

 Vigilada Mineducación	<b>GESTIÓN DE RECURSOS Y SERVICIOS BIBLIOTECARIOS</b>		<b>Código</b>	FO-GS-15
			<b>VERSIÓN</b>	02
	<b>ESQUEMA HOJA DE RESUMEN</b>		<b>FECHA</b>	03/04/2017
			<b>PÁGINA</b>	1 de 1
<b>ELABORÓ</b>	<b>REVISÓ</b>	<b>APROBÓ</b>		
Jefe División de Biblioteca	Equipo Operativo de Calidad	Líder de Calidad		

## RESUMEN TRABAJO DE GRADO

AUTOR(ES):

NOMBRE(S): FRANCY LIZETH APELLIDOS: SEQUEDA VILLARRAGA

NOMBRE(S): MARIA NATALIA APELLIDOS: UREÑA PARRA

FACULTAD: CIENCIAS DE LA SALUD

PLAN DE ESTUDIOS: ENFERMERÍA

DIRECTOR:

NOMBRE(S): MARTHA LIGIA APELLIDOS: VELANDIA GALVIS

CO-DIRECTOR:

NOMBRE(S): GLORIA ESPERANZA APELLIDOS: ZAMBRANO PLATA

TÍTULO DEL TRABAJO (TESIS): NIVEL DE COMPETENCIA CULTURAL EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER EN EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2021

RESUMEN

Este proyecto analiza el nivel de competencia cultural en estudiantes de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander en el segundo semestre de 2021. Para ello, se implementó una investigación de tipo cuantitativo descriptivo de corte transversal. La muestra correspondió a 148 estudiantes de enfermería de tercer a octavo semestre. El instrumento utilizado fue validado en el contexto colombiano. Se lograron describir las variables sociodemográficas y experiencias culturales de los estudiantes de enfermería. Posteriormente, se identificó el nivel de conocimiento, habilidad y sensibilidad cultural. Finalmente, se determinó el nivel de competencia cultural por variables sociodemográficas y experiencias culturales.

PALABRAS CLAVE: competencia cultural, variables sociodemográficas, experiencias culturales.

CARACTERÍSTICAS:

PÁGINAS: 136 PLANOS:      ILUSTRACIONES:      CD ROOM:   1  

\*\*Copia No Controlada\*\*

NIVEL DE COMPETENCIA CULTURAL EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA  
UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER EN EL SEGUNDO SEMESTRE  
DE 2021

FRANCY LIZETH SEQUEDA VILLARRAGA  
MARIA NATALIA UREÑA PARRA

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PLAN DE ESTUDIOS DE ENFERMERÍA  
SAN JOSÉ DE CÚCUTA

2022

NIVEL DE COMPETENCIA CULTURAL EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA  
UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER EN EL SEGUNDO SEMESTRE  
DE 2021

FRANCY LIZETH SEQUEDA VILLARRAGA

MARIA NATALIA UREÑA PARRA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de:

Enfermera

Director:

MARTHA LIGIA VELANDIA GALVIS

Esp. En Cuidado Crítico del Adulto

Codirector:

GLORIA ESPERANZA ZAMBRANO PLATA

PhD en Educación

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PLAN DE ESTUDIOS DE ENFERMERÍA

SAN JOSÉ DE CÚCUTA

2022



UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

**ACTA DE SUSTENTACION**  
**PROYECTO DE GRADO**

**FECHA:** SAN JOSE DE CUCUTA, 09 DE MARZO DE 2022 **HORA:** 9:30 A.M.

**LUGAR:** FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD-SALA JUNTAS BLOQUE A

**PROGRAMA DE:** ENFERMERIA

**TITULO DE LA TESIS:** "NIVEL DE COMPETENCIA CULTURAL EN ESTUDIANTES DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER EN EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2021"

**JURADOS:** PATRICIA A. VELEZ LAGUADO  
MARIA DEL PILAR UREÑA MOLINA  
GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL

**DIRECTOR:** MARTHA LIGIA VELANDIA GALVIS

**COORDIRECTOR:** GLORIA ESPERANZA ZAMBRANO PLATA

<b>NOMBRE DE LOS ESTUDIANTES:</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NOTA</b>	<b>CALIFICACION</b>
			<b>(A) (M) (L)</b>
<u>FRANCY LIZETH SEQUEDA VILLARRAGA</u>	<u>1801017</u>	<u>4.4</u>	<u>X</u>
<u>MARIA NATALIA UREÑA PARRA</u>	<u>1801026</u>	<u>4.4</u>	<u>X</u>

**FIRMA**

PATRICIA A. VELEZ LAGUADO

Jurado 1

MARIA DEL PILAR UREÑA MOLINA

Jurado 2

GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL

Jurado 3

Vo.Bo DIANNE SOFIA GONZALEZ ESCOBAR

Directora Programa Enfermería

## Contenido

	<b>pág.</b>
Introducción	12
1. Problema	14
1.1 Título	14
1.2 Planteamiento del Problema	14
1.2.1 Descripción del problema	14
1.3 Formulación del Problema	20
1.4 Justificación	20
1.5 Objetivos	22
1.5.1 Objetivo general	22
1.5.2 Objetivos específicos	22
2. Marco Referencial	24
2.1 Antecedentes	24
2.1.1 Antecedentes internacionales	24
2.1.2 Antecedentes nacionales	36
2.1.3 Antecedentes locales	36
2.2 Marco Teórico	37
2.3 Marco Conceptual	39
2.3.1 Cultura	39
2.3.1.1 Definición	39
2.3.1.2 Características	41
2.3.1.3 Elementos	41
2.3.2 Competencia cultural	42

2.3.2.1 Origen del concepto	42
2.3.2.2 Autores que han desarrollado el concepto de competencia cultural	42
2.3.2.3 Atributos de la competencia cultural	48
2.4 Marco Contextual	49
2.5 Marco Legal	50
3. Diseño Metodológico	53
3.1 Tipo de Estudio	53
3.2 Población y Muestra	53
3.2.1 Población	53
3.2.2 Muestra	53
3.2.3 Muestreo	54
3.3 Criterios de Inclusión y Exclusión	55
3.3.1 Criterios de inclusión	55
3.3.2 Criterios de exclusión	56
3.4 Operacionalización de Variables	56
3.5 Métodos, Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Información	60
3.5.1 Primera etapa: adaptación transcultural	61
3.5.2 Segunda etapa validación facial y de contenido	64
3.5.2.1 Validez facial	64
3.5.2.2 Validez de contenido	65
3.5.3 Tercera etapa: prueba piloto	71
3.5.3.1 Muestra	71
3.5.3.2 Método	71
3.5.3.3 Resultado	71

3.5.4 Cuarta etapa: alpha de Cronbach	71
3.5.5 Quinta etapa: aplicación del instrumento	73
3.6 Plan de Tabulación y Análisis	73
3.7 Aspectos Éticos	74
4. Resultados	77
4.1 Caracterización Sociodemográfica	77
4.2 Experiencia Cultural	78
4.3 Competencia Cultural	79
4.4 Análisis Comparativo	84
5. Discusión	86
6. Conclusiones	90
7. Recomendaciones	92
Referencias Bibliográficas	94
Anexos	109

## Lista de Figuras

	<b>pág.</b>
Figura 1. Modelo de competencia cultural	38
Figura 2. Experiencia cultural	78
Figura 3. Grupos especiales dentro del entorno de la atención en salud	78
Figura 4. Puntuaciones observadas para el nivel de habilidad cultural	80
Figura 5. Puntuaciones observadas para el nivel de conocimiento cultural	81
Figura 6. Puntuaciones observadas para el nivel de sensibilidad cultural	82
Figura 7. Puntuaciones observadas para el nivel de competencia cultural	83

## Lista de Tablas

	<b>pág.</b>
Tabla 1. Muestreo estratificado por semestre de los estudiantes de enfermería, UFPS, II semestre de 2021	55
Tabla 2. Operacionalización de las variables	57
Tabla 3. Opciones de modificación del instrumento	62
Tabla 4. Ítems modificados posterior a la adaptación cultural	64
Tabla 5. Criterios de validez facial	65
Tabla 6. Criterios de validez de contenido	66
Tabla 7. Interpretación de resultados según Hernández Nieto	68
Tabla 8. Ítems modificados posterior a la validación facial y de contenido.	69
Tabla 9. Puntos de corte alpha de Cronbach	72
Tabla 10. Caracterización sociodemográfica y experiencia académica	77
Tabla 11. Medidas descriptivas para las puntuaciones observadas por subescalas y escala de competencia cultural	79
Tabla 12. Nivel de competencia cultural según variables sociodemográficas y experiencia cultural	84

## Lista de Anexos

	<b>pág.</b>
Anexo 1. Escala de Competencia Cultural versión en español (CCS-S)	110
Anexo 2. Aval comité curricular programa de enfermería UFPS	113
Anexo 3. Permiso uso de instrumento	114
Anexo 4. Formato de evaluación de la adaptación cultural	115
Anexo 5. Resultados de la adaptación cultural por expertos	119
Anexo 6. Formato de evaluación de la validez facial y de contenido	121
Anexo 7. Resultados de la validez facial y de contenido	125
Anexo 8. Coeficiente alpha de Cronbach de la CCS-S	126
Anexo 9. Escala de Competencia Cultural versión en español (CCS-S) validada en Colombia	127
Anexo 10. Aval comité de ética de investigación FCS UFPS	130
Anexo 11. Consentimiento informado	131
Anexo 12. Cronograma	133
Anexo 13. Presupuesto	136

## **Resumen**

Este proyecto tuvo como objetivo determinar el nivel de competencia cultural en estudiantes de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander en el segundo semestre de 2021. Para ello, se implementó una investigación de tipo cuantitativo descriptivo de corte transversal. La información se obtuvo mediante la Escala de Competencia Cultural versión en español (CCS-S) chilena, que fue previamente validada en el contexto colombiano. La muestra estuvo conformada por 148 estudiantes de enfermería matriculados de tercer a octavo semestre en la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Francisco de Paula Santander para el II semestre de 2021, que cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron participar de forma voluntaria mediante la firma del consentimiento informado. Seguidamente, se describieron las características, variables sociodemográficas y experiencias culturales de los estudiantes de enfermería. Posteriormente, se identificó el nivel de conocimiento, habilidad y sensibilidad cultural. Finalmente, se identificó el nivel de competencia cultural de los participantes y se realizó un análisis comparativo por variables sociodemográficas y experiencias culturales.

## Introducción

Con la llegada del siglo XXI, se afirma que la era de la diversidad se consolidó, esto, como resultado del reconocimiento de grupos étnicos, pueblos indígenas y de los constantes flujos migratorios. Esta diversidad representa un desafío en la atención en salud, puesto que supone que los enfermeros estén capacitados para responder a las necesidades culturales particulares de cada individuo o comunidad. Dicho de otra forma, supone que los enfermeros sean sensibles a la diversidad cultural de las poblaciones y apliquen sus conocimientos científicos adaptados a dicha pluralidad. Esto, es lo que se conoce como competencia cultural, un tema que ha sido ampliamente estudiado durante los últimos años en el área de la salud. A nivel internacional, lista un sin número de investigaciones, sin embargo, en Colombia, el abordaje a nivel nacional es escaso y a nivel local, no se registra.

El presente estudio permitió determinar el nivel de competencia cultural en estudiantes de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander. Así mismo, da a conocer fundamentos teóricos y conceptuales sobre el tema, como herramientas para establecer una base sólida sobre la competencia cultural en el proceso formativo de los estudiantes.

La competencia cultural es un proceso continuo y no lineal, que se desarrolla a través de los atributos de conocimiento, habilidad y sensibilidad; en el que los enfermeros tienen la capacidad de brindar cuidados que se adaptan a las creencias, valores y prácticas de los pacientes provenientes de diversas culturas, y donde sobresale el respeto y la aceptación de las diferencias.

