos, y otras asociadas.

La ventaja de este modelo teórico para efectos de la creación de un instrumento de evaluación de la CC, se relaciona con la inclusión de estas múltiples dimensiones, que permite adaptarse a los diversos contextos y características de la población.

Antecedentes de evaluación de la Competencia Cultural en el mundo

Al observar las experiencias previas sobre evaluación de CC, la evidencia muestra que ésta se ha centrado en la elaboración de instrumentos desarrollados a partir de diferentes modelos teóricos. En general, los modelos de CC en el campo de la salud se han centrado en los tres componentes que menciona el modelo de Sue & Sue, aunque en algunos modelos se incorporan dos elementos adicionales: motivación/deseo cultural y encuentro/interacción cultural (14).

Algunos de los modelos teóricos han dado paso a instrumentos para evaluar la CC en diferentes contextos y definiendo diferentes outcomes de salud, como satisfacción usuaria, confianza terapéutica, estado de salud y adherencia a los tratamientos (14). La mayoría de los instrumentos son auto aplicados por el trabajador de salud. Dentro de los instrumentos más utilizados se encuentran el Inventory for assessing the process of CC among healthcare professionals, revised (IAPCC-R), Cultural Competence Assessment Tool (CCA Tool), CC Scale, Transcultural self-efficacy tool (TSET), CC Assessment (CCA), CC Clinical evaluation tool (CCCET) (13,14), y el Cross Cultural Counseling Inventory –Revised (CCCI-R) (15), este último elaborado en base al modelo multidimensional de CC.

La experiencia de instrumentos diseñados para poblaciones específicas generalmente pertenece a países del primer mundo. Se están generando estudios de validación en países en vías de desarrollo (16,17). Sin embargo, se ha señalado la utilidad de desarrollar instrumentos específicos para cada realidad cultural (18).

Existe evidencia que indica que los instrumentos desarrollados para evaluar el nivel de CC pueden discriminar si la persona ha recibido capacitación en el área (19). Organismos internacionales como la Joint Commision International (20), el Comité de Comprensión y Eliminación de Inequidades raciales y étnicas en la atención de salud (21) y el Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos (22), indican lineamientos e intervenciones de capacitación específicas para el entrenamiento de la CC.

De esta manera, la experiencia internacional muestra que, si bien se observan beneficios de la medición y entrenamiento en CC en la salud de los usuarios, es relevante contar con instrumentos pertinentes a la realidad local y adecuadamente construidos.

En Chile, el Ministerio de Salud ha generado leyes y normativas que incorporan estas visiones para intentar superar las inequidades. La Norma de Interculturalidad en los Servicios de Salud establecida en 2006, define la necesidad de avanzar en la pertinencia cultural, interculturalidad y complementariedad en materia de salud en los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud (23). Estas medidas, si bien han constituido avances en el intento de promover una atención de salud equitativa y pertinente culturalmente para todos los usuarios, no se ha hecho cargo adecuadamente de la diversidad cultural presente en los diversos contextos de atención de salud, ya que se enfoca en incorporar las necesidades específicas de las personas integrantes de los pueblos indígenas originarios de Chile. Esto supone una visión de cultura diferente a la planteada desde la vereda antropológica, ya que propone abordar las culturas indígenas como un sistema fijo de prácticas y costumbres. Por otro lado, explicita en la norma los pueblos incluidos en ella. La normativa explicita una serie de medidas específicas que se deben tomar respecto a la inclusión de las culturas indígenas en los servicios de salud, dejando en evidencia nuevamente su carácter rígido (3).

La presente investigación da cuenta de la validez y confiabilidad de la estructura interna de un nuevo cuestionario para medir Competencia Cultural en los Trabajadores de Salud en Chile. Esto permite identificar elementos centrales de CC de las prácticas de Salud en Chile; así se pretende dar cuenta de elementos relevantes de prácticas culturalmente competentes en Chile. En el futuro, esto permitirá tomar decisiones para entrenar y mejorar niveles de CC.

Material y método

Diseño del estudio. Se trata de un estudio de análisis psicométrico de un instrumento de medición, específicamente, del Cuestionario de Competencia Cultural para Trabajadores de Salud. Este trabajo se llevó a cabo con profesionales de salud de la red de Salud Santa Rosa perteneciente al Servicio de Salud Metropolitana Sur Oriente de Santiago de Chile. Esta Red cuenta con Centros de Salud primaria, secundaria y terciaria.

Participantes. La muestra estuvo conformada por 483 participantes, reclutados de forma intencionada considerando profesionales de diferentes áreas: medicina, enfermería, obstetricia, nutrición y kinesiología (ver tabla 1). El tamaño muestral fue estimado a partir de la potencia estadística para la construcción del instrumento (24).

Tabla 1
Principales datos descriptivos de la muestra

		Promedio	Desviación estándar
Edad		35,3	9,9
Años de experiencia laboral		8,8	8,9
		n	%
Sexo	Hombre	130	26.9
	Mujer	353	73.1
Profesión	Médicos	116	24
	Enfermeros	217	44.9
	Matrones	65	13.5
	Kinesiólogos	46	9.5
	Nutricionistas	39	8.1
Identificación con etnia	No	467	96.7
	Si	15	3.1
Formación de postgrado	No	181	37.5
	Si	302	62.5

Nivel de atención	Primario	130	26.9
	Secundario	58	12
	Terciario	309	64
	Otro	17	3.5

Instrumentos. Los instrumentos aplicados fueron dos: una ficha de recolección de datos sociodemográficos y una versión preliminar del Cuestionario de Competencia Cultural para Trabajadores de salud.

a) Ficha Sociodemográfica: Recogió los datos caracterización de los participantes de la muestra.

b) Cuestionario de Competencia Cultural para Trabajadores de Salud (CCCTS): Este instrumento fue diseñado por los autores utilizando como base tres elementos: (a) el modelo teórico de Sue y Sue (2008); (b) la revisión de otros instrumentos de competencia cultural empleados en diferentes países; (c) grupos focales con trabajadores de salud que se desempeñaban en los mismos centros incluidos en este estudio. El CCCTS cuenta con 31 ítems distribuidos en las tres dimensiones teóricas de la CC según Sue y Sue (2008), Sensibilidad, Conocimiento y Habilidades. Se empleó una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos (totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni en desacuerdo ni de acuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo) para cada uno de ítems. Una primera versión de este instrumento fue evaluada por expertos con el fin de resguardar la pertinencia de los ítems incluidos, este procedimiento ha sido descrito previamente para el desarrollo de instrumentos de medición (25,26). El presente estudio da cuenta del análisis psicométrico de la versión revisada del CCCTS.

.

Procedimiento. La recolección de datos fue realizada entre noviembre de 2017 y junio de 2018. Un equipo capacitado visitó los centros pertenecientes a la Red, y contactó a los diferentes profesionales, quienes contestaron los instrumentos asociados a este proyecto. Cada instrumento fue autoadministrado, sin embargo, el encuestador se mantuvo disponible durante el tiempo de aplicación para resolver las dudas. Este estudio contó con la autorización del Comité de Ética del Servicio de Salud Sur Oriente

de Santiago de Chile, y consideró los siete requerimientos propuestos por Emanuel, Wendler & Grady para la realización de investigación en el ámbito clínico (27).

Análisis de datos. El análisis de datos contempló: (b) estudio de ítems; (c) análisis factorial exploratorio y confiabilidad; (d) análisis descriptivo y estratificado de los puntajes obtenidos.

a) Análisis de ítems: Corresponde al estudio de la proporción de respuestas para cada uno de los ítems, y da cuenta de la variabilidad de cada uno de ellos (28). Además, se realizó un análisis de correlaciones ítem-test, con un criterio de 0,4.
b) Análisis psicométrico: se realizó un análisis factorial exploratorio para identificar si los ítems del CCCTS se agrupaban de acuerdo a las dimensiones teóricas propuestas en el modelo de Sue & Sue (25,26,29–31). Dado la naturaleza de la escala de repuesta (tipo Likert) se utilizó como insumo inicial para la estimación del modelo factorial una matriz de correlaciones policóricas, la estimación del modelo se realizó utilizando el método de MLR. Para seleccionar el número de factores se utilizó criterio de Kayser con valores propios mayores a 1 y gráfico de sedimentación (32). Una vez obtenida la solución factorial cruda, esta se rotó de forma oblicua utilizando Oblimin, la cual asumió correlación entre los factores latentes. En la solución factorial final se retuvieron los ítems según considerando su sentido teórico y carga factorial igual o mayor a 0,3.

   Con la solución final se estimó la confiabilidad de cada factor utilizando Alpha de Cronbach,(29). Se consideró aceptable un índice sobre 0.65, lo cual es concordante con escalas reportadas anteriormente.
c) Análisis descriptivo y estratificado de los puntajes obtenidos: Luego de determinar la dimensionalidad del CCCTS, se estimaron los puntajes totales y se exploraron diferencias de medias entre grupos relevantes.

Software: Todos los análisis se realizaron utilizando el software SPSS 24.0.