Este documento presenta la problemática de estudio, su justificación y propósito. Así mismo, un marco de referencia donde se plasman los fundamentos teóricos, conceptuales, contextuales y legales que sustentan el abordaje de la competencia cultural. Posteriormente, se muestra paso a

paso la metodología empleada, haciendo énfasis en los procesos de selección de la muestra, adaptación cultural y validación facial y de contenido del instrumento, así como los aspectos éticos que garantizan la protección de datos y participantes. Finalmente, se expone el análisis de resultados, que permite concluir y generar una serie de recomendaciones a futuras investigaciones y otros ámbitos.

## 1. Problema

### 1.1 Título

NIVEL DE COMPETENCIA CULTURAL EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER EN EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2021

### 1.2 Planteamiento del Problema

**1.2.1 Descripción del problema.** La Declaración de Alma-Ata (1978), reconoce la salud como un derecho humano fundamental, considerando que el objetivo social prioritario en el mundo es la consecución del nivel más alto de salud, reduciendo de esta manera, las desigualdades e inequidades existentes en las poblaciones (1). La salud, también es el “resultado de la confluencia de diversos factores de tipo individual, social, económico y cultural” (2); donde el último, determina en gran medida la respuesta que tienen los individuos al proceso de salud-enfermedad. Así, la cultura es entendida como las creencias, valores, normas y modos de vida de individuos, grupos o instituciones, que son aprendidos y compartidos y por lo general, transmitidos de una generación a otra, influenciando las formas de pensar y actuar (3).

La cultura, además, está implícita en la diversidad cultural, definida esta por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (4) como una característica esencial de la humanidad y como “la pluralidad de culturas que coexisten en el mundo; que implica, por un lado, la preservación y promoción de las culturas existentes y, por el otro el respeto hacia otras culturas” (p.1). La diversidad cultural ha aumentado en las sociedades actuales, debido a los cambios dramáticos en las cifras demográficas mundiales de las tres

últimas décadas. Estos cambios, están precedidos por diversos fenómenos, entre los que se resaltan los movimientos migratorios y el reconocimiento de grupos étnicos y pueblos indígenas (5). A esto, se suma la actual crisis migratoria o de refugiados venezolanos, resultado de los abusos de índole político, económico, humanitario y de derechos humanos.

Estadísticas globales muestran que, para mediados del año 2020, la población de migrantes internacionales fue de 280,6 millones, lo que representa un 3,6% de la población mundial total, donde los países con mayores cifras de población migrante son Estados Unidos, Alemania, Arabia Saudita, Rusia y Reino Unido (6). Con respecto a las poblaciones indígenas, el International Work Group For Indigenous Affairs (IWGIA), estimó que en América latina para el año 2019, los países con mayor cantidad de población indígena fueron México (27,5 millones), Guatemala (8 millones), Bolivia (5,5 millones), Perú (4 millones), Chile (1,6 millones), Colombia (1,5 millones), Ecuador (1,1 millones), Argentina (1 millón), Brasil y Venezuela (0,9 millones cada uno) (7). Así mismo, la plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela (R4V), indicó que, para finales del año 2021, 6.041.690 de venezolanos se encontraban en condición de migrantes y refugiados en todo el mundo, de los cuales 4.992.215 se ubicaron en América Latina y el Caribe, con mayor proporción en países como Colombia, Perú, Ecuador, Chile y Brasil (8).

Colombia, ha sido reconocido como un país pluriétnico y multicultural, que se expresa en una gran pluralidad de identidades y de expresiones culturales de los pueblos, comunidades y regiones que forman la nación (9, 10). Afrocolombianos, raizales, palenqueros, rom o gitanos, pueblos indígenas, mestizos, comunidades campesinas y comunidades originadas en migraciones externas enriquecen el mosaico cultural del país (9, 10). Según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 (CNPV), realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística

(DANE), en Colombia la población total es de 48.258.494 habitantes, de los cuales 6.579.426 (13,7%) se autorreconoce como pertenecientes a los grupos étnicos y pueblos indígenas presentes en el país (11).

El volumen de la población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera (NARP) en 2018 es de 4.761.160 personas, que corresponde al 9,34% de la población total, concentrada principalmente en los departamentos de Valle del Cauca (647.526), Chocó (337.696), Bolívar (319.396), Antioquia (312.112) y Cauca (245.362). Por su parte, la población indígena representa el 4,4%, con una población total de 1.905.617 personas, predominando en los departamentos de la Guajira (394.683), Cauca (308.455), Nariño (206.455), Córdoba (202.621) y Sucre (104.890). Así mismo, son reconocidos 115 pueblos indígenas nativos en el país, donde el 58,1% están representados por los Wayuu, Zenú, Nasa y Pastos. En cuanto a la población gitana es de 2.649 personas, que corresponden al 0.006% de la población total, con mayor influencia en los departamentos de Bogotá (603), Santander (343), Norte de Santander (238) y Tolima (161). Los grupos gitanos con mayor presencia en el país son Bolochock, Mijay, Ghuso Ruso y Greco (11).

En Norte de Santander, la población étnica total es de 10.253 personas, de los cuales 38 son Raizales del archipiélago de San Andrés y Providencia, 22 son Palenqueros de San Basilio, 5.410 pertenecen al grupo de Negros, mulatos, afrodescendientes y afrocolombianos, 4.545 son indígenas y 238 son gitanos (11). Para el municipio de San José Cúcuta, el DANE no ofrece cifras estadísticas de los grupos étnicos, a excepción de los Rrom o gitanos que hacen presencia con 205 habitantes (11).

Con respecto al fenómeno migratorio, para el año 2020 de acuerdo a lo publicado por Migración Colombia, ingresaron al país 1.000.560 extranjeros, provenientes de países, como

Venezuela (189.883), Estados Unidos (231.048), México (53.045), Perú (48.551), Argentina (46.803), entre otros. Por otra parte, migración también reportó que, a finales de agosto de 2021, un total de 1.842.390 nacionales venezolanos residían en Colombia, de los cuales 344.688 tienen condición de regulares, 1.182.059 se consideran en proceso de regularización y 315.643 están en condición irregular. A nivel departamental, Bogotá (393.716), Antioquia (264.148), Norte de Santander (164.229), Atlántico (140.640) y Valle del Cauca (131.723) registran el mayor número de migrantes venezolanos. A nivel municipal, se estima que la concentración de venezolanos en Cúcuta alcanzó para el mismo año un total de 98.680 (12).

Lo anterior, confirma que Colombia es una nación culturalmente diversa. Esta diversidad, ha venido generando dificultades en el proceso de atención de la salud, debido principalmente, al desconocimiento de los modos de vida, creencias, costumbres, valores y normas de los diversos grupos que existen en el país, donde las necesidades específicas en salud coherentes con la cultura del paciente no son tenidas en cuenta (13).

El concepto de cuidados culturalmente competentes fue introducido por Madeleine Leininger, quien lo define como el conjunto de cuidados y conocimientos sanitarios basados en la cultura, ejecutados de forma sensible, creativa y significativa y, adaptados a la forma de vida y necesidades de los individuos o grupos (3). En este sentido, la competencia cultural adquiere un especial interés, puesto que, es la capacidad de responder a la diversidad cultural en los sistemas de salud. Campinha Bacote, señala que, la competencia cultural está orientada, más que a la identificación de diferencias y similitudes entre culturas, a la habilidad para actuar en coherencia con ese reconocimiento (14).

De ahí que, el profesional de enfermería sea culturalmente competente, capaz en primer lugar de reconocer, valorar y respetar las diferencias étnicas y culturales y en segundo, de funcionar eficazmente en un contexto diverso, satisfaciendo las necesidades culturales específicas en salud que presentan los individuos y sus comunidades, con la única finalidad de brindar cuidados seguros y de calidad. Esto, sin duda alguna, impacta positivamente la respuesta que tiene el receptor de cuidado frente a su estado de salud (13).

Al respecto, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), señala que los enfermeros (as) deben ser culturalmente competentes, de forma que, puedan responder con eficacia a las necesidades culturales y lingüísticas de los individuos y comunidades (15). Por lo anterior, es importante que los futuros profesionales de enfermería sean formados en competencia cultural, a fin de que durante su proceso formativo adquieran conocimiento, sensibilidad y habilidad para desarrollar su rol en contextos culturalmente diversos con adecuada pertinencia (16).

Sobre los estudiantes de enfermería, los resultados investigativos en los continentes asiático y africano muestran que estos tienen rangos moderados de competencia cultural, que está asociada e influenciada por los perfiles demográficos y experiencias relacionadas con la cultura (17). Esta afirmación, se corrobora con los resultados obtenidos por Cruz (18), donde los estudiantes presentan rangos moderados de competencia cultural. De modo similar, en un estudio en Arabia Saudita se determinó que el 86% de los estudiantes de enfermería son culturalmente conscientes. La mayoría de ellos, previo al estudio, habían tenido exposición a conceptos culturales, tales como la formación en cultura y el contacto con personas culturalmente diversas. (19). Por otra parte, en un estudio comparativo en Indonesia, no se encontró diferencia estadísticamente significativa en el nivel de competencia cultural entre los estudiantes del programa académico del octavo semestre y el programa profesional del segundo semestre (20).

En otros estudios sobre la medición del nivel de competencia cultural en Estados Unidos, los autores coinciden en que los estudiantes de enfermería son culturalmente conscientes y competentes (21) (22). Reyes, Hadley y Davenport, describen que la competencia cultural es más alta en los estudiantes de enfermería graduados, que en los estudiantes principiantes (23).

Con respecto a los profesionales de enfermería, los resultados obtenidos en diferentes estudios señalan que estos tienen un déficit en la competencia cultural y que generalmente, se relaciona con una formación cultural insuficiente. Así mismo, manifiestan que el desarrollo de esta competencia, está asociado a las creencias culturales propias y a la experiencia generada en el ejercicio de la profesión (24) (25).

Lo anterior, permite inferir que, la formación previa en cultura, el contacto con personas culturalmente diversas y el dominio de otras lenguas, son factores claves en el desarrollo de la competencia cultural. No obstante, dichos factores no son experimentados por todos los estudiantes y profesionales de enfermería, de ahí que, no se alcance la competencia cultural requerida para satisfacer las necesidades en salud de los individuos o grupos.

En este sentido, se hace necesaria esta investigación, teniendo en cuenta que, tras la revisión bibliográfica de antecedentes, se encuentran diversos estudios internacionales, sin embargo, los estudios a nivel nacional y regional son escasos y a nivel local, inexistentes, lo que determina el vacío de conocimiento de la investigación: la falta de conocimiento sobre el nivel de competencia cultural en estudiantes de enfermería.

De esta manera, es indispensable determinar en el siguiente estudio: ¿Cuál es el nivel de competencia cultural de los estudiantes de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander? ¿Cuál es el nivel de habilidad cultural de los estudiantes de enfermería? ¿Cuál es el

nivel de conocimiento cultural de los estudiantes de enfermería? ¿Cuál es el nivel de sensibilidad cultural de los estudiantes de enfermería? ¿Cuál es el nivel de conocimiento, habilidad y sensibilidad cultural por variables sociodemográficas?

Este estudio, representa un gran desafío para los investigadores, en primer lugar, porque el vacío de conocimiento es significativo y, en segundo, porque responder a los objetivos planteados contribuirá en el fortalecimiento de los procesos de formación de los estudiantes de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander (UFPS). Para estos últimos, esta investigación implica, por un lado, reconocer la importancia de la cultura en el ejercicio de la profesión y por otro, conocer la diversidad cultural en la que se encuentran inmersos.

### **1.3 Formulación del Problema**

¿Cuál es el nivel de competencia cultural en los estudiantes de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander en el segundo semestre de 2021?

### **1.4 Justificación**

La presencia de grupos étnicos, pueblos indígenas y las continuas migraciones en Colombia, hacen que este se configure como un país culturalmente diverso. Lo anterior, constituye un desafío para los enfermeros, quienes forman los grupos más grandes de personal sanitario, puesto que, supone un abordaje distinto de los problemas de salud y de la interacción con los pacientes. Esto, requiere que los profesionales, estén capacitados para responder a las necesidades culturales particulares de cada individuo o comunidad, reduciendo de esta forma, todo tipo de desigualdad en salud.

En efecto, resulta pertinente que tanto profesionales como estudiantes de enfermería, no sólo se formen a nivel técnico-científico, si no que desarrollen competencia cultural, esta última, entendida como un proceso continuo y no lineal, en el que los enfermeros tienen la capacidad de brindar cuidados que se adaptan a las creencias, valores y prácticas de los pacientes provenientes de diversas culturas, y donde prevalece el respeto y la aceptación de las diferencias y en el que, las creencias de los individuos y comunidades no pueden ser influenciadas por las del proveedor de cuidados (26).

Este estudio, permite que los estudiantes de enfermería identifiquen las fortalezas y debilidades que tienen con respecto a la provisión de cuidados culturales, creando una noción de su nivel de competencia cultural. Para el programa de enfermería, esta investigación aporta bases teóricas y conceptuales sobre el tema y datos sobre el nivel de competencia cultural en los estudiantes de enfermería, lo que permitirá proporcionar un mayor enfoque en la incorporación de conceptos culturales en el proceso educativo y establecer una base firme en los currículos de enfermería sobre la cual pueda avanzar el proceso de competencia cultural.

Además, teniendo en cuenta que, el marco legal de educación colombiano menciona que las instituciones de educación superior deben disponer de saberes culturalmente diversos para la construcción de conocimiento; donde este último no sólo debe construirse desde una orientación exclusivamente científica, sino que, debe considerar la identidad cultural histórica (27).

Para la Universidad Francisco de Paula Santander, es importante el desarrollo científico que permita enriquecer el ser y quehacer de la profesión de enfermería. De ahí que, se realicen investigaciones de este tipo, donde no sólo se promueve el espíritu crítico de los estudiantes, sino que, se abordan temas de interés en salud, que generan impacto en la población. Lo anterior, hace

visible el interés de la Universidad por desarrollar acciones que satisfagan las necesidades sentidas de la región, destacándose a nivel local, regional, nacional e internacional.

Desde el punto de vista científico, este estudio aporta datos e información que compensarán el vacío de conocimiento existente, dado que, a nivel nacional y regional los datos son escasos y a nivel local, hay ausencia. Por lo tanto, se ampliarán los saberes y el campo de actuación sobre la competencia cultural en estudiantes de enfermería. Para el Grupo de Investigación Cuidado de Enfermería (GICE), en su línea enfoques de cuidado desde la perspectiva teórica, crea un precedente sobre la competencia cultural en estudiantes de enfermería. Así mismo, proporciona unas bases teóricas a partir de las cuales se pueden establecer procesos de cuidado basados en diversidad cultural. Finalmente, para el Grupo de Investigación Salud Pública (GISP), en su línea problemas de salud pública aporta un referente sobre las disparidades en salud derivadas de la diversidad cultural y como a través de la formación en competencia cultural se puede plantear un modelo de salud-enfermedad-atención incluyente, enmarcado en la cultura y las necesidades específicas del paciente y su comunidad.

## **1.5 Objetivos**

**1.5.1 Objetivo general.** Determinar el nivel de competencia cultural en los estudiantes de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander en el segundo semestre de 2021.

**1.5.2 Objetivos específicos.** Los objetivos específicos se muestran a continuación:

Validar la Escala de Competencia Cultural versión en español (CCS-S) chilena, en el contexto colombiano.

Describir las características y variables sociodemográficas de los estudiantes de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander en el segundo semestre de 2021.

Describir las experiencias culturales de los estudiantes de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander en el segundo semestre de 2021.

Identificar el nivel de conocimiento cultural de los estudiantes de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander en el segundo semestre de 2021.

Identificar el nivel de habilidad cultural de los estudiantes de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander en el segundo semestre de 2021.

Identificar el nivel de sensibilidad cultural de los estudiantes de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander en el segundo semestre de 2021.

Comparar el nivel de competencia cultural de los estudiantes de enfermería por variables sociodemográficas y experiencias culturales en el segundo semestre de 2021.

## 2. Marco Referencial

### 2.1 Antecedentes

**2.1.1 Antecedentes internacionales.** En Korea, para el año 2012, se realizó un estudio descriptivo de correlación con 356 estudiantes, con el objetivo de examinar la competencia cultural y verificar las variables relacionadas con la competencia cultural, así como los factores que contribuyen a la competencia cultural en estudiantes de enfermería. Al analizar los datos se encontró que el 89% de la población pertenecen al género femenino, la edad media fue de 20,65 años.

En relación con la competencia cultural los resultados mostraron una puntuación media de 3,21. Según las escalas de clasificación que mide la competencia cultural percibida, el puntaje promedio fue de 3.66 para la actitud cultural, 3.74 para conciencia cultural, y 2.90 para la habilidad cultural. Por último, destacaron que los factores que influyen en la competencia cultural son la preocupación empática, la necesidad de educación cultural, la fantasía y el contacto multicultural en las actividades escolares (28).

En Estados Unidos, para el año 2013, se realizó un estudio comparativo, cuyo propósito era determinar si la autopercepción de la competencia cultural en estudiantes de licenciatura de enfermería como resultado de su educación y experiencias aumentó durante el programa de enfermería. Para esto, se contó con una muestra de 99 estudiantes de enfermería de los cuales, 46 eran principiantes y 53 del último curso del programa de licenciatura de enfermería. Dentro de los resultados relevantes se encuentra que el rango de edad para los estudiantes principiantes es de 19 a 35 años ( $M= 22,54$ ) y para los de último curso es de 21 a 65 años ( $M= 27,53$ ). Con respecto a la competencia cultural, los estudiantes de enfermería del último curso mostraron una

puntuación media más alta en las subescalas de Conciencia y Sensibilidad Cultural (CAS) y de Comportamiento de Competencia cultural (CCB) (6.018 y 4.590, respectivamente) en comparación con los estudiantes principiantes de enfermería (5.695 y 3.453, respectivamente), lo que indica que, los estudiantes de enfermería del último curso desde su percepción, tienen una mayor conciencia y sensibilidad cultural y demuestran comportamientos culturalmente más competentes (23).

Una investigación descriptiva realizada por Pérez Islas R (2013) evaluó el grado de sensibilidad intercultural en 240 alumnos de la Licenciatura en Enfermería y en Enfermería y Obstetricia, con el cuestionario Escala de Sensibilidad Intercultural (ISS). Dentro de los hallazgos se encontró que el rango de edad de los participantes es de 29 años con una media de edad de 21.62 años, la mayoría son mujeres (76%) y solo el 24% son hombres. Respecto a la puntuación que los alumnos obtuvieron en sensibilidad intercultural, se encontró que el 92.5% tienen alta sensibilidad y el 7.5% media, destaca que ningún estudiante tienen baja sensibilidad intercultural (29).

Gözüm (30), realizaron un estudio descriptivo con el fin de adaptar la Escala de Competencia Cultural de Enfermeras (NCCS) al idioma turco, determinando la validez y fiabilidad. Se incluyó un total de 265 enfermeras clínicas de medicina interna, clínica quirúrgica y clínica para pacientes ambulatorios del Hospital Universitario de Akdeniz en Turquía. Al analizar los datos, el valor de  $\alpha$  de Cronbach fue de 0.96, indicando una alta confiabilidad del NCCS-T. La edad promedio de los participantes fue 30,3 años y casi todos pertenecían al sexo femenino (98,1%). La mayoría tenían una licenciatura (85,3%) y el período de tiempo promedio de ejercicio de la profesión fue de 8,62 años. Tras la aplicación del NCCS-T, la puntuación media total obtenida por los participantes fue de 75,34 (DE = 15,16), lo que indicó altos niveles de competencia

cultural en las enfermeras. En la evaluación de los antecedentes culturales, se encontró que los niveles de sensibilidad cultural de las enfermeras que tenían vecinos o amigos de otras culturas en su vida privada ( $M= 77,6$ ) y que tenían la experiencia previa de brindar atención a pacientes internacionales ( $77,07$ ), fue mayor en comparación con la de enfermeras que no tuvieron dichas experiencias (30).

Un estudio realizado en 2014 por Mareno (31), de tipo prospectivo, transversal y descriptivo, tuvo como objetivo comparar el nivel de conciencia cultural, conocimiento, habilidades y comodidad que tienen las enfermeras estadounidenses con los títulos de pregrado (diploma, asociado y licenciatura) y posgrado (maestría) durante los encuentros con pacientes de diversas poblaciones. Este estudio contó con la participación de 365 enfermeras (150 de pregrado y 215 de posgrado). La edad promedio de las enfermeras con títulos de pregrado y posgrado fue de 49,1 y 47,3 años, respectivamente. Entre los hallazgos más relevantes se encontró que: las enfermeras de licenciatura ( $M=2.1$ ) obtuvieron calificaciones más bajas que las enfermeras de posgrado ( $M=2.28$ ) en conocimiento cultural. Las puntuaciones en conciencia cultural, habilidades y comodidad con los encuentros con los pacientes no variaron entre los grupos. La mayoría de las enfermeras de pregrado informó haber recibido poca (84%) o ninguna (13,7%) capacitación en el lugar de trabajo. Por otro lado, las enfermeras con títulos de posgrado informaron que no tenían capacitación en el lugar de trabajo (27,4%) o solo una pequeña parte (72,6%).

Ambos grupos obtuvieron muy poca educación continua en diversidad cultural. Cerca de las tres cuartas partes de las enfermeras con títulos de pregrado (71,1%) informaron haber recibido un poco de educación continua fuera del lugar de trabajo, mientras que el 28,9% informó que no recibió ninguna. Esta tendencia fue similar para las enfermeras con títulos de posgrado; el 79,1% informó haber recibido un poco de educación continua profesional fuera del lugar de trabajo y el

20,9% informó que no recibió educación continua (31).

En el año 2015, se realizó un estudio descriptivo y transversal, cuyo propósito era evaluar las propiedades psicométricas de la versión Árabe de la Escala de Capacidad Cultural (CCS-A) para estudiantes de Licenciatura en Enfermería (BSN) en Arabia Saudita. Dentro de los hallazgos relevantes del estudio, se encontró que la CCS-A mostró una consistencia interna aceptable con  $\alpha$  de Cronbach de 0,96. La CCS-A fue aplicada a 200 estudiantes de segundo, tercer y cuarto año de enfermería, arrojando los siguientes resultados: la mayoría de los participantes eran mujeres (52,5%), pertenecientes al cuarto año (45,5%) y tenían una exposición clínica inferior o igual a 360 horas (54,5%). La edad media fue de 20,89 años. Con relación a la exposición cultural, los estudiantes de enfermería con formación previa en diversidad (31,5%), que tenían experiencia en el cuidado de pacientes de otras razas (62%), que residían en un entorno con personas diversas (21%) y que habían encontrado individuos pertenecientes a grupos especiales de población en los últimos 12 meses (47%), mostraron niveles significativamente mayores de competencia cultural ( $M= 75,75; 73,43; 79,69$  y  $74,70$ , respectivamente), en comparación con aquellos que no tenían ninguna exposición cultural ( $M= 59,77; 50,74; 60,85$  y  $74,70$ , respectivamente) (32).