Resultados

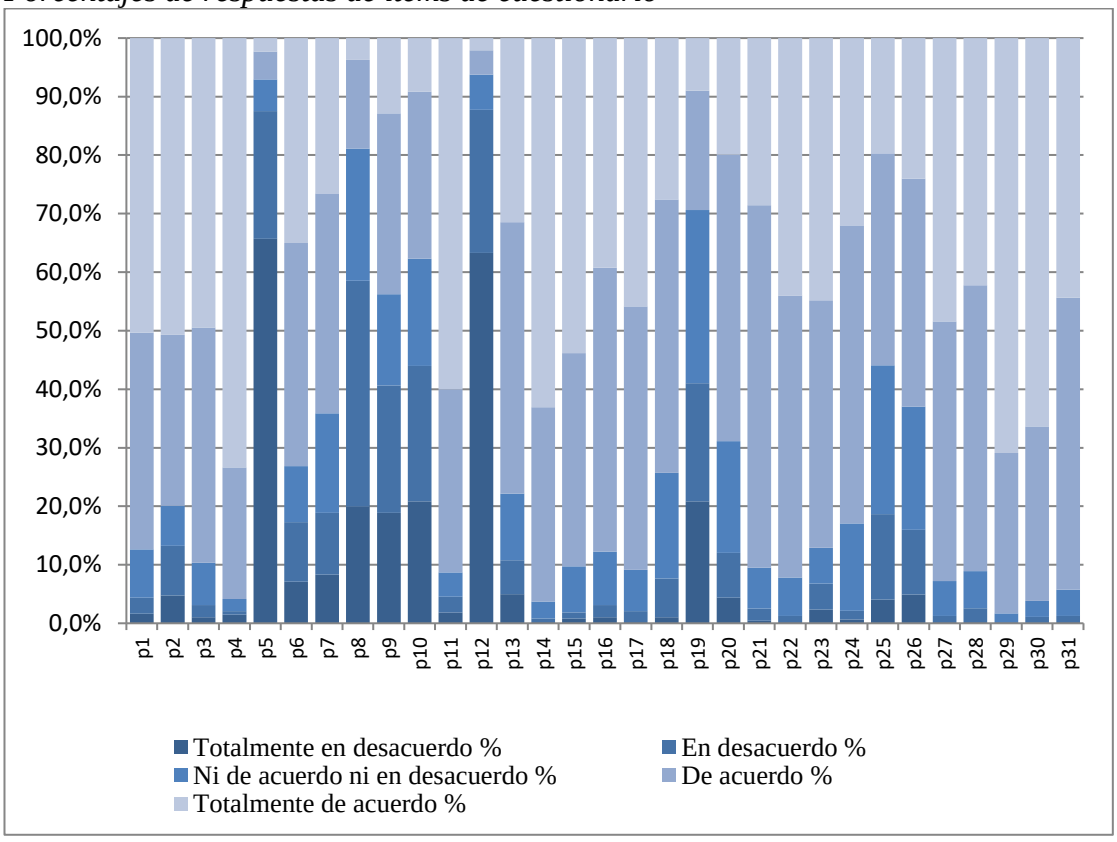
Análisis descriptivo de ítems.

El análisis descriptivo revela que en promedio la categoría de los ítems que miden el nivel más alto de CC acumula el 36,17% de las respuestas.

Se determinó la capacidad discriminativa de los ítems mediante la correlación poliserial entre el puntaje del ítem y el total obtenido en el test. El análisis reveló que 12 de los 31 ítems obtuvieron correlaciones ítem-test superiores a 0,4.

Los porcentajes de respuestas de cada ítem se encuentran en la figura 1.

Figura 1
Porcentajes de respuestas de ítems de cuestionario



Análisis Factorial Exploratorio.

En primer lugar, se realizó la prueba de KMO (0,84) y la esfericidad de Bartlett (chi cuadrado=3469.261, gl=465, p=0.0) que apoyaron la factibilidad del AFE. En el análisis factorial exploratorio con la totalidad de los ítems, y luego de rotar la solución se identificaron 2 factores con sentido teórico que daban cuenta del 31,7% de la varianza. En esta solución preliminar se identificaron 8 ítems que presentaban escasa

validez discriminante, es decir tenían una carga factorial de similar magnitud en ambos factores, por esta razón fueron eliminados de la escala. Los ítems restantes fueron sometidos a un nuevo análisis factorial exploratorio. En este nuevo análisis se identificaron 3 ítems que no mostraron una clara carga en un factor por sobre otro, por lo que fueron eliminados. De esta manera, se realizó un tercer análisis. La solución factorial final presenta 21 de los 31 ítems iniciales, 16 en el factor 1 y 5 en el factor 2. Las cargas factoriales son en su mayoría superiores a 0.4, exceptuando 5 (mayores a 0.3).

El primer factor consta de 16 ítems, y explica el 21.2% de la varianza total., mientras que el segundo factor contiene 5 ítems y explica el 10.58% de la varianza total.

Las cargas factoriales se encuentran en la tabla 2.

Tabla 2
Cargas factoriales de solución final

	Factor	
	1	2
Me siento cómodo cuando interactúo con pacientes que tienen creencias y costumbres diferentes a las mías	0.416	-0.070
Me siento capaz de respetar diferentes métodos de crianza de los niños, mientras no les causen daño	0.388	-0.023
Considero que mis características personales (sexo, edad, profesión, religión) podrían dificultar mi relación con el paciente	-0.200	0.288
Creo que pacientes de diferentes creencias y costumbres tienen distintas expectativas y/o necesidades en la atención en salud	0.058	0.432
Creo que las creencias, valores y costumbres de los pacientes afectan su salud	-0.082	0.401
Creo que mi contexto cultural influye sobre mis actitudes y creencias acerca de otros grupos culturales	-0.188	0.627
Soy consciente que mis creencias acerca de los pacientes influyen en las recomendaciones terapéuticas que les entrego	-0.099	0.628
Creo que las diferencias entre mi contexto socioeconómico y el del paciente son una barrera inicial para la atención en salud	-0.323	0.344
Las creencias, valores y costumbres de los pacientes deben ser valorados en la atención en salud	0.472	0.219
Considero que conocer mejor las creencias y costumbres de los pacientes me ayuda a plantear un tratamiento más adecuado	0.431	0.345

Soy capaz de elaborar un plan de atención en conjunto con pacientes que tienen costumbres y creencias diferentes a las mías	0.631	0.185
Le pido al paciente y su familia que manifiesten las expectativas que tienen con respecto al cuidado y atención en salud	0.589	0.041
Procuro contrastar mis creencias sobre los pacientes durante la atención en salud	0.046	0.317
Soy capaz de reconocer barreras potenciales para acceder a servicios de salud a las que se pueden ver enfrentados los diferentes pacientes	0.457	-0.006
Considero que los problemas de salud del paciente deben ser comprendidos dentro de su contexto cultural (creencias, valores y costumbres)	0.510	0.215
Soy capaz de establecer metas y/u objetivos terapéuticos considerando el contexto cultural (creencias y costumbres) de mis pacientes y sus necesidades	0.656	0.034
Solicito al paciente que me entregue retroalimentación sobre cómo me relaciono con él durante la interacción en salud	0.442	-0.099
Registro en la ficha clínica los datos sobre creencias y costumbres recogidos en la valoración del paciente	0.429	0.000
Me esfuerzo por explicar al paciente su tratamiento médico incluso si él cree que la causa de su enfermedad es sobrenatural	0.418	-0.038
Cuando los pacientes hablan durante la atención de salud intento no interrumpirlos	0.409	-0.131
Me esfuerzo en explicar el plan de tratamiento en un lenguaje que el paciente pueda comprender	0.534	-0.082
Soy consciente que mi comunicación no verbal (por ejemplo: tono de voz, contacto visual) puede ser interpretada de forma distinta por diferentes pacientes	0.512	-0.002
Estoy atento a posibles dificultades que puedan surgir durante la atención en salud debido a las diferencias culturales entre el paciente y yo	0.557	-0.038
Alfa de Cronbach Factor 1: 0.82		
Alfa de Cronbach Factor 2: 0.62		

Análisis de Confiabilidad

Se calculó el alfa de Cronbach para cada una de las dimensiones de la solución factorial final (tabla). La consistencia del factor 1 es de 0,823; y del factor 2 de 0,622; considerándose estos valores como aceptables.

Diferencias Demográficas en Niveles de Competencia Cultural

Considerando la solución final de dos factores y 21 ítems, se realizaron análisis descriptivos del nivel de CC en general y para diferentes grupos. No se encontraron diferencias significativas entre el nivel de CC entre profesionales de los diferentes estamentos, tampoco entre trabajadores de acuerdo con su identificación con alguna etnia, estudios de postgrado, nivel de atención de salud en el cual se desempeñan, o años de experiencia profesional.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres, siendo las primeras quienes muestran un mayor nivel de CC (t=-2.3, p=0.022). También se encontraron diferencias entre profesionales que han recibido algún tipo de capacitación en el ámbito de la CC y quienes no la han recibido (t=-2.743, p=0.007), presentando este último grupo un nivel menor. También se realizó un análisis de regresión lineal para determinar el nivel de asociación entre la edad de los participantes y su nivel de CC, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa, tendiendo a disminuir esta última conforme los participantes aumentan en edad (F=4.704, p=0.031). También se encontró una diferencia estadísticamente significativa de acuerdo con el cargo de los participantes, mostrando los que cumplen funciones clínico-administrativas un nivel superior de CC respecto de quienes cumplen funciones clínicas (t=-2.275, p=0.027).