Para el año 2015, en Taiwan, se realizó una investigación mixta de método explicativo progresivo, donde el objetivo era evaluar cómo la implementación de un curso sobre competencia cultural integrado en un curso de enfermería afectó las percepciones de los estudiantes de enfermería sobre su competencia cultural en el cuidado (CCC). La muestra estuvo conformada por 50 estudiantes, quienes completaron un cuestionario de competencia cultural de cuidado autopercebido (SP-CCC) antes y después del curso sobre competencia cultural (ECC-CAC) desarrollado. Al analizar los datos se encontró que, de los 50 estudiantes de enfermería matriculados en el curso ECC-CAC, 48 (96%) completaron el SP-CCC previo y posterior. En

relación con el género, el 100% eran mujeres y tenían entre 20 y 24 años. La puntuación media del SP-CCC previo al curso fue de 88.28 mientras que, posterior al curso fue de 101.00 evidenciándose una mejora significativa en la percepción de la competencia cultural en el cuidado. Esto se refleja en las puntuaciones medias de las subescalas del SP-CCC, donde la subescala de conocimiento pasó de 20.69 a 22.79, la actitud de 42.53 a 48.94 y la de habilidades de 25.15 a 29.36 en la prueba previa y posterior, respectivamente (33).

Jeong (34), realizaron un estudio descriptivo transversal con 236 estudiantes de enfermería de cuatro universidades de Corea del Sur, con el propósito de identificar las formas en que la educación cultural y las experiencias personales con otras culturas afectan la competencia cultural de los estudiantes de enfermería. Al analizar y recolectar los datos, se encontró que la edad media fue de 21,42 años y el 79,7% eran mujeres. En relación con la competencia cultural, la puntuación media de los participantes fue de 2,66. Sobre las subescalas evaluadas, la conciencia cultural tuvo la puntuación media más alta con 4,04 y la de habilidad cultural la puntuación media más baja con 2,50. Se halló que, la competencia cultural de los estudiantes de enfermería era mucho mayor cuando tenían contacto directo o relaciones directas con personas de una cultura diferente (2,76), incluidas las experiencias de vivir en el extranjero durante más de 6 meses (2,91), tener familiares viviendo en el extranjero (2,78) y tener amigos o vecinos de otras culturas (3,03). Aquellos que habían completado una o más conferencias sobre el tema de la educación cultural en su plan de estudios de enfermería (2,86) tenían un nivel de competencia cultural significativamente más alto que aquellos que no completaron ninguna (2,51) (34).

Para el año 2016, se publicó un estudio descriptivo y transversal, cuyo objetivo era identificar los predictores de la competencia cultural entre estudiantes de segundo, tercer y cuarto año de licenciatura de enfermería (BSN) de Filipinas. La muestra estuvo conformada por 332

estudiantes, donde el 78,9% pertenecían al género femenino y la edad media era de 20,04 años. Entre los resultados, se encontró que casi la mitad de los participantes (44,6%) estaban en el último año del programa BSN. Referente a los antecedentes culturales, la mayoría de los encuestados no había recibido capacitación previa en diversidad (52,4%), no había experimentado el cuidado de pacientes con diversidad cultural en los últimos 12 meses (63,3%) y no vivía en un entorno con diversidad cultural (59,0%). Sin embargo, más de la mitad se había encontrado con pacientes pertenecientes al grupo de población especial durante su formación en los últimos 12 meses (68,1%) (18).

Con respecto a la competencia cultural, los resultados mostraron una puntuación media de 68,98 (competencia cultural moderada). Los estudiantes con antecedentes culturales obtuvieron puntuaciones medias superiores en competencia cultural (6,19; 6,47; 4,71 y 2,44, respectivamente). De igual forma, los estudiantes de tercer y cuarto año fueron culturalmente más competentes ( $M= 5,24$  y  $7,70$ , respectivamente). Para los elementos individuales, se encontró que la capacidad para comprender las creencias de varios grupos culturales recibió la media más alta de 3,65, seguida de la capacidad de utilizar ejemplos para mostrar habilidades de comunicación con pacientes de diversos orígenes culturales ( $M= 3,55$ ). Por el contrario, la capacidad para identificar las necesidades de atención de pacientes con antecedentes culturales diversos recibió la media más baja ( $M= 3,31$ ) (18).

El estudio realizado por Hsiu (22), de tipo cuantitativo descriptivo, comparativo longitudinal, buscó evaluar el desarrollo de la competencia cultural de los estudiantes desde el inicio hasta el final del primer semestre de 2016 e identificar factores que influyen en el desarrollo de la competencia cultural en un programa Asociado a Ciencias de Enfermería (ASN) en los Estados Unidos. La muestra estuvo conformada por 161 participantes (40 de primero, 40 de segundo, 40

de tercero y 41 de cuarto semestre), de los cuales, 80 fueron seleccionados para formar un grupo experimental, a quienes se les aplicó el instrumento antes y después del semestre académico y 81 para un grupo comparativo, a quienes se les aplicó sólo al finalizar el semestre. Al analizar los datos se encontró que, los 80 participantes tenían una edad promedio de 26 años y el 78,8% pertenecían al género femenino. En relación con la exposición a la cultura, el 53,8% de los participantes informó no haber recibido educación continua o cursos previos relevantes para la competencia cultural y el 62,5% refirió no haber cursado estudios relacionados con la competencia cultural (22).

En total, 145 de 161 estudiantes de los grupos experimental y de comparación respondieron la encuesta posterior al semestre. Los datos demográficos de los 145 participantes fueron similares a los de los participantes iniciales. El nivel de competencia cultural al comienzo del semestre en puntuación media fue de 61,35 y de 62,35 al final del semestre, lo que indica que los estudiantes eran culturalmente competentes. En cuanto a la puntuación media de las subescalas, la puntuación más baja la obtuvo la escala de conocimiento cultural (2,64; 2,79) y la más alta la de deseo cultural, en ambas pruebas (3,48; 3,47). No hubo diferencias significativas en el nivel de competencia cultural entre los estudiantes en función de los diferentes semestres (22).

Cruz (17), realizaron un estudio descriptivo y transversal con 2.163 estudiantes de Licenciatura en Ciencias de Enfermería (BNS), cuyo objetivo fue evaluar la competencia cultural entre los estudiantes de enfermería de nueve países para brindar una perspectiva internacional sobre la competencia cultural. Dentro de los resultados se obtuvo: los niveles de competencia cultural varían en los nueve países, sin embargo, la perspectiva de la competencia cultural compartida estuvo dentro de un rango moderado, con media de 69.38. La mayoría de los participantes son mujeres (74.3%) y la edad media es de 22,52 años. Con respecto a las

experiencias relacionadas con la cultura, el 58% de los estudiantes no habían asistido a capacitaciones relacionadas con la cultura y no habían experimentado el cuidado de pacientes de orígenes culturalmente diversos en los últimos 12 meses. Por el contrario, el 86% si había experimentado la atención de pacientes pertenecientes a grupos especiales (17).

En relación con el género, los hombres obtuvieron puntuaciones más altas en competencia cultural ( $M=71.36$ ) en comparación con las mujeres. Hubo una correlación positiva débil entre la edad y la competencia cultural ( $p < .001$ ). Respecto a los ítems de la escala, el 8, la capacidad del estudiante de “enseñar y guiar a otros colegas de enfermería para mostrar un comportamiento culturalmente deseable durante el cuidado de enfermería para clientes de diversos grupos culturales”, recibió la puntuación media más alta (3.62), mientras que el ítem 20, la capacidad de “discutir las diferencias entre las creencias o comportamientos de salud del cliente y el conocimiento de enfermería con cada cliente” recibieron la puntuación media más baja (3.25). Por último, los estudiantes de cuarto año informaron una competencia cultural significativamente mayor que los de segundo año ( $p < .001$ ) (17).

Para el año 2016, en Estados Unidos se publicó una investigación de tipo cuantitativo, comparativo y predictivo, que tuvo como propósito evaluar el nivel de competencia cultural e identificar los factores que influyen en el desarrollo de la competencia cultural en estudiantes de pregrado de enfermería. Al analizar los datos se encontró que el 80,2% de los estudiantes pertenecían al género femenino, aproximadamente el 56,6% ( $n = 60$ ) informaron tener educación continua o cursos previos con relevancia para la competencia cultural, y el 46,2% ( $n = 49$ ) refirió haber recibido educación en competencia cultural. Se destaca que el nivel de competencia cultural entre todos los estudiantes dada en puntuación media fue de 61,70, lo que indica un nivel culturalmente competente. En relación con las subescalas, la puntuación media más baja la

obtuvo la escala de conocimiento cultural ( $M= 2,68$ ) y la puntuación media más alta la de deseo cultural ( $M= 3,47$ ) (35).

En Taiwan, Mei (25), realizaron entre septiembre de 2016 a febrero de 2017 un estudio cualitativo utilizando la teoría fundamentada, donde se reclutaron 30 enfermeras mediante muestreo intencional para ser entrevistadas. Este tuvo como fin generar un marco teórico descriptivo sobre las experiencias de las competencias culturales entre enfermeras clínicas. Todos los participantes eran mujeres y su promedio de años de experiencia en enfermería fue de 9.17, con un rango de 2 a 20 años. Entre los hallazgos, se identificó como categoría central “No preparado cuando se encuentra con diferentes culturas” para describir y guiar el proceso de las experiencias de competencia cultural entre enfermeras, ya que los participantes percibieron diferentes conflictos al enfrentarse a diferentes procesos culturales, refiriendo tener una formación cultural insuficiente y recursos limitados, debido a que los recursos del hospital eran limitados y además no se impartieron clases sistemáticas con respecto a una perspectiva cultural. En la primera categoría “Conciencia de las diferencias de valor” las enfermeras al atender pacientes de diversas etnias descubrieron que los pacientes poseían diferentes formas de pensar y creencias, y estas diferencias culturales pueden comprender diferentes formas de tomar decisiones (25).

En la segunda categoría “Puntos de vista estereotipados de los grupos étnicos” las enfermeras notaron que, la falta de comprensión de las culturas, creencias religiosas y hábitos alimentarios de los diferentes países inducía directamente un estado de ánimo y/o puntos de vista negativos, que hacían tener ideas preconcebidas sobre los miembros de ciertos grupos étnicos. En la tercera categoría “Creencias en conflicto” afirmaron que a veces no entendían las creencias de los pacientes, lo que les hacía desagradar el comportamiento de los pacientes o incluso temer a los

pacientes. Finalmente, las enfermeras en la categoría “Dificultad para implementar el trabajo de enfermería” expusieron que, debido a las diferencias en la cultura, los valores o el idioma, puede llevar más tiempo y esfuerzo de lo habitual comprender o confirmar el pensamiento y las necesidades de un paciente, lo que inevitablemente retrasa la atención del paciente (25).

Fathiani (20), realizaron un estudio transversal con el propósito de identificar la competencia cultural en 164 estudiantes de la Facultad de Enfermería Universitas Indonesia en Depok, Java Occidental. La muestra estuvo conformada por 77 estudiantes de octavo semestre de un programa académico y 87 estudiantes de segundo semestre de un programa profesional de enfermería. Dentro de los hallazgos relevantes del estudio se encontró que, la edad media de los participantes es de 23,24 años y el 90,9% pertenecían al género femenino. Los resultados muestran que el nivel de competencia cultural de los estudiantes de segundo semestre del programa profesional, dado en puntuación media, es mayor (60,0) que en los estudiantes de octavo semestre del programa académico (59,0). No obstante, estadísticamente no existe una diferencia significativa. De igual forma, los estudiantes del programa profesional, obtuvieron las puntuaciones medias más altas en todos los componentes de la competencia cultural: conocimiento (14,39), conciencia (9,46), habilidad (8,57) y encuentro cultural (15,37) (20).

La investigación realizada en la Universidad de Ciencias de la Salud de Jeddah, en Arabia Saudita, publicada en el año 2018, de tipo cuantitativo, descriptivo, exploró la competencia cultural en una muestra de 205 estudiantes de pregrado en enfermería. Al recolectar y analizar los datos, se obtuvieron los siguientes resultados: la edad media de los estudiantes fue de 21,68 años, predominando el rango de 20 a 24 ( $n = 185$ ), donde el 54,6% cursaban el primer año y el 45,4% el último año de enfermería. Con respecto a la exposición a conceptos culturales, el 42% de los participantes informó haber realizado estudios previos sobre cultura adicionales a los

proporcionados en el plan de estudios y, el 78% indicó haber tratado previamente con personas de diferentes culturas. En relación con la competencia cultural, se encontró que el 86,8% de los estudiantes es culturalmente consciente, mientras que el 11,7% es culturalmente competente. Sólo un estudiante informó estar en el nivel culturalmente competente y dos culturalmente incompetentes (19).

En cuanto a las subescalas; la escala de deseo cultural mostró la puntuación media más alta (16,11), seguido de la de conciencia cultural (13,81), encuentro cultural (13,40), habilidad cultural (12,50) y, por último, la de conocimiento cultural (11,11). Referente a la edad, la competencia general fue significativamente mayor en los estudiantes más jóvenes ( $M = 45.27$ ), evidenciando que, los participantes entre 20 a 24 años eran más competentes culturalmente que los mayores de 24 años ( $p \leq 0.05$ ). Por otra parte, la puntuación media de competencia cultural fue mayor para los estudiantes que se formaron previamente sobre cultura ( $M = 69.12$ ) en comparación con los que no estudiaron ningún contenido cultural ( $M = 65.42$ ), concluyendo que, el estudio previo de la cultura conduce a una puntuación media más alta en los cinco subconstructos de la competencia cultural (19).

El estudio realizado en la Universidad Autónoma de Chile, publicada en el año 2018, de tipo descriptivo transversal evaluó las propiedades psicométricas de la Escala de Competencia Cultural (CCS) versión española en estudiantes de segundo a cuarto año de bachillerato en enfermería (BSN). Entre los hallazgos relevantes del estudio, se encontró que la CCS mostró una consistencia interna aceptable con  $\alpha$  de Cronbach de 0,95. La CCS-S fue aplicada a 502 estudiantes, arrojando los siguientes resultados: la edad media fue de 23,18 años y la mayoría eran mujeres (82,3%). Más de un tercio de los participantes estaban en el segundo año del programa BSN (41,4%), seguido del tercer (27,5%) y cuarto año (31,1%), respectivamente. Con

respecto a los antecedentes culturales, más de la mitad de los estudiantes tenían formación previa en diversidad cultural (57,6%) y había experimentado la atención de pacientes pertenecientes a grupos especiales de población en los últimos 12 meses (73,5%) (36).

Sobre la competencia cultural de los estudiantes de enfermería se determinó que, los estudiantes de cuarto año ( $M= 77,95$ ) obtuvieron puntajes de competencia cultural significativamente más altos que los de tercer ( $M= 69,14$ ) y segundo año ( $M= 64,62$ ). En términos de experiencias relacionadas con la cultura, los estudiantes de enfermería que habían asistido a una formación previa en diversidad cultural, habían atendido a pacientes de otra raza o grupo étnico en los últimos 12 meses, vivían en un entorno con personas culturalmente diversas y habían atendido a pacientes pertenecientes a grupos de población especial en los últimos 12 meses manifestaron una competencia cultural significativamente más alta que los estudiantes que no experimentaron situaciones similares ( $M= 72,51$ ;  $M= 76,56$ ;  $M=72,45$  y  $M= 71,19$ , respectivamente) (36).

A inicios de este año (2020), en Estados Unidos se publicó un estudio mixto cuasiexperimental, que tenía como objetivo describir el nivel de competencia cultural de estudiantes de enfermería de pregrado antes y después de una simulación sobre competencia cultural específicamente diseñada con pacientes estandarizados. La muestra estuvo conformada por 38 estudiantes de segundo año, con edades entre los 17 y 20 años y con predominancia del género femenino (92%). Los resultados mostraron una media total previa a la simulación de 58,6, clasificando al 100% de los participantes como culturalmente conscientes. Una media total posterior a la simulación fue de 65,73 para el 100% de los estudiantes, que los clasifica como culturalmente competentes (21).

**2.1.2 Antecedentes nacionales.** Díaz (24), realizaron una investigación cualitativa fenomenológica, con el objetivo de identificar expresiones de las dimensiones de la competencia cultural en once enfermeras, cuya experiencia principal ha sido el cuidado de niños. Entre los hallazgos se muestran seis categorías: conciencia, conocimiento, habilidad, deseo, sensibilidad y encuentro cultural. En la primera, desde el deber ser de enfermería se hace llamado al respeto de las prácticas de cuidado tradicional. En la categoría de conocimiento, se revela el interés por buscar información y dar sentido a las prácticas tradicionales de cuidado, al igual que en las expresiones de sensibilidad cultural. En la habilidad cultural, se destaca los modos de cuidado de enfermería frente a las prácticas tradicionales. El deseo cultural se evidencia en el interés por conocer la percepción de los cuidadores acerca de la situación de salud y finalmente, la dimensión de encuentro cultural, que se relaciona con el interés que expresa la enfermera por conocer y comprometerse en interacciones de cuidado con otras culturas (24).

Este estudio concluye que, el desarrollo de la competencia cultural se asocia con las creencias culturales y la experiencia generada en el ejercicio profesional de los enfermeros. Así mismo, que la relación con otra cultura hace evidente el déficit de conocimiento cultural frente a las prácticas de cuidado. Finalmente, las enfermeras identificaron conflictos entre el deber, ser y hacer de enfermería, donde se producen acciones efectivas de cuidado, pero en las que se cuestiona la pertinencia cultural (24).

**2.1.3 Antecedentes locales.** Tras la revisión bibliográfica, no se encontraron soportes investigativos sobre el tema abordado en este estudio, por lo que no es posible anexar antecedentes locales.

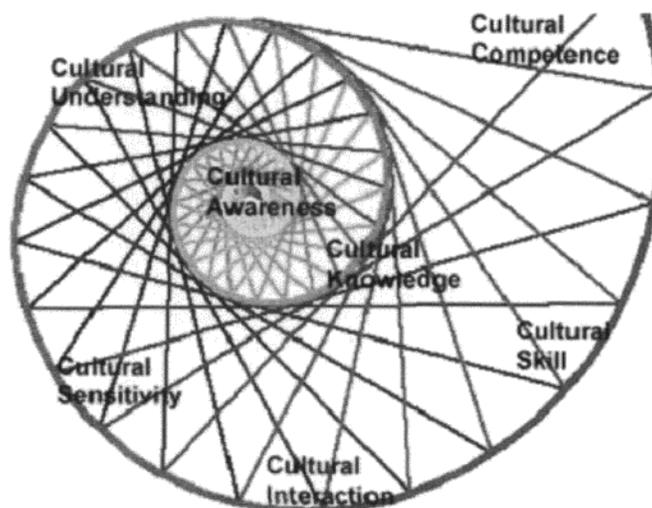
## 2.2 Marco Teórico

La cultura es inseparable de la persona y, por tanto, debe considerarse un elemento fundamental en el cuidado. Para que la enfermera pueda brindar la atención adecuada a pacientes de diversas procedencias culturales, debe desarrollar competencia cultural. En la literatura actual, se encuentran diversos modelos que permiten comprender este concepto, sin embargo, para este estudio se seleccionó el modelo realizado por Jacqueline Burchum, referente teórico del instrumento con el que se pretende evaluar el nivel de competencia cultural en los estudiantes de enfermería (26).

Burchum, identificó la necesidad de claridad conceptual de la competencia cultural, razón que la motivó a desarrollar un modelo a través del uso del método de análisis de conceptos de Rodgers, que se utiliza para proporcionar una perspectiva evolutiva de un concepto. Es así, como Burchum sometió a análisis los modelos de múltiples autores como Leininger (3), Cross (47), Campinha Bacote (48), Purnell (49), entre otros (26).

El modelo conceptual de Jacqueline Burchum presenta la competencia cultural como un “proceso no lineal y expansivo de devenir”, en otras palabras, un proceso dinámico no lineal que nunca termina y que se expande constantemente; en el que los conocimientos y habilidades se desarrollan continuamente a partir de los atributos de conciencia, conocimiento, comprensión, sensibilidad, interacción y habilidad cultural. Estos últimos, son considerados por Burchum los términos antecedentes de su modelo y la competencia por su parte, el término consecuente (26).

Figure 1. A Model for Cultural Competence

**Figura 1. Modelo de competencia cultural**

Fuente: Burchum (26).

La conciencia cultural, se refiere al desarrollo de la conciencia en el profesional sobre la cultura y formas de vida del paciente, que le permiten en primer lugar, identificar sus prejuicios hacia las culturas y en segundo, reconocer que las creencias y costumbres propias no pueden influir en las del paciente. El conocimiento cultural se describe como la adquisición constante de información sobre las diferentes culturas, que es posible a través de la formación en marcos conceptuales relacionados con el tema o la interacción cultural. En cuanto a la comprensión cultural, se menciona que es el desarrollo de ideas relacionadas con la influencia que tiene la cultura en los diversos grupos de personas. Este atributo, también permite comprender los problemas y conflictos que ocurren cuando los valores y creencias propias difieren de los de otras culturas (26).

La sensibilidad cultural, hace énfasis en el desarrollo del respeto, aprecio y valor hacia las diferencias culturales. En este atributo, la enfermera es consciente de que la identidad cultural personal y profesional puede influir en los cuidados. Por su parte, la interacción cultural se refiere al encuentro, contacto e intercambios continuos entre personas de diferentes culturas. Por último, la habilidad cultural alude a la capacidad de comunicarse y de valorar e incorporar intervenciones de cuidado adaptadas a las creencias, valores y prácticas culturales (26).

En síntesis, la competencia cultural se manifiesta por la interacción de estos atributos. Según Burchum, para las enfermeras la competencia cultural representa no sólo la prestación de cuidados culturalmente competentes, si no, la provisión de estrategias de auto-empoderamiento a los pacientes; lo que dará como resultado una atención en salud de calidad y una mayor satisfacción en el receptor de cuidados. Finalmente, esta autora menciona que, la competencia cultural es un concepto que seguirá evolucionando, esto, por la diversidad poblacional cada vez mayor y por las continuas investigaciones sobre el tema (26).

## **2.3 Marco Conceptual**

**2.3.1 Cultura.** La definición de cultura se presenta a continuación:

**2.3.1.1 Definición.** La cultura, según Burchum, es una cosmovisión o paradigma aprendido y compartido por una población o grupo y transmitido socialmente, que influye en valores, creencias, costumbres y comportamientos, y se refleja en el idioma, la vestimenta, la comida, los materiales e instituciones sociales de un grupo (26). Leininger, por su parte, la define como las creencias, valores, normas y modos de vida de individuos, grupos o instituciones, que son aprendidos y compartidos y por lo general, transmitidos de una generación a otra, influenciando las formas de pensar y actuar (3).

Para Durkheim (37), la cultura es una representación colectiva, concebida como “el mundo resultado de la intencionalidad y la concomitante capacidad simbolizadora de los seres humanos, la cultura conforma el trasfondo sobre el que adquiere significado cualquier proceso social, económico, político y personal” (p.6). En otros términos, Durkheim se refiere a la cultura como los valores, normas y significados compartidos por un grupo particular de individuos, expresados a través de las formas de comportamiento, las instituciones, los mitos, las creencias, los rituales y el arte (38).