.

Discusión

En el presente estudio se encontró de forma preliminar que la nueva Escala para medir Competencia Cultural en trabajadores de salud en Chile, cuenta con un nivel de validez de estructura interna adecuado, determinado por el análisis factorial exploratorio. Asimismo, se encontró que el nivel de confiabilidad de las dos subescalas es adecuado.

Respecto de los niveles de CC hallados con dicha escala en la muestra, se observan diferencias estadísticamente significativas de acuerdo con el sexo de los trabajadores, a si los profesionales han recibido algún tipo de capacitación en CC, al cargo que desempeñan y también respecto a la edad de los participantes.

Al analizar las variables contenidas en cada uno de los factores, se observa que las variables contenidas en el primer factor se relacionan con actitudes y comportamientos que los trabajadores de salud muestran con relación a los usuarios o

en general hacia otras personas. En tanto en el segundo factor las variables se relacionan con la conciencia que los trabajadores de salud tienen sobre sus propias influencias culturales, y de qué manera sus pensamientos y creencias pueden afectar la manera en que observan a otros culturalmente diversos. Por tanto, el primer factor estaría relacionado con la dimensión comportamental, mientras que el segundo tiene que ver con la dimensión emocional del constructo. Tal como se ha planteado en las revisiones sobre modelos teóricos e instrumentos que evalúan CC (8,18,33), el elemento que está presente en la mayoría de los modelos teóricos y que actúa como precursor de la CC es la *sensibilidad o conciencia cultural*, que permite que las personas reconozcan sus influencias culturales y por tanto se vuelvan más conscientes de sus creencias y actitudes hacia las diferencias que pudieran encontrar en las personas con las que interactúan. Ciertos modelos combinan la dimensión sensibilidad cultural con conocimiento cultural en una gran dimensión, que agruparía los elementos cognitivos del constructo (14).

Por otro lado, las variables contenidas en el primer factor estarían relacionadas con una dimensión conductual, en la que los trabajadores de salud llevan a acciones ciertas prácticas relacionadas con la atención de salud, de acuerdo a la postura que adquieren, y tendría que ver con el tercer elemento del modelo multicultural de CC (13).

Estos resultados muestran que, tal como se ha observado en otros instrumentos construidos en otros contextos, las características de la población son particulares, por lo que las dimensiones de CC a evaluar deben ser específicas de acuerdo a esas características (6). En el caso de Chile, al parecer la Sensibilidad Cultural sería un elemento importante, pero los Conocimientos Culturales no se configuran como una entidad separada de ésta; a diferencia de las Habilidades Culturales.

La evidencia indica que la capacitación en ámbitos de CC ayuda a incrementar la capacidad de los trabajadores para entregar una atención de salud más sensible y personalizada a cada usuario (14). Los hallazgos de la presente investigación están en línea con esta evidencia, y parece confirmar la importancia de la creación de esta nueva escala, ya que la CC es un constructo que debe ser pertinente a cada realidad cultural. Por otro lado, el hallazgo de que al parecer con el incremento de la edad el nivel de CC desciende es novedoso, e indicaría una característica particular de la realidad local.

Es necesario continuar explorando este hallazgo, ya que al parecer esto no tendría que ver necesariamente con los años de experiencia laboral –la relación entre nivel de CC y años de experiencia no aparece como significativa. Es posible que este hallazgo se relacione con otras variables de carácter más personal, que tengan que ver con el momento del ciclo vital en que se encuentran los trabajadores de salud y con los eventos vitales por los que estén atravesando. El hecho de que los trabajadores de salud puedan estar lidiando con un mayor nivel de demandas psicosociales en sus vidas, puede hacer que el nivel de atención que presten a variables laborales descienda.

A pesar de que este instrumento entrega información de carácter cuantitativa sobre el nivel de CC de los trabajadores de salud, es importante que ésta sea complementada con información cualitativa acerca de características de las interacciones entre los trabajadores y usuarios. Tal como se reporta en otros estudios (35), cada contexto presenta barreras y facilitadores más específicos de estos encuentros, por lo que es importante indagarlos, más allá del nivel de CC presentado.

Competencia Cultural desde la psicología social

La Sensibilidad Cultural aparece en los resultados como un aspecto central de la CC, en línea con la evidencia internacional (14,36). Es interesante ahondar sobre la naturaleza de este constructo, y de qué manera permite un acercamiento al usuario en el contexto de la atención de salud.

De acuerdo con la teoría de la identidad social (39), la categorización social nos hace agrupar a las personas en grupos sociales, lo cual puede hacernos obviar características individuales priorizando las características grupales. De esta manera en el contexto de la atención de salud, este proceso puede hacer que los trabajadores de salud adopten visiones parciales y muchas veces sesgadas y estereotipadas sobre los usuarios.

La identificación social explica no sólo la dimensión cognitiva, también la emocional. Los trabajadores de salud se clasifican a sí mismos como parte de grupos sociales, y en contraste al usuario como perteneciente a un grupo diferente (39). Se ha encontrado que el aprendizaje formal de psicología intercultural permite aumentar algunos aspectos de la sensibilidad cultural, como la percepción sobre aspectos culturales de la comunicación interpersonal y el relativismo moral; sin embargo no modifica necesariamente los prejuicios y estereotipos culturales (37). Es necesario que

el trabajador de salud adopte una actitud empática para comprender la realidad y el punto de vista de éste.

Sin embargo, la empatía por sí misma tampoco asegura un resultado exitoso en la adopción de objetivos terapéuticos comunes, ya que se ha descrito como un medio para enfocar la atención en un corto plazo en una meta individual, mientras se descuidan las metas comunes a largo plazo; y por sí misma no asegura decisiones éticamente correctas (38).

Debido a que la conciencia o sensibilidad cultural es una disposición a desprenderse de los prejuicios y creencias personales y una apertura a escuchar y conocer al otro culturalmente diverso, para adoptar las intervenciones en salud a su realidad y forma de ver el mundo; parece necesario en este encuentro tener también la habilidad de tener claro cuáles son los objetivos de la intervención, para ser capaz de abrirse a la experiencia del usuario, empatizar con él, pero también ser capaz de tomar una postura ética en beneficio de los objetivos terapéuticos conjuntos.

En este sentido, los dos factores identificados en el cuestionario en el presente estudio resultan indispensables para lograr un nivel adecuado de CC. Ítems como *Creo que pacientes de diferentes creencias y costumbres tienen distintas expectativas y/o necesidades en la atención en salud, y Creo que mi contexto cultural influye sobre mis actitudes y creencias acerca de otros grupos culturales*, reflejan la medida en que los trabajadores de salud son capaces de observar su propia postura personal respecto de otras personas que son diferentes a ellos, en su propio contexto cultural; aspectos centrales de la Sensibilidad Cultural planteada por Sue & Sue (13). Por otro lado, el proceso de conocer a la otra persona, y trasladar esos conocimientos hacia una práctica culturalmente sensible, integrándolos con los objetivos terapéuticos, se ve reflejado en los ítems *Soy capaz de establecer metas y/u objetivos terapéuticos considerando el contexto cultural (creencias y costumbres) de mis pacientes y sus necesidades*, y *Estoy atento a posibles dificultades que puedan surgir durante la atención en salud debido a las diferencias culturales entre el paciente y yo*. Así, se refleja el carácter dialéctico de este proceso, en el que se genera un encuentro en que tanto el trabajador de salud como el usuario, tienen algo valioso que aportar.

Reflexión e implicancia de los resultados

La CC es un proceso dinámico a través del tiempo. Tal como muestran los resultados del presente estudio, la CC al parecer sufre modificaciones de acuerdo con algunas variables, como por ejemplo la edad o el hecho de recibir algún tipo de capacitación en esta área. Se trata de variables que van sufriendo cambios a través del tiempo (la edad de los trabajadores), o que pueden ser modificadas a través del entrenamiento (recibir capacitación en ámbitos de CC), y que en cambio la profesión parece no tener una incidencia significativa en el nivel de CC presentado. Esto muestra que la evaluación de la CC en Chile es relevante, ya que permite identificar necesidades de capacitación en grupos o contextos específicos. Asimismo, debido a que la CC es modificable en el tiempo, se vuelve central repetir su evaluación a lo largo de la vida profesional de los trabajadores de salud.

Estos resultados relevan la importancia de la capacitación en ámbitos de la Competencia Cultural en trabajadores de salud, independientemente del nivel de atención o incluso años de experiencia. De esta manera, se debe potenciar la capacitación en especial en trabajadores de mayor edad.