Strauss (39), concibe la cultura como una construcción de estructuras mentales universales a las cuales el individuo obedece. Así mismo, la describe como el conjunto de información no hereditaria que se transmite de generación en generación dentro de una sociedad. Para Geertz (40), aunque la cultura se puede comprender mediante esquemas concretos de conducta como las costumbres, tradiciones, creencias y hábitos, reconoce que es a través de una serie de mecanismos de control extragenéticos como las normas, reglas e instrucciones que verdaderamente se rige la conducta humana. En otra definición, Giger (41) señala que la cultura es el resultado de la exposición a estructuras sociales y religiosas y a manifestaciones artísticas e intelectuales, que modelan la conducta del ser humano.

Análogamente, Harris (42) se refiere a la cultura como el modo de vida socialmente aprendido, que incluye el pensamiento, el comportamiento y en general, los aspectos de la vida social. Lipson (43), puntualiza el término como un sistema de símbolos, que hace referencia a la totalidad de creencias, valores y comportamientos aprendidos y transmitidos por las diferentes colectividades y que, desde una cosmovisión determinada orientan la forma de estar en el mundo.

**2.3.1.2 Características.** Gómez (44), desde la amplitud del término cultura, señala sus características definitorias. La primera tiene que ver con el hecho de que la cultura es aprendida, por tanto, para este autor, cultura es todo aquello que el ser humano es capaz de aprender. La cultura, es a su vez simbólica, esto por la presencia de símbolos verbales y no verbales utilizados por las diferentes culturas como forma de interacción. Es adaptativa, ya que permite a los individuos vivir en entornos naturales y sociales. Está compuesta por un conjunto de elementos, donde la modificación de uno de ellos afecta directamente a otros muchos, razón por la cual, se menciona a la cultura como un sistema integrado. Por lo anterior, también se deduce que la cultura es cambio.

De modo similar, Rocher (45), enuncia una serie de características en el concepto de cultura; en primer lugar, señala que la cultura no es biológica, es decir, no se nace con ella, si no que se aprende. En segundo, la configura como un sistema de maneras más o menos formalizadas y compartidas por una pluralidad de personas, que refleja una realidad vivida y afecta toda actividad humana. Por último, atribuye a la cultura la objetividad y el simbolismo.

**2.3.1.3 Elementos.** La cultura está conformada por elementos como los conocimientos, creencias, normas, valores, signos y formas no normativas de conducta. Los elementos cognitivos hacen referencia al alto nivel de conocimientos sobre la naturaleza y la sociedad que tiene toda cultura. Las creencias, por su parte, son un conjunto de enunciados específicos que empíricamente no se pueden demostrar, atribuyéndose a la fe de cada individuo. Las normas, son todas las reglas a partir de las cuales se regula la conducta de los miembros de una sociedad. En cuanto a los valores, son modelos culturalmente definidos que sirven como guía para la vida en una comunidad. Por otra parte, los signos aluden tanto a las señales como a los símbolos, los primeros indican un hecho que tiene un significado distinto en cada cultura y los segundos, hacen

referencia al sistema de comunicación específico de dichas culturas (lenguaje). Finalmente, las formas no normativas de conducta son los estilos peculiares de comportamiento de los miembros de una comunidad, que los diferencia a unos de otros (45).

**2.3.2 Competencia cultural.** La competencia cultural se plantea de la siguiente manera:

**2.3.2.1 Origen del concepto.** Hacia los años 60, la cultura se empezó a considerar en la atención de la salud, no obstante, fue hasta los 80 cuando la Organización Mundial de la Salud (46), reconoció tanto la cultura como la diversidad cultural en el cuidado de la salud. A partir de este momento, se empezó a estudiar como la cultura y el multiculturalismo influían en la salud, dando origen al concepto de competencia cultural.

El término competencia cultural registra su origen en la antropología. Esto, hacia los años 70, cuando en Estados Unidos e Inglaterra fue evidente el choque entre las personas provenientes de diferentes lugares del mundo y los prestadores de servicios de salud. Desde entonces, la literatura sobre competencia cultural se ha venido desarrollando por profesionales de la salud posgraduados en ciencias humanas, donde el objeto de estudio ha sido la influencia de los elementos de la cultura en la salud y el foco los grupos minoritarios, étnicos o de inmigrantes y los profesionales de la salud; estudios de donde han surgido explicaciones para dicha interacción (46). Desde ese marco, autores como Leininger (3), Cross (47), Campinha (48), Purnell (49), entre otros, han desarrollado numerosos conceptos y modelos sobre la competencia cultural.

**2.3.2.2 Autores que han desarrollado el concepto de competencia cultural.** Madeleine Leininger y los cuidados culturalmente congruentes.

Leininger (3), se centró en identificar los factores globales que influyen en el cuidado de la salud, ya que, esto le permitía tener una perspectiva más amplia sobre las características específicas de las personas, grupos y comunidades y, por ende, brindar cuidados culturalmente congruentes. Precisamente, esta autora es pionera en el término de cuidados culturalmente congruentes y lo define como el conjunto de cuidados y conocimientos sanitarios basados en la cultura, ejecutados de forma sensible, creativa y significativa y, adaptados a la forma de vida y necesidades de los individuos o grupos. Este término, se conoce en la actualidad como atención culturalmente competente, siendo su fundamento la competencia cultural.

Cuando las enfermeras son culturalmente competentes, adquieren conocimientos acerca del universo del paciente y haciendo uso tanto de estos como de sus puntos de vista y experiencias realizan acciones y toman decisiones coherentes con la cultura del paciente. Leininger, señala que dichas acciones o decisiones se pueden preservar o mantener, adaptar o negociar y reorientar o reestructurar, a fin, de lograr un cuidado enfermero competente (3).

**Terry Cross y el sistema de atención culturalmente competentes.** El modelo de Cross (47), se centró en la construcción de un sistema de atención culturalmente competente. Allí, definió oficialmente por primera vez la competencia cultural como un conjunto de comportamientos, actitudes y políticas congruentes, que permiten al sistema de atención, la organización y los profesionales trabajar efectivamente en contextos transculturales. Para Cross, la competencia cultural es un continuum, es decir, un proceso de desarrollo, donde la forma de responder a las diferencias culturales, determinan la etapa o parte del proceso en que el sistema, la organización o el profesional se encuentran.

De acuerdo con este autor, el proceso o continuum comprende seis etapas: destructividad cultural, incapacidad cultural, ceguera cultural, pre-competencia cultural, competencia cultural y competencia cultural avanzada. La destructividad es el extremo más negativo del continuum, representado por actitudes, prácticas y políticas destructivas hacia las culturas. La siguiente etapa, es aquella en la que el sistema, la organización o el profesional carecen de la capacidad para ayudar a individuos o comunidades culturalmente diversas. En el punto medio, se ubica la ceguera cultural, donde los tres actores buscan brindar servicios con la única filosofía de ser imparciales. Conforme se avanza, se alcanza una posición llamada pre-competencia cultural, que reconoce las debilidades en la atención de las minorías e intenta mejorar sólo un aspecto específico de esta. Por su parte, la competencia cultural implica la modificación y adaptación de los servicios de atención, que incluye el sistema, la organización y los profesionales, para satisfacer las necesidades de las poblaciones minoritarias. Por último, en el extremo más positivo del continuum se ubica la competencia cultural avanzada, donde se le otorga gran importancia a la cultura. Así mismo, se exige la competencia cultural en todo el sistema y la mejora de las relaciones entre todas las culturas existentes (47).

En síntesis, para Cross, el sistema, la organización y el profesional no comienzan siendo culturalmente competentes, sino que, la competencia cultural se va desarrollando a lo largo del tiempo a través de la formación, autoevaluación y las experiencias de interacción con las diversas culturas (47).

**Joyce Giger y Davidhizar's y el concepto de competencia cultural.** La competencia cultural por los autores (1991), es un proceso continuo, fluido y dinámico mediante el cual un sistema, organización o individuo de atención en salud encuentra estrategias de prestación de cuidados significativas basadas en el conocimiento de las creencias, actitudes y comportamientos

de los receptores. Estos autores, mencionan que, para desarrollar la competencia cultural, es indispensable que los profesionales de la salud utilicen los conocimientos adquiridos de los modelos conceptuales y teóricos de atención culturalmente competente (41).

Así mismo, Giger y Davidhizar's señalan que la competencia cultural significa un nivel más alto de refinamiento de las actitudes, creencias y habilidades cognitivas y psicomotoras personales. Finalmente, el logro de la competencia cultural ayuda a la enfermera a diseñar intervenciones específicas que promuevan una salud óptima en las personas, independientemente de sus diferencias culturales (41).

**Campinha Bacote y el modelo de competencia cultural.** Para Campinha (48), la competencia cultural es un proceso y no un punto final, en el que, las enfermeras se esfuerzan continuamente por lograr la capacidad y habilidad para trabajar efectivamente dentro del contexto de un individuo, familia o comunidad de orígenes culturalmente diversos. En otras palabras, la competencia cultural es definida como un proceso dinámico, donde las enfermeras en lugar de ser culturalmente competentes, se están volviendo culturalmente competentes.

El proceso de adquisición de la competencia cultural resulta de la intersección de las cinco dimensiones desarrolladas por Bacote: deseo cultural, conocimiento cultural, conciencia cultural, habilidad cultural y encuentros culturales. La primera, considerada la más importante, hace referencia al interés del profesional por adquirir conocimiento, conciencia y habilidades culturalmente adecuadas que respondan a las necesidades de grupos culturalmente diversos. De acuerdo con la autora, el deseo debe ser genuino y auténtico de la persona (48).

La segunda dimensión, alude al aprendizaje y a la búsqueda de información sobre la cultura para comprender la cosmovisión propia y del otro. La tercera, por su parte, es la capacidad para

reconocer las características culturales específicas de un grupo, eliminando prejuicios y siendo sensible a ellas. La cuarta, se refiere a la capacidad para valorar e incorporar al cuidado intervenciones culturalmente coherentes, basadas en el conocimiento y la conciencia cultural. En el quinto y último lugar, se ubican los encuentros culturales, que hacen referencia a las experiencias generadas de la interacción entre profesionales y personas de diversas procedencias culturales (48).

**Larry Purnell y el modelo de competencia cultural.** Purnell (49), observó cómo los proveedores de salud debían adaptarse constantemente a una sociedad cambiante, en la que mantenían sus valores y creencias, mientras influían mutuamente en dicha sociedad. Este autor, en la sociedad global reconoce tres entes: comunidad, familia y persona que están en constante multiculturalidad. En este contexto, el proveedor de cuidado tiene la responsabilidad de crear un ambiente adecuado y seguro, que le permita obtener información general y específica sobre los antecedentes del paciente, a fin de proporcionar cuidados sensitivos y culturalmente competentes a la persona, familia y comunidad.

Por tanto, definió la competencia cultural como un proceso no lineal y consciente, en el que se deben adaptar los cuidados de forma que sean congruentes con la cultura del paciente. En esta progresión no lineal, determinó cuatro fases o niveles de competencia cultural: inconscientemente incompetente, conscientemente incompetente, conscientemente competente e inconscientemente competente. Entonces, el proveedor de cuidado gana competencia cultural, progresa, retrocede y vuelve a progresar a un nivel más alto, cuando él o ella adquiere conocimientos y habilidades y se encuentra en un contexto culturalmente diverso. En ese sentido, el proveedor de cuidado ha ganado tal competencia para realizar su labor en un contexto cultural específico que ya no se da cuenta que es competente (49).

**Eunyoung Suh y el modelo de competencia cultural.** Para Suh (50), la competencia cultural es un proceso continuo, en el que se adquiere la capacidad para trabajar eficazmente con grupos culturalmente diversos, con una conciencia detallada, con conocimientos y habilidades específicas y con respeto por las diferencias y similitudes culturales. Suh, delineó la competencia cultural bajo una serie de atributos, antecedentes y consecuencias.