En cuanto al sexo de los participantes, este estudio encontró que las mujeres presentan un mayor nivel de CC que los hombres. Sería interesante en este sentido analizar el fenómeno de la CC en Chile desde una perspectiva de género, ya que existen variables que pueden estar influyendo en estos resultados, como por ejemplo diferencias en la formación de hombres y mujeres y estereotipos de género que pueden incidir en la valoración que socialmente se les da a ciertas características en hombres y mujeres.

Posibles líneas futuras de investigación.

Los resultados del presente estudio deben ser tomados como exploratorios, al tratarse de la evaluación de un instrumento piloto. Es fundamental continuar con un análisis factorial confirmatorio, que pueda finalizar el proceso de validación del instrumento. Esto luego permitirá testearlo en diferentes contextos de atención de salud. Servirá para evaluar el nivel de CC de diferentes actores del proceso en la atención sanitaria.

Por otro lado, tal como se plantea en la literatura, parece necesario relacionar niveles de CC con algunos outcomes de salud, ya que comprobar asociaciones entre ambos prueba una mayor potencia del constructo. De esta manera, en el futuro una medición del nivel de CC de los trabajadores de salud en Chile se podría realizar en conjunto con mediciones de variables como nivel de satisfacción usuaria, alianza terapéutica, adherencia a los tratamientos, y también en el contexto de patologías prevalentes en Chile como hipertensión, diabetes o enfermedad cardiovascular; mediciones de outcomes fisiológicos como nivel de glicemia en ayunas, presión arterial, entre otras.

Lo conocido sobre el tema

El desarrollo de Competencia Cultural en trabajadores de salud contribuye a mejorar la calidad de la atención sanitaria, por lo que se han desarrollado instrumentos locales para evaluarla.

Qué aporta este estudio

Un nuevo instrumento para evaluar el nivel de Competencia Cultural en trabajadores de Salud en Chile cuenta en su versión piloto con dos factores, Sensibilidad Cultural y Habilidad Cultural. Estos parecen ser las áreas relevantes en Chile, por lo que nuevos estudios deben continuar explorando el comportamiento de estos constructos.

Referencias

1. Sue DW, Sue D. Counseling the culturally diverse: theory and practice. 2002.
2. Cabieses B, Bernales M, McIntyre AM. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: Evidencia y propuestas para políticas públicas. [Internet]. Universida. Santiago de Chile; 2017. 520 p. Available from: http://hdl.handle.net/11447/978
3. Salud MDE, Asesoria D, Mmh J. Norma General Administrativa Nº16: Intercuturalidad en los servicios de salud. 2006.
4. Boccara GB. Etnogubernamentalidad. La formación del campo de las salud intercultural en Chile. Rev Antropol Chil. 2007;39(2):185–207.

5. Pedrero V, Bernales M, Cabieses B, Chepo M, Oyarte M, Manzi J, et al. Desarrollo de un Instrumento para medir el nivel de Competencia Cultural en Trabajadores de Salud en Chile. 2016.
6. DeWilde C, Burton CW. Cultural Distress: An Emerging Paradigm. J Transcult Nurs [Internet]. 2017;28(4):334–41. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1043659616682594
7. Alarcón M AM, Vidal H A, Rozas JN. Salud intercultural: Elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Med Chil. 2003;131(9):1061–5.
8. Henderson S, Nursing B, Horne M, Hons BS, Hv S, Ruth RGN, et al. Cultural competence in healthcare in the community : A concept analysis. Heal Soc Care Community. 2018;26(January):590–603.
9. Alexander GR. Cultural Competence Models in Nursing. Crit Care Nurs Clin North Am [Internet]. 2008;20(4):415–21. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ccell.2008.08.012
10. Campihna-Bacote J. The Process of Cultural Competence in the delivery of Healthcare Services: A Model of Care. J Transcult Nurs. 2002;13(3):181–4.
11. Henderson S, Kendall E, See L. The effectiveness of culturally appropriate interventions to manage or prevent chronic disease in culturally and linguistically diverse communities: A systematic literature review. Heal Soc Care Community. 2011;19(3):225–49.
12. Betencourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Fiirempong A. Defining Cultural Competence : A Practical Framework for Addressing Racial / Ethnic Disparities in Health and Health Care. Public Health Rep. 2003;118(August):293–302.
13. Sue DW. Multidimensional Facets of Cultural Competence. Couns Psychol [Internet]. 2001;29(6):790–821. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0011000001296002
14. Alizadeh S, Chavan M. Cultural competence dimensions and outcomes: a systematic review of the literature. Health Soc Care Community [Internet]. 2015;24(6):e117–30. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/hsc.12293
15. LaFromboise TD, Coleman HL, Hernandez A. Development and factor structure of the Cross-Cultural Counseling Inventory - Revised. Prof Psychol

Res Pract. 1991;22(5):380–8.

16. Chae D, Kang K, Benkert R, Doorenbos AZ. Evaluation of the psychometric properties of the Korean version of the Cultural Competence Assessment. 2018;56–66.
17. Lima TC De, Isabel M, Freitas P De. Cultural adaptation of Quality Of Care Through The Patient ' s Eyes -QUOTE-HIV. Rev Bras Enferm. 2018;71(1):47–56.
18. Jirwe M, Gerrish K, Keeney S, Emami A. Identifying the core components of cultural competence : findings from a Delphi study. J Clin Nurs. 2009;18:2622–34.
19. Boyle DP, Springer A. Toward a cultural competence measure for social work with specific populations. J Ethn Cult Divers Soc Work. 2001;9(3–4):53–71.
20. The Joint Commission. Advancing effective communication, cultural competence, and patient-and family-centered care: a roadmap for hospitals. 2010.
21. Smedley BD, Stith AY, Nelson AR. Unequal Treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care [Internet]. Washington, D.C.: The National Academies Press; 2003. Available from: http://www.nap.edu/catalog/12875
22. Services USD of H and H. National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care, Final Report [Internet]. Vol. 3, Health San Francisco. 2001. Available from: http://www.ingentaconnect.com/content/springer/cmanj/2002/00000003/00000002/art00005
23. Ministerio de salud de Chile D de AJ. Norma General Administrativa N° 16: Interculturalidad en los servicios de salud. 2006 p. 1–9.
24. Hernandez Sampieri R, Fernandez Collado C, Baptista Lucio M del P. Metodología de la investigación [Internet]. Metodología de la investigación. 2010. 656 p. Available from: http://www.casadellibro.com/libro-metodologia-de-la-investigacion-5-ed-incluye-cd-rom/9786071502919/1960006
25. Reio TG, Shuck B. Exploratory Factor Analysis. Adv Dev Hum Resour [Internet]. 2015;17(1):12–25. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1523422314559804

26. American Psychological Association NC of M in E& AERA. Standards for Educational and Psychological Testing [Internet]. Washington, D.C.: AERA Publications; 1999. Available from: http://www.apa.org/research/action/glossary.aspx
27. Emanuel E, Wendler D, Grady C. What makes clinical research ethical? JAMA [Internet]. 2013;283(20):2701–11. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14976611
28. Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics [Internet]. 2013. 1-1018 p. Available from: http://www.apa.org/research/action/glossary.aspx
29. Osborne JW, Costello K. Best Practices in quantitative methods. Sage. Practical Assessment, Research and Evaluation. Thousand Oaks, CA; 2008. 1-128 p.
30. Borsboom D. Latent Variable Theory. Meas Interdiscip Res Perspect [Internet]. 2008;6(1–2):25–53. Available from: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15366360802035497
31. Pedrero V, Cabieses B, Bernales M. El Potencial de las Variables latentes en investigación en Salud. Rev Médica [Internet]. 2015;143:814–5. Available from: http://oa.upm.es/10716/2/04_2012_ALVARO_FERNANDEZ_HEREDIA.pdf
32. Schmitt TA. Current Methodological Considerations in Exploratory and Confirmatory Factor Analysis. J Psychoeduc Assess. 2011;29(4):304–21.
33. Shen Z. Cultural Competence Models and Cultural Competence Assessment Instruments in Nursing : A Literature Review. 2015;
34. Price EG, Beach MC, Gary TL, Robinson K a, Gozu A, Palacio A, et al. A systematic review of the methodological rigor of studies evaluating cultural competence training of health professionals. Acad Med. 2005;80(6):578–86.
35. Gil Estevan MD, Solano Ruíz M del C. La aplicación del modelo de competencia cultural en la experiencia del cuidado en profesionales de Enfermería de Atención Primaria. Atención Primaria [Internet]. 2017;49(9). Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656716302475
36. Shen Z. Cultural Competence Models and Cultural Competence Assessment Instruments in Nursing: A literature review. J Transcult Nurs [Internet].

2015;26(3):308–21. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1043659614524790

37. Buchtel EE. Cultural sensitivity or cultural stereotyping ? Positive and negative effects of a cultural psychology class. Int J Intercult Relations [Internet]. 2014;39:40–52. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijintrel.2013.09.003

38. Breithaupt F. The bad things we do because of empathy. Interdiscip Sci Rev [Internet]. 2018;43(2):166–74. Available from: https://doi.org/10.1080/03080188.2018.1450928

39. Ellemers, N. & Haslam, A. (2012). Social identity theory. En P. Van Large, A. Kruglanski & T. Higgins. Handobook of Theories of Social Psychology. (pp.379-398). Londres: Sage.