La capacidad, la apertura y la flexibilidad son los atributos que permiten la comprensión más amplia del concepto. El primero, hace referencia a la capacidad de atender eficazmente a poblaciones culturalmente diversas. El segundo, implica tener una mente abierta, una actitud objetiva, que respeta y acepta las diferencias culturales. Por último, la flexibilidad es la capacidad de adaptarse a diferentes situaciones y comprende la intersubjetividad, el compromiso y la apreciación de otras culturas (50).

Con respecto a los antecedentes de la competencia cultural, estos se pueden agrupar según los dominios cognitivo, afectivo, conductual y ambiental. El dominio cognitivo se define a través de la conciencia y el conocimiento cultural, donde la primera implica apreciar y ser sensible a las formas de vida de las culturas y el segundo, aprender sobre la cosmovisión y elementos de estas. El dominio afectivo denota respeto y una percepción intencional y afectiva de la diversidad cultural, que se expresa a través de la sensibilidad cultural. El dominio conductual está representado por la habilidad cultural, que permite a los proveedores de cuidado determinar la intervención adecuada teniendo en cuenta los valores, las creencias y prácticas culturales de los pacientes. A diferencia de los anteriores, el dominio ambiental hace referencia a las situaciones en que los proveedores interactúan con pacientes de culturas diferentes a la propia (50).

Lo anterior, genera una serie de consecuencias clasificadas en tres categorías: la primera, son las variables basadas en el receptor, que incluye la percepción subjetiva del paciente cuando recibe cuidados culturalmente competentes, donde la calidad de vida, la satisfacción con la atención médica y la adherencia al régimen terapéutico aumentan. La segunda, está relacionada con las variables basadas en el proveedor, en el que, la prestación de servicios culturalmente competentes por parte de los proveedores de cuidado significa crecimiento personal y profesional. En cuanto a las variables basadas en los resultados de salud, la calidad del desempeño de enfermería, la efectividad del tratamiento y la rentabilidad incrementan luego de una atención culturalmente competente (50).

En síntesis, Suh ha descrito la competencia cultural como la capacidad, la apertura y la flexibilidad requeridas por enfermeros para trabajar con pacientes de diversas culturas con una conciencia, un conocimiento, una sensibilidad y unas habilidades específicas; que se ven finalmente reflejadas en el profesional y en los resultados de salud del receptor (50).

**2.3.2.3 Atributos de la competencia cultural.** Los atributos de la competencia cultural son los siguientes:

**Conocimiento cultural.** Se refiere a la adquisición continua de información sobre diferentes culturas. Además, esta fase incorpora el aprendizaje relacionado con los marcos teóricos y conceptuales que pueden ayudar en el procesamiento de hechos y datos. El conocimiento cultural es un pilar fundamental para el entendimiento cultural (26).

**Sensibilidad cultural.** Se desarrolla a medida que se llega a apreciar, respetar y valorar la diversidad cultural. Al hacerlo, también se descubre cómo la propia identidad cultural personal y profesional influye en la práctica. Este atributo es esencial si se quiere experimentar una

interacción cultural efectiva (26).

**Habilidad cultural.** Empieza con la capacidad de comunicarse eficazmente con los individuos de otras culturas. Para las enfermeras, la habilidad cultural incluye además la capacidad de incorporar las creencias, valores y prácticas del paciente en la provisión y planificación de la atención. Además, alguien que tenga conocimientos culturales podrá variar los procedimientos y técnicas para adaptarse a las creencias culturales y variar la evaluación de la salud para tener en cuenta cualquier variación racial (26).

## 2.4 Marco Contextual

La Universidad Francisco de Paula Santander (51) es una institución colombiana de educación superior, de carácter público, con sede principal en el municipio de Cúcuta. Sus estudiantes representan la mayor fuente de diversidad y pluralismo, ya que provienen principalmente de municipios del departamento Norte de Santander y de otros departamentos geográficamente cercanos de la sede central y la seccional Ocaña. Así mismo, de otros países como reflejo de los procesos de internalización. Los estudiantes, coexisten en ambientes de diálogo e intercambio cultural, donde desarrollan la capacidad de convivir con todas las personas que optan por formarse académicamente en los diferentes programas (51).

En razón de lo anterior, la UFPS aborda retos del entorno global, donde reconoce su identidad y diversidad cultural, procurando participar en la construcción de sociedad dentro de contextos interculturales. Para esto, diseña, ejecuta y evalúa planes de estudio que propenden por el desarrollo de un espíritu reflexivo en sus estudiantes, buscando la universalidad del saber en concordancia con la particularidad de las formas culturales de la región y el país (52).

La Facultad de Ciencias de la Salud, se caracteriza por impartir una educación con calidad técnica, científica, ética y humanística, formando profesionales capaces de responder a las necesidades de salud de la población a nivel regional, nacional, binacional y zona de frontera a través de la docencia, investigación y extensión. Dentro de su oferta académica se configuran tres programas: Enfermería, Seguridad y Salud en el Trabajo y Tecnología de Regencia en Farmacia (52).

El programa de Enfermería tiene como propósito la formación de profesionales integrales con visión global, es decir, está orientado a que el estudiante desarrolle competencias que le permitan responder a las necesidades del entorno sociocultural y desempeñarse como un profesional autónomo, con capacidad crítica racional, postura transformadora y compromiso social, que protejan los derechos humanos, respeten la dignidad humana y la diversidad poblacional y defiendan la salud de las personas en el curso de vida acorde a los avances del contexto (52).

## **2.5 Marco Legal**

En la Constitución Política de Colombia de 1991, en sus artículos 7 y 8, se reconoce a Colombia como un país pluriétnico y multicultural. En el artículo 67, se incorpora la diversidad étnica y cultural en la educación como derecho, donde “la educación es un derecho de la persona y un servicio público que tiene una función social; con ella se busca el acceso al conocimiento, a la ciencia, la técnica, y a los demás bienes y valores de la cultura” (p.1). Por su parte, en el artículo 70, se contempla la igualdad y dignidad de las diferentes culturas que conviven en el país (9).

La ley 30 de 1992 (Educación Superior en Colombia), en su artículo 4 señala que, la educación superior debe despertar en los educandos un espíritu reflexivo, orientado al logro de la

autonomía, donde predomine la libertad de pensamiento y el pluralismo ideológico y se considere la universalidad de saberes y la particularidad de las formas culturales que existen en el país. En el artículo 19, se indica que las universidades deben desarrollar actividades como la formación académica de profesionales o disciplinas, la investigación científica o tecnológica, la producción y transmisión de conocimiento y de la cultura universal y nacional. En otras palabras, las instituciones de educación superior deben disponer de saberes culturalmente diversos para la construcción de conocimiento; este último, no debe construirse desde una orientación exclusivamente científica, sino que, debe considerar la identidad cultural histórica (27).

La ley general de educación (115 de 1994), en su artículo 1 hace referencia a la educación como un proceso de formación permanente, personal, social y cultural. En su artículo 5, menciona que uno de los fines de la educación es el estudio y la comprensión crítica de la cultura nacional y de la diversidad étnica y cultural del país, como fundamento de la unidad nacional y de su identidad (53).

En el año 1996 se expide la ley 266, que reglamenta la profesión de enfermería en Colombia, asegurando en su principio de individualidad que, el profesional de enfermería debe ofrecer un cuidado humanizado, donde se respete la diversidad cultural y se tengan en cuenta las características históricas, socioculturales y los valores de la persona, familia y comunidad (54). Simultáneamente, en el artículo 14 de la ley 911 de 2004, se menciona que la conducta del profesional de enfermería debe estar enfocada al respeto y la tolerancia de las creencias, valores culturales y convicciones religiosas de los individuos y comunidades (55).

Así mismo, en el artículo 3 de la ley 1164 de 2007 se estipula que, el talento humano en salud en el ejercicio de la profesión, tiene un compromiso y una responsabilidad social que implica la

prestación de servicio a individuos y comunidades sin distinción de raza, creencias, filosofía política u otra condición humana (56).

La ley 1438 de 2011, promueve la atención de la salud con calidad en su principio de enfoque diferencial, con el busca eliminar la discriminación y marginación, a través del reconocimiento de las características particulares de las poblaciones como la edad, genero, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia (57).

Finalmente, la ley 1751 de 2015 en el principio de interculturalidad reitera el respeto por las diferencias culturales a nivel nacional y global, aunando esfuerzos para crear mecanismos que integren tales diferencias. A su vez, reconoce los saberes, prácticas y medios tradicionales alternativos para el mantenimiento de la salud (58).

### 3. Diseño Metodológico

#### 3.1 Tipo de Estudio

El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo descriptivo de corte transversal. Se realizará bajo el enfoque cuantitativo, ya que permite medir y analizar datos que se expresarán en forma numérica con respecto al nivel de competencia cultural en estudiantes de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander (59). Es de tipo descriptivo transversal porque se centró en describir las características y variables del fenómeno en estudio en un momento determinado (60).

#### 3.2 Población y Muestra

**3.2.1 Población.** La población objeto de estudio estuvo conformada por 239 estudiantes de enfermería matriculados de tercer a octavo semestre en la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Francisco de Paula Santander para el II semestre de 2021. No se tuvieron en cuenta primer y segundo semestre debido a la falta de experiencia clínica y comunitaria que exige el autor del instrumento para mantener la validez del mismo.

**3.2.2 Muestra.** Con margen de error del 5%, un coeficiente de confianza del 95% y una probabilidad de éxito del 50%, se estimó una muestra de 148 estudiantes. Para este cálculo se aplicó el siguiente procedimiento.

Se realizó un muestreo probabilístico estratificado proporcional por semestre:

- N: Población total.
- N1: Tercer semestre.

- N2: Cuarto semestre.
- N3: Quinto semestre.
- N4: Sexto semestre.
- N5: Séptimo semestre.
- N6: Octavo semestre.

$$\begin{aligned}
 N &= N1 + N2 + N3 + N4 + N5 + N6 \\
 N &= 50 + 37 + 63 + 31 + 25 + 33 \\
 N &= 239
 \end{aligned}$$

n: Tamaño de la muestra

Z: Coeficiente de confianza 95% (1,96)

p: Probabilidad de “éxito” 50% (0.5)

q: Probabilidad de “fracaso” 50% (0.5)

e: Error de muestreo 5% (0.05)

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{e^2 \times (N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

$$n = \frac{239 \times 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,05^2 \times (239 - 1) + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5} = 148 \text{ estudiantes}$$

**3.2.3 Muestreo.** La muestra se seleccionó mediante un muestreo polietapico. En la primera fase se realizó un muestreo estratificado proporcional por semestre académico, en la tabla 1 se presenta como quedó la distribución de la muestra.

**Tabla 1. Muestreo estratificado por semestre de los estudiantes de enfermería, UFPS, II semestre de 2021**

Semestre académico	Número de estudiantes (N)	Muestra (n) ( $n_x = N_x / N * n$ )	Proporción (%)
III	50	31	21
IV	37	23	16
V	63	39	26
VI	31	19	13
VII	25	16	11
VIII	33	20	13
<b>Total</b>	<b>239</b>	<b>148</b>	<b>100%</b>

En la segunda fase, se realizó un muestreo aleatorio simple, para esto se tomó el listado de estudiantes de cada semestre, se enumeraron y mediante el uso de la balota, se seleccionó aleatoriamente el número de participantes por cada semestre.