Anexos

En la siguiente sección se presenta información complementaria, que ayuda a tener una comprensión más detallada del estudio.

En primer lugar, se presentan dos tablas correspondientes al análisis descriptivo del cuestionario, que entregan información sobre las frecuencias y porcentajes de respuesta en cada variable, y los puntajes de correlaciones entre cada ítem y el puntaje total del cuestionario. Esta información complementa y enriquece los resultados descriptivos del cuestionario. En segundo lugar, se presentan las cargas factoriales de la primera solución factorial. Luego se ahonda en el análisis de los ítems del cuestionario que quedaron fuera de la solución final. A continuación, y para complementar la información entregada sobre el análisis factorial exploratorio de dos factores, se entrega el gráfico de sedimentación y el gráfico de factores rotados de dicho análisis. Finalmente, se entregan algunos gráficos sobre los análisis de las diferencias demográficas en el nivel de CC encontradas con la solución factorial final, específicamente del análisis de varianza de puntajes de CC entre diferentes estamentos profesionales, de la prueba t de Student de comparación de puntajes de CC entre hombres y mujeres, y entre participantes con capacitación en CC con quienes no la han recibido.

Tabla 3

Frecuencias y porcentajes de respuesta en cada variable del cuestionario

	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Me siento cómodo cuando interactúo con pacientes que tienen creencias y costumbres diferentes a las mías	8	1,70%	13	2,70%	40	8,30%	179	37,10%	243	50,30%
Para mí no es estresante atender pacientes que tienen creencias y costumbres diferentes a las mías	23	4,80%	41	8,50%	33	6,80%	141	29,20%	245	50,70%
Me siento capaz de respetar diferentes métodos de crianza de los niños, mientras no les causen daño	5	1,00%	10	2,10%	35	7,20%	194	40,20%	239	49,50%
Valoro que el paciente y yo logremos un acuerdo en el plan de tratamiento	7	1,50%	3	0,60%	10	2,10%	108	22,50%	353	73,40%
Considero que mis características personales (sexo, edad, profesión, religión) podrían dificultar mi relación con el paciente	316	65,70%	105	21,80%	26	5,40%	23	4,80%	11	2,30%
Creo que pacientes de diferentes creencias y costumbres tienen distintas expectativas y/o necesidades en la atención en salud	34	7,10%	49	10,20%	46	9,60%	183	38,10%	168	35,00%
Creo que las creencias, valores y costumbres de los pacientes afectan su salud	40	8,30%	51	10,60%	82	17,00%	181	37,60%	128	26,60%

Creo que los pacientes que tienen las mismas creencias y costumbres actúan de la misma forma	96	19,90%	186	38,60%	109	22,60%	73	15,10%	18	3,70%
Creo que mi contexto cultural influye sobre mis actitudes y creencias acerca de otros grupos culturales	91	18,90%	105	21,80%	75	15,60%	149	30,90%	62	12,90%
Soy consciente que mis creencias acerca de los pacientes influyen en las recomendaciones terapéuticas que les entrego	100	20,80%	111	23,10%	88	18,30%	137	28,50%	44	9,20%
No me cuesta relacionarme con pacientes que pertenecen a un contexto sociocultural distinto al mío	9	1,90%	13	2,70%	20	4,10%	151	31,30%	290	60,00%
Creo que las diferencias entre mi contexto socioeconómico y el del paciente son una barrera inicial para la atención en salud	305	63,30%	118	24,50%	29	6,00%	20	4,10%	10	2,10%
Cuando elaboro un plan de tratamiento o indicaciones considero las creencias y valores del paciente	24	5,00%	28	5,80%	55	11,40%	224	46,40%	152	31,50%
Las creencias, valores y costumbres de los pacientes deben ser valorados en la atención en salud	1	0,20%	3	0,60%	14	2,90%	160	33,20%	304	63,10%
Considero que conocer mejor las creencias y costumbres de los pacientes me ayuda a plantear un tratamiento más adecuado	4	0,80%	5	1,00%	38	7,90%	176	36,40%	260	53,80%
Soy capaz de elaborar un plan de atención en conjunto con pacientes que tienen costumbres y creencias diferentes a las mías	5	1,00%	10	2,10%	44	9,10%	234	48,50%	189	39,20%

Considero que cada paciente tiene su propio concepto de salud y enfermedad	1	0,20%	9	1,90%	34	7,10%	217	45,00%	221	45,90%
Le pido al paciente y su familia que manifiesten las expectativas que tienen con respecto al cuidado y atención en salud	5	1,00%	32	6,60%	87	18,00%	225	46,70%	133	27,60%
Procuro contrastar mis creencias sobre los pacientes durante la atención en salud	100	20,80%	97	20,20%	142	29,60%	98	20,40%	43	9,00%
Procuro conversar con el paciente sobre cómo sus creencias y costumbres pueden influir en el plan de tratamiento	21	4,40%	37	7,70%	92	19,10%	236	49,00%	96	19,90%
Soy capaz de reconocer barreras potenciales para acceder a servicios de salud a las que se pueden ver enfrentados los diferentes pacientes	2	0,40%	10	2,10%	33	7,00%	293	61,90%	135	28,50%
Considero que los problemas de salud del paciente deben ser comprendidos dentro de su contexto cultural (creencias, valores y costumbres)	1	0,20%	5	1,10%	31	6,60%	228	48,20%	208	44,00%
Creo que cuando las diferencias culturales (creencias y costumbres) entre el paciente y yo causan problemas de comunicación en la atención en salud, es necesario abordarlas	11	2,30%	21	4,40%	29	6,10%	200	42,30%	212	44,80%
Soy capaz de establecer metas y/u objetivos terapéuticos considerando el contexto cultural (creencias y costumbres) de mis pacientes y sus necesidades	3	0,60%	7	1,50%	70	14,90%	239	51,00%	150	32,00%

Solicito al paciente que me entregue retroalimentación sobre cómo me relaciono con él durante la interacción en salud	19	4,00%	69	14,60%	120	25,40%	171	36,20%	93	19,70%
Registro en la ficha clínica los datos sobre creencias y costumbres recogidos en la valoración del paciente	23	4,90%	52	11,10%	99	21,10%	183	38,90%	113	24,00%
Me esfuerzo por explicar al paciente su tratamiento médico incluso si él cree que la causa de su enfermedad es sobrenatural	1	0,20%	5	1,10%	28	5,90%	209	44,40%	228	48,40%
Cuando los pacientes hablan durante la atención de salud intento no interrumpirlos	1	0,20%	11	2,30%	30	6,40%	230	48,80%	199	42,30%
Me esfuerzo en explicar el plan de tratamiento en un lenguaje que el paciente pueda comprender	0	0,00%	1	0,20%	7	1,50%	129	27,40%	334	70,90%
Soy consciente que mi comunicación no verbal (por ejemplo: tono de voz, contacto visual) puede ser interpretada de forma distinta por diferentes pacientes	0	0,00%	5	1,10%	13	2,80%	140	29,80%	312	66,40%
Estoy atento a posibles dificultades que puedan surgir durante la atención en salud debido a las diferencias culturales entre el paciente y yo	1	0,20%	5	1,10%	21	4,50%	234	49,90%	208	44,30%

Tabla 4
Correlaciones ítems-test

Ítems	Nivel de Competencia Cultural
Me siento cómodo cuando interactúo con pacientes que tienen creencias y costumbres diferentes a las mías	,348**
Para mí no es estresante atender pacientes que tienen creencias y costumbres diferentes a las mías	,163**
Me siento capaz de respetar diferentes métodos de crianza de los niños, mientras no les causen daño	,355**
Valoro que el paciente y yo logremos un acuerdo en el plan de tratamiento	,387**
Considero que mis características personales (sexo, edad, profesión, religión) podrían dificultar mi relación con el paciente	0,078
Creo que pacientes de diferentes creencias y costumbres tienen distintas expectativas y/o necesidades en la atención en salud	,351**
Creo que las creencias, valores y costumbres de los pacientes afectan su salud	,246**
Creo que los pacientes que tienen las mismas creencias y costumbres actúan de la misma forma	0,083
Creo que mi contexto cultural influye sobre mis actitudes y creencias acerca de otros grupos culturales	,270**
Soy consciente que mis creencias acerca de los pacientes influyen en las recomendaciones terapéuticas que les entrego	,344**
No me cuesta relacionarme con pacientes que pertenecen a un contexto sociocultural distinto al mío	,139**
Creo que las diferencias entre mi contexto socioeconómico y el del paciente son una barrera inicial para la atención en salud	-0,024
Cuando elaboro un plan de tratamiento o indicaciones considero las creencias y valores del paciente	,555**
Las creencias, valores y costumbres de los pacientes deben ser valorados en la atención en salud	,495**
Considero que conocer mejor las creencias y costumbres de los pacientes me ayuda a plantear un tratamiento más adecuado	,524**

Soy capaz de elaborar un plan de atención en conjunto con pacientes que tienen costumbres y creencias diferentes a las mías	,574**
Considero que cada paciente tiene su propio concepto de salud y enfermedad	,461**
Le pido al paciente y su familia que manifiesten las expectativas que tienen con respecto al cuidado y atención en salud	,513**
Procuro contrastar mis creencias sobre los pacientes durante la atención en salud	,298**
Procuro conversar con el paciente sobre cómo sus creencias y costumbres pueden influir en el plan de tratamiento	,551**
Soy capaz de reconocer barreras potenciales para acceder a servicios de salud a las que se pueden ver enfrentados los diferentes pacientes	,378**
Considero que los problemas de salud del paciente deben ser comprendidos dentro de su contexto cultural (creencias, valores y costumbres)	,533**
Creo que cuando las diferencias culturales (creencias y costumbres) entre el paciente y yo causan problemas de comunicación en la atención en salud, es necesario abordarlas	,325**
Soy capaz de establecer metas y/u objetivos terapéuticos considerando el contexto cultural (creencias y costumbres) de mis pacientes y sus necesidades	,549**
Solicito al paciente que me entregue retroalimentación sobre cómo me relaciono con él durante la interacción en salud	,379**
Registro en la ficha clínica los datos sobre creencias y costumbres recogidos en la valoración del paciente	,429**
Me esfuerzo por explicar al paciente su tratamiento médico incluso si él cree que la causa de su enfermedad es sobrenatural	,371**
Cuando los pacientes hablan durante la atención de salud intento no interrumpirlos	,324**
Me esfuerzo en explicar el plan de tratamiento en un lenguaje que el paciente pueda comprender	,408**
Soy consciente que mi comunicación no verbal (por ejemplo: tono de voz, contacto visual) puede ser interpretada de forma distinta por diferentes pacientes	,444**

Estoy atento a posibles dificultades que puedan surgir durante la atención en salud debido a las diferencias culturales entre el paciente y yo	,461**

Tabla 5
Cargas factoriales iniciales

	Factor		
	1	2	3
Me siento cómodo cuando interactúo con pacientes que tienen creencias y costumbres diferentes a las mías	0,42	-0,163	0,113
Para mí no es estresante atender pacientes que tienen creencias y costumbres diferentes a las mías	0,229	-0,223	-0,022
Me siento capaz de respetar diferentes métodos de crianza de los niños, mientras no les causen daño	0,391	-0,096	0,223
Valoro que el paciente y yo logremos un acuerdo en el plan de tratamiento	0,339	0,054	0,289
Considero que mis características personales (sexo, edad, profesión, religión) podrían dificultar mi relación con el paciente	-0,196	0,345	-0,011
Creo que pacientes de diferentes creencias y costumbres tienen distintas expectativas y/o necesidades en la atención en salud	0,098	0,356	0,279
Creo que las creencias, valores y costumbres de los pacientes afectan su salud	-0,043	0,346	0,184
Creo que los pacientes que tienen las mismas creencias y costumbres actúan de la misma forma	-0,121	0,213	-0,037
Creo que mi contexto cultural influye sobre mis actitudes y creencias acerca de otros grupos culturales	-0,129	0,587	0,253
Soy consciente que mis creencias acerca de los pacientes influyen en las recomendaciones terapéuticas que les entrego	-0,028	0,601	0,146
No me cuesta relacionarme con pacientes que pertenecen a un contexto sociocultural distinto al mío	0,339	-0,451	0,149
Creo que las diferencias entre mi contexto socioeconómico y el del paciente son una barrera inicial para la atención en salud	-0,314	0,437	0,04
Cuando elaboro un plan de tratamiento o indicaciones considero las creencias y valores del paciente	0,467	0,385	-0,205
Las creencias, valores y costumbres de los pacientes deben ser valorados en la atención en salud	0,506	0,18	0,13
Considero que conocer mejor las creencias y costumbres de los pacientes me ayuda a plantear un tratamiento más adecuado	0,482	0,346	-0,045

Soy capaz de elaborar un plan de atención en conjunto con pacientes que tienen costumbres y creencias diferentes a las mías	0,646	0,137	-0,237
Considero que cada paciente tiene su propio concepto de salud y enfermedad	0,463	0,162	0,125
Le pido al paciente y su familia que manifiesten las expectativas que tienen con respecto al cuidado y atención en salud	0,587	0,007	-0,205
Procuro contrastar mis creencias sobre los pacientes durante la atención en salud	0,081	0,34	-0,139
Procuro conversar con el paciente sobre cómo sus creencias y costumbres pueden influir en el plan de tratamiento	0,409	0,338	-0,132
Soy capaz de reconocer barreras potenciales para acceder a servicios de salud a las que se pueden ver enfrentados los diferentes pacientes	0,439	-0,048	-0,034
Considero que los problemas de salud del paciente deben ser comprendidos dentro de su contexto cultural (creencias, valores y costumbres)	0,536	0,198	0,01
Creo que cuando las diferencias culturales (creencias y costumbres) entre el paciente y yo causan problemas de comunicación en la atención en salud, es necesario abordarlas	0,294	0,018	0,217
Soy capaz de establecer metas y/u objetivos terapéuticos considerando el contexto cultural (creencias y costumbres) de mis pacientes y sus necesidades	0,674	0	-0,241
Solicito al paciente que me entregue retroalimentación sobre cómo me relaciono con él durante la interacción en salud	0,423	-0,05	-0,251
Registro en la ficha clínica los datos sobre creencias y costumbres recogidos en la valoración del paciente	0,435	0,032	-0,141
Me esfuerzo por explicar al paciente su tratamiento médico incluso si él cree que la causa de su enfermedad es sobrenatural	0,415	-0,083	0,101
Cuando los pacientes hablan durante la atención de salud intento no interrumpirlos	0,402	-0,176	0,187
Me esfuerzo en explicar el plan de tratamiento en un lenguaje que el paciente pueda comprender	0,525	-0,19	0,277
Soy consciente que mi comunicación no verbal (por ejemplo: tono de voz, contacto visual) puede ser interpretada de forma distinta por diferentes pacientes	0,517	-0,113	0,327

Estoy atento a posibles dificultades que puedan surgir durante la atención en salud debido a las diferencias culturales entre el paciente y yo	0,555	-0,125	0,143

Tabla 6
Cargas factoriales con 2 factores

	Factor	
	1	2
Me siento cómodo cuando interactúo con pacientes que tienen creencias y costumbres diferentes a las mías	0,407	-0,171
Me siento capaz de respetar diferentes métodos de crianza de los niños, mientras no les causen daño	0,379	-0,123
Considero que mis características personales (sexo, edad, profesión, religión) podrían dificultar mi relación con el paciente	-0,182	0,334
Creo que pacientes de diferentes creencias y costumbres tienen distintas expectativas y/o necesidades en la atención en salud	0,091	0,342
Creo que las creencias, valores y costumbres de los pacientes afectan su salud	-0,042	0,338
Creo que mi contexto cultural influye sobre mis actitudes y creencias acerca de otros grupos culturales	-0,13	0,549
Soy consciente que mis creencias acerca de los pacientes influyen en las recomendaciones terapéuticas que les entrego	-0,033	0,59
No me cuesta relacionarme con pacientes que pertenecen a un contexto sociocultural distinto al mío	0,335	-0,434
Creo que las diferencias entre mi contexto socioeconómico y el del paciente son una barrera inicial para la atención en salud	-0,318	0,434
Cuando elaboro un plan de tratamiento o indicaciones considero las creencias y valores del paciente	0,483	0,396
Las creencias, valores y costumbres de los pacientes deben ser valorados en la atención en salud	0,497	0,172
Considero que conocer mejor las creencias y costumbres de los pacientes me ayuda a plantear un tratamiento más adecuado	0,484	0,357
Soy capaz de elaborar un plan de atención en conjunto con pacientes que tienen costumbres y creencias diferentes a las mías	0,651	0,15
Le pido al paciente y su familia que manifiesten las expectativas que tienen con respecto al cuidado y atención en salud	0,585	0,011
Procuro contrastar mis creencias sobre los pacientes durante la atención en salud	0,09	0,35

Procuro conversar con el paciente sobre cómo sus creencias y costumbres pueden influir en el plan de tratamiento	0,422	0,33
Soy capaz de reconocer barreras potenciales para acceder a servicios de salud a las que se pueden ver enfrentados los diferentes pacientes	0,443	-0,064
Considero que los problemas de salud del paciente deben ser comprendidos dentro de su contexto cultural (creencias, valores y costumbres)	0,53	0,191
Soy capaz de establecer metas y/objetivos terapéuticos considerando el contexto cultural (creencias y costumbres) de mis pacientes y sus necesidades	0,665	0,01
Solicito al paciente que me entregue retroalimentación sobre cómo me relaciono con él durante la interacción en salud	0,434	-0,061
Registro en la ficha clínica los datos sobre creencias y costumbres recogidos en la valoración del paciente	0,444	0,019
Me esfuerzo por explicar al paciente su tratamiento médico incluso si él cree que la causa de su enfermedad es sobrenatural	0,402	-0,102
Cuando los pacientes hablan durante la atención de salud intento no interrumpirlos	0,389	-0,19
Me esfuerzo en explicar el plan de tratamiento en un lenguaje que el paciente pueda comprender	0,506	-0,213
Soy consciente que mi comunicación no verbal (por ejemplo: tono de voz, contacto visual) puede ser interpretada de forma distinta por diferentes pacientes	0,487	-0,134
Estoy atento a posibles dificultades que puedan surgir durante la atención en salud debido a las diferencias culturales entre el paciente y yo	0,532	-0,145
Alfa de Cronbach Factor 1: 0,823		
Alfa de Cronbach Factor 2: 0,648		

Análisis complementario de ítems del cuestionario

Se presenta un análisis de las preguntas que han sido excluidas de la solución final, respecto a los criterios metodológicos utilizados, pero además en cuanto a los contenidos que aborda cada uno, y de qué manera se ha considerado que esta exclusión no significa una pérdida de información relevante.