### 3.3 Criterios de Inclusión y Exclusión

#### 3.3.1 Criterios de inclusión. Estudiantes mayores de 18 años.

- Estudiantes matriculados de tercer a octavo semestre de enfermería de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Francisco de Paula Santander.
- Estudiantes con experiencia práctica clínica o comunitaria.
- Estudiantes que acepten participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

**3.3.2 Criterios de exclusión.** Estudiantes con experiencia laboral previa en el área de la salud.

### **3.4 Operacionalización de Variables**

En la tabla 2 se presentan seis variables, en las que se aprecia la operacionalización del fenómeno nivel de competencia cultural en función de los objetivos y la intención al momento de recolectar los datos de las variables. La caracterización sociodemográfica es una variable que presenta varias dimensiones (cuatro).

Tabla 2. Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Subvariable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Categoría
<b>Caracterización sociodemográfica</b>	Conjunto de características biológicas, económicas y sociales que están presentes en la población (61).	Sexo	Interacción entre componentes biológicos complejos, tales como la genética, las hormonas y las respuestas cerebrales diferenciadas, pero que se manifiestan y desarrollan en el ámbito de lo psicosocial a partir del dimorfismo sexual (62).	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
		Edad	Número de años cumplidos, según fecha de nacimiento (63)	Cuantitativa	Razón	Nº de años (Pregunta abierta)
		Estado civil	Condición de un individuo según el registro civil en función de si tiene pareja o no y su situación legal frente a esto (64).	Cualitativa	Nominal	Soltero (a) Casado (a) Unión libre Separado (a) Viudo (a)
		Semestre académico	Periodo de tiempo de seis meses en el que el sujeto tiene una matrícula formal y la calidad de estudiante (65).	Cualitativa	Ordinal	3 <sup>er</sup> semestre 4 <sup>to</sup> semestre 5 <sup>to</sup> semestre 6 <sup>to</sup> semestre 7 <sup>mo</sup> semestre 8 <sup>vo</sup> semestre
<b>Experiencia cultural</b>	Es una forma de habilidad y conocimiento resultante de la observación,	No aplica	No aplica	Cualitativa	Nominal	Si No

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Subvariable</b>	<b>Definición</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Nivel de medición</b>	<b>Categoría</b>
	participación y vivencia de un acontecimiento relacionado con la cultura (25).					
<b>Conocimiento cultural</b>	Conocimiento que tienen los enfermeros sobre diversas culturas, que es posible a través de la formación en marcos conceptuales relacionados con el tema o la interacción cultural y que a su vez les permite obtener información sobre el proceso de salud - enfermedad y de la misma cultura del paciente (26, 66).	No aplica	No aplica	Cualitativa	Ordinal	1. <18 puntos: Menores niveles de conocimiento cultural. 2. >18 puntos: Mayores niveles de conocimiento cultural.
<b>Habilidad cultural</b>	Capacidad de comunicarse con el paciente mediante el uso de recursos y de valorar e incorporar intervenciones de cuidado adaptadas a las creencias, valores y prácticas culturales del mismo (26,66).	No aplica	No aplica	Cualitativa	Ordinal	1. <36 puntos: Menores niveles de habilidad cultural. 2. >36 puntos: Mayores niveles de habilidad cultural.
<b>Sensibilidad cultural</b>	Apreciación de los enfermeros de las	No aplica	No aplica	Cualitativa	Ordinal	1. <6 puntos: Menores niveles de

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Subvariable</b>	<b>Definición</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Nivel de medición</b>	<b>Categoría</b>
	creencias del paciente, valorando su cultura y respetando su influencia en los comportamientos del mismo (26,66).					sensibilidad cultural. 2. >6 puntos: Mayores niveles de sensibilidad cultural.
<b>Competencia cultural</b>	Proceso continuo y no lineal, que se define como la capacidad suficiente y adecuada para que el personal de salud brinde servicios seguros y efectivos a pacientes provenientes de diversas culturas (26,66).	No aplica	No aplica	Cualitativo	Ordinal	1. <60 puntos: Menores niveles de competencia cultural. 3. >60 puntos: Mayores niveles de competencia cultural.

### 3.5 Métodos, Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Información

Perng (66) con base en el modelo teórico de Jacqueline Burchum, desarrollaron una Escala de Competencia Cultural de la Enfermera (NCSS), versión en inglés, conformada por 41 ítems y 4 dominios: conciencia, conocimiento, sensibilidad y habilidad cultural. A esta escala, se le realizó un análisis de Mokken para investigar la unidimensionalidad y la naturaleza jerárquica, donde, de los 41 elementos ingresados en el procedimiento, 20 forman una escala confiable, denominada Escala de Competencia Cultural versión en inglés (CCS). Se resalta que, no se incluyó ningún ítem del dominio conciencia cultural.

Para el año 2018, Cruz (36), establecieron la versión en español de la Escala de Competencia Cultural (CCS-S), adaptándola a la cultura y lengua chilena (Ver anexo 1). El valor del alpha de Cronbach de toda la escala fue de 0,95, indicando una excelente consistencia interna y, la fiabilidad test-retest fue de 0,85, mostrando la capacidad de medir competencia cultural consistente entre los estudiantes de enfermería. Esta escala fue validada para el presente estudio.

La escala consta de 12 declaraciones que reflejan habilidad cultural (ítems 1,2,4,5,6,7,8,10,14,16,18,19), 6 conocimiento cultural (ítems 3,9,11,12,13,15) y 2 sensibilidad cultural (ítems 17,20). Los elementos miden las habilidades individuales que se pueden practicar durante el cuidado de enfermería. Se emplea una escala Likert que puntúa de 1 a 5 (1= Totalmente en desacuerdo, 2=En desacuerdo, 3= Ni de acuerdo, ni en desacuerdo, 4=De acuerdo y 5=Totalmente de acuerdo) (36), para calificar las respuestas, con posibles puntuaciones de 20 a 100, donde puntuaciones altas indican niveles altos de competencia cultural.

En consideración a que la Escala de Competencia Cultural versión en español (CCS-S), no se encuentra validada en Colombia, se realizó la adaptación transcultural, validación facial y de

contenido, prueba piloto y validación de la consistencia interna en cuatro (4) etapas.

Posteriormente, la aplicación del instrumento a la muestra estimada constituyó la quinta y última etapa. Lo anterior, con previa aprobación del comité curricular del programa de enfermería, FCS UFPS (Ver anexo 2).

**3.5.1 Primera etapa: adaptación transcultural.** Proceso de modificación de un instrumento o cuestionario de medición previamente validado en otro idioma (o cultura) donde se mantiene la equivalencia con la versión original. La adaptación transcultural tiene dos componentes: la traducción del instrumento y su adaptación, es decir, “una combinación de la traducción literal de palabras y oraciones individuales de un idioma a otro y una adaptación con respecto al idioma, al contexto cultural y al estilo de vida” (67). Este proceso, a su vez, consta de 7 pasos: traducción [1], síntesis de traducciones [2], traducción inversa o retrotraducción [3], comité de expertos [4], prueba de la versión preliminar [5], revisión de documentos para desarrolladores [6] y adaptación cultural [7] que incluye una evaluación de la equivalencia sintáctica y semántica (68).

Dado que el instrumento de medición que se usó para este estudio es una versión en español de Chile que cumple con todos los requisitos de adaptación sugeridos (pasos 1 a 6), en la presente investigación solamente se realizó la adaptación cultural en relación a la equivalencia sintáctica y semántica (paso 7). Se siguió la metodología empleada por Aguilar Durán L y Castellanos López M en su estudio, basado en el MAPI Research Institute (69).

Se dio inicio a la adaptación cultural del instrumento Escala de Competencia Cultural (CCS-S) solicitando formalmente la autorización del autor para realizar dicho proceso. La obtención del permiso escrito por parte del PhD (c) F. Machuca (correo electrónico, 10 de febrero, 2021 - Ver anexo 3) garantiza la autenticidad de la versión colombiana como una adaptación autorizada de la

versión original chilena.

Seguidamente, se elaboró un formato de consulta (ver anexo 4) que permitió valorar los ítems de la escala e identificar los reactivos problemáticos, es decir, aquellos que según los expertos podían presentar dificultades de comprensión para la población destino (69). Para esto, los expertos hicieron la modificación que consideraban necesaria para cada reactivo, a fin de que pudieran ser mejor comprendidos. En este sentido:

**Tabla 3. Opciones de modificación del instrumento**

Opción	Modificación	Descripción
A	No requiere ningún cambio (69)	
B	Requiere cambio sintáctico (indique la posible mejora que le daría al ítem) (69).	Aquellos ítems que tienen dificultades mínimas para la comprensión de las palabras que pueden solventarse alterando el orden de los elementos de la oración, pero conservando el sentido del enunciado (69).
C	Requiere cambio semántico o cultural (indique la posible mejora que le daría al ítem) (69)	Aquellos ítems que tienen la necesidad de especificar el sentido de los mismos o de introducir expresiones más adecuadas al contexto de destino, recurriendo, por ejemplo, a la inserción y supresión de elementos oracionales, la sinonimia, la especificación y a otros giros de mayor complejidad (69).
D	No adecuado, bajo ninguna circunstancia, para el contexto colombiano (69).	

Posteriormente, cada uno de los expertos recibió el formato vía electrónica, así como el instructivo de diligenciamiento de dicho formato. Allí, se les explicó el objetivo general de la investigación y el propósito de la adaptación cultural. Se destaca, que la participación de los cuatro expertos fue voluntaria. A continuación, se detalla la formación académica de cada uno:

**Experto No. 1:** Lic. En español y Comunicación y Esp. en Pedagogía de la Lengua y la Literatura por la Universidad de Pamplona (UP NDS), Mgtr. en Innovaciones Educativas y

Doctorante en Educación por la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL).

**Experto No. 2:** Enfermera por la Universidad Francisco de Paula Santander (UFPS), Esp. en Cuidado crítico por la Pontificia Universidad Javeriana (PUJ), doctorante en Bioética por la Universidad El Bosque (UEB).

**Experto No. 3:** Enfermera por la Universidad Industrial de Santander (UIS), Esp. en Cuidado crítico por la Universidad de Cartagena, Mgtr. en Enfermería por la Universidad Nacional de Colombia (UNAL) y Dra. en Educación por la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL).

**Experto No. 4:** Enfermera por la Universidad Francisco de Paula Santander (UFPS), Esp. en Gerencia en servicios de salud por la Universidad del Norte, Mgtr. En Dirección de Proyectos por la Universidad para la Cooperación Internacional (UCI) y Dra. En Bioética por la Universidad del Bosque (UEB).

En los resultados de la adaptación cultural por expertos (ver anexo 5); los expertos número 1 y 2 adoptaron la actitud más conservadora del grupo, dejando sin cambios la totalidad de los ítems (100%). La experta número 3 consideró que 18 ítems debían permanecer sin cambios (90%) y sugirió apenas dos cambios semántico-cultural para los ítems 11 y 18 (10%). Por último, la experta número 4 estimó que ocho ítems (40%) no requerían ningún tipo de cambio (ítems 1,5,7,8,9,15,17,20), diez ítems (50%) debían tener cambios sintácticos (ítems 2,4,6,10,12,13,14,16,18,19) y dos (10%) cambios semántico-cultural (ítems 3 y 11).

Los dos investigadores, junto con el director y codirector del proyecto, analizaron la evaluación realizada por los expertos para el contexto colombiano del instrumento. En

consideración a las sugerencias para la adaptación semántica y sintáctica del instrumento, se modificaron 3 ítems, que se describen en la siguiente tabla:

**Tabla 4. Ítems modificados posterior a la adaptación cultural**

No. Ítem	Ítem original	Ítem modificado
6	La recopilación de información sobre las creencias y/o comportamientos de cada paciente acerca de su salud-enfermedad se me hace muy fácil.	“Se me facilita la recolección de información sobre las creencias y/o comportamientos de cada paciente acerca de su salud-enfermedad”.
11	Puedo hacer una lista de los métodos o formas de recogida de información relacionada con la salud, la enfermedad y la cultura.	“Puedo hacer una lista de los métodos o formas de recolección de información relacionada con la salud, la