Se observa que la pregunta *Para mí es estresante atender pacientes que tienen creencias y costumbres diferentes a las mías* obtuvo una correlación de -0,163 con el puntaje total del cuestionario (tabla 4). Además, no presenta una carga factorial alta en ninguno de los tres factores iniciales del análisis (tabla 5). Se decidió entonces eliminar esta pregunta del cuestionario, debido a que su contenido es similar a la pregunta *Me siento cómodo cuando interactúo con pacientes que tienen creencias y costumbres diferentes a las mías.* Ambas preguntas aluden a la sensación que los trabajadores de salud ante el contacto con usuarios con diferentes contextos culturales.

Si bien la pregunta *Valoro que el paciente y yo logremos un acuerdo en el plan de tratamiento* presenta una correlación más elevada con el puntaje total del cuestionario (tabla 4), se observa que presenta cargas factoriales de valores similares en los factores 1 y 3 (tabla 5). En cuanto a su contenido, si bien esta pregunta se relaciona con la importancia que el trabajador de salud le asigna a la negociación entre él y el usuario para llegar a un plan de tratamiento que sea significativo y adaptado a la realidad de éste, se considera que la pregunta *Soy capaz de elaborar un plan de atención en conjunto con pacientes que tienen costumbres y creencias diferentes a las mías* –que sí está incluida en la solución final, incluye esta valoración, si bien también está relacionada con la habilidad de llevar esta valoración a la práctica.

La pregunta *Creo que los pacientes que tienen las mismas creencias y costumbres actúan de la misma forma* obtuvo una correlación baja con el puntaje total del cuestionario (tabla 4). En cuanto a las cargas factoriales, tampoco obtuvo puntajes adecuados en ninguno de los tres factores (tabla 5). En cuanto al contenido de la pregunta, alude a la presencia de creencias prejuiciosas de los trabajadores de salud respecto a los usuarios, ya que asumir que las personas que presentan cierta característica particular actúan de manera similar, lleva a esperar determinados

comportamientos a priori. La pregunta *Creo que pacientes de diferentes creencias y costumbres tienen distintas expectativas y/o necesidades en la atención en salud* aborda de alguna manera este aspecto, ya que evalúa de qué manera el trabajador de salud relaciona el contexto cultural del usuario con sus comportamientos.

En cuanto a la pregunta *Me cuesta relacionarme con pacientes que pertenecen a un contexto sociocultural distinto al mío*, obtuvo una correlación baja con el puntaje total del cuestionario (tabla 4), y a pesar de que obtuvo cargas factoriales razonables, éstas son similares en los factores 1 y 2 (tabla 5). El ítem alude a la conciencia que los trabajadores de salud tienen sobre las potenciales barreras que sus propios contextos culturales les pueden significar en su interacción con los usuarios, aspecto que se encuentra incluido en la pregunta *Creo que las diferencias entre mi contexto socioeconómico y el del paciente son una barrera inicial para la atención de salud.*

Algo similar ocurre con el ítem *Cuando elaboro un plan de tratamiento o indicaciones considero las creencias y valores del paciente.* Si bien presenta una correlación con el puntaje total del cuestionario más elevada (tabla 4), se obtuvieron cargas factoriales similares en los factores 1 y 2, por lo que no resulta un ítem lo suficientemente discriminativo y se decide eliminar. Su contenido se relaciona con el ítem *Las creencias, valores y costumbres de los pacientes deben ser valorados en la atención en salud*, ya que la consideración del contexto cultural del usuario permite llevar estos contenidos al plan de tratamiento.

El ítem *Considero que cada paciente tiene su propio concepto de salud y enfermedad* fue eliminado, ya que si bien presentó un puntaje de correlación medio con el cuestionario (tabla 4) y una carga factorial aceptable en el factor 1 (tabla 5), su eliminación mejoró significativamente la solución factorial. La pregunta alude a las diferencias en la forma de pensar y comportarse de los usuarios, aspecto que está considerado en la pregunta *Creo que pacientes de diferentes creencias y costumbres tienen diferentes expectativas y/o necesidades de atención en salud.*

Lo mismo ocurre con la pregunta *Procuro conversar con el paciente sobre cómo sus creencias y costumbres pueden influir en el plan de tratamiento.* Si bien obtuvo un puntaje de correlación ítem-test *medio* (tabla 4), y las cargas factoriales son

aceptables, su exclusión mejora la solución factorial total. Este ítem se relaciona con el hecho de que el trabajador de salud realice alguna acción para incorporar el contexto cultural de los usuarios en la atención de salud y en el tratamiento que acordarán. La pregunta *Le pido al paciente y su familia que manifiesten las expectativas que tienen con respecto al cuidado y atención de salud*, aborda estas acciones de manera similar.

Finalmente, la pregunta *Creo que cuando las diferencias culturales (creencias y costumbres) entre el paciente y yo causan problemas de comunicación en la atención en salud, es necesario abordarlas* obtuvo un puntaje de correlación ítem-test medio (tabla 4), pero cargas factoriales bajas (tabla 5). Si bien la pregunta *Estoy atento a posibles dificultades que puedan surgir durante la atención de salud debido a las diferencias culturales entre el paciente y yo* no aborda explícitamente los aspectos comunicacionales que sí están explicitados en el ítem eliminado, si alude a la atención que el trabajador de salud le presta a las diferencias con el usuario y de qué manera éstas pueden causar diferencias o distancias que es necesario abordar.

Figura 2.

Distribución de puntajes estandarizados de cuestionario final

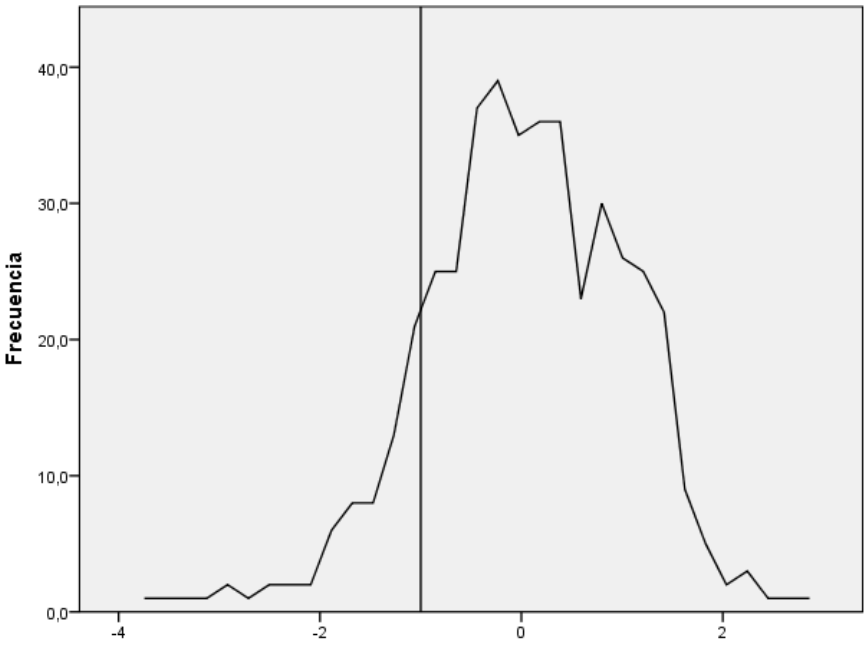


Figura 3.

Gráfico de sedimentación de solución de dos factores

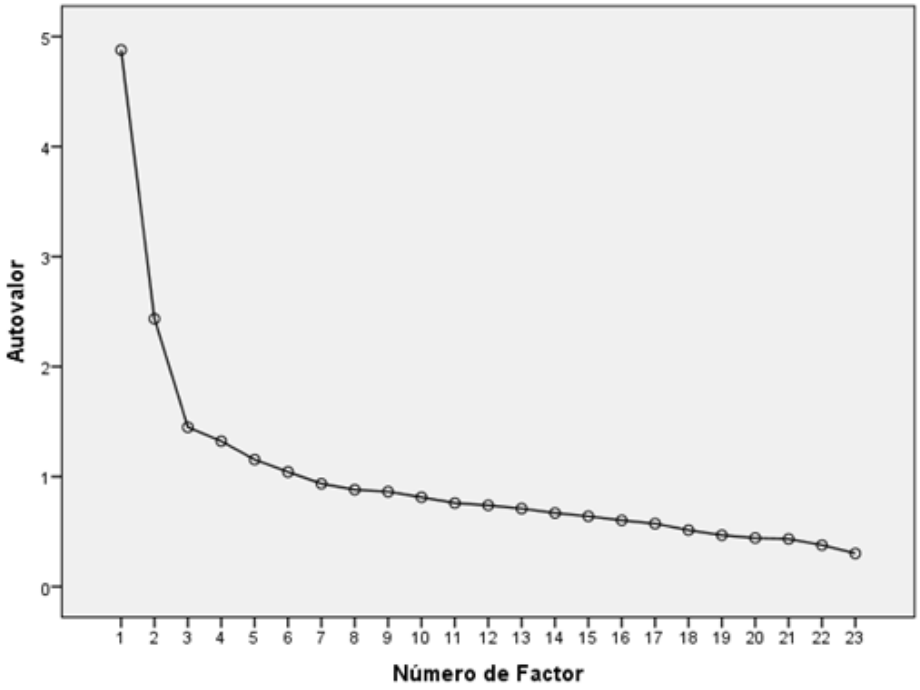


Figura 4.

Gráfico de factores en espacio de factores rotados en solución de dos factores.

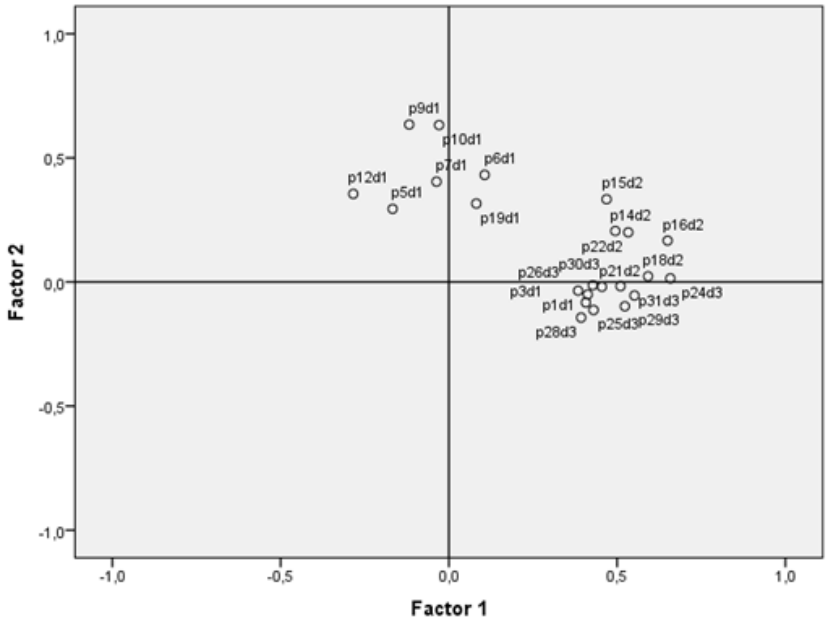


Figura 5.

Gráfico de ANOVA de nivel de CC entre estamentos profesionales.

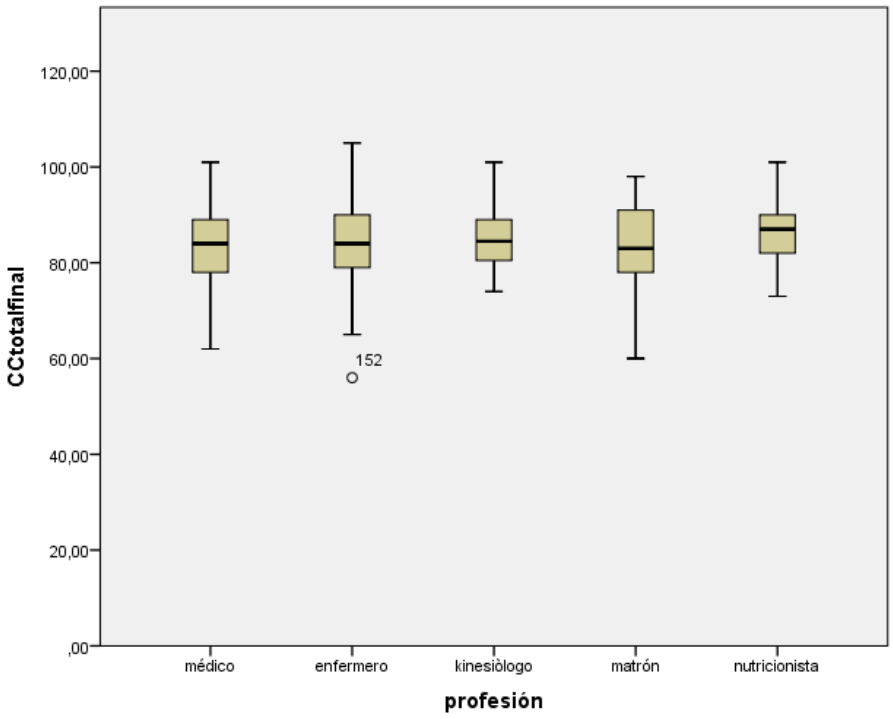


Figura 6.

Gráfico de comparación de nivel de CC entre grupos con o sin capacitación en el área.

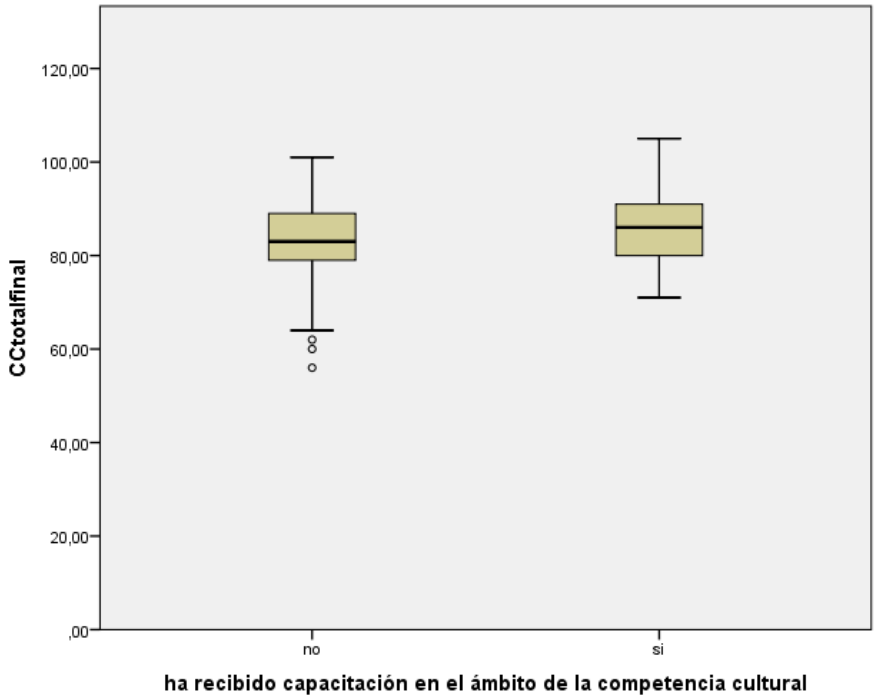


Figura 7.

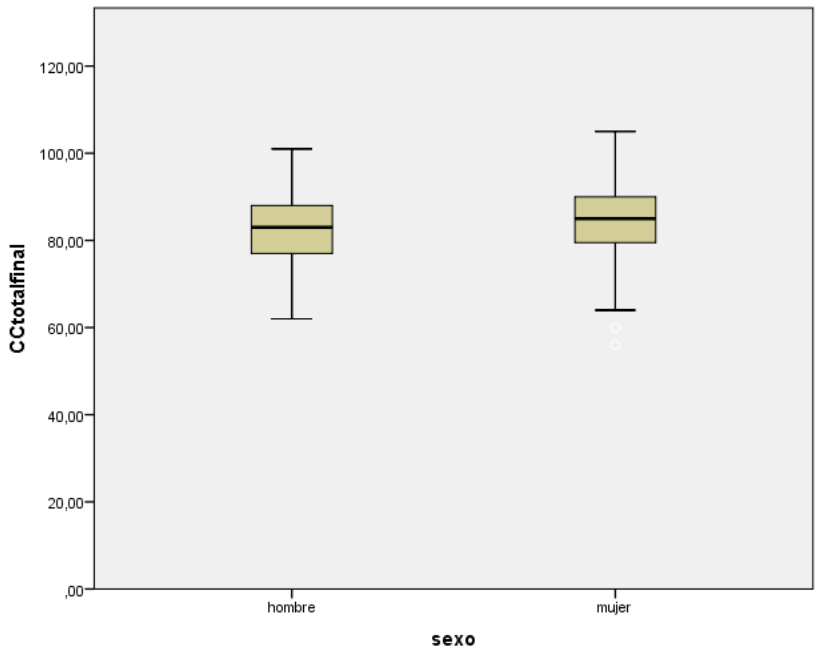



Gráfico de comparación de nivel de CC entre hombres y mujeres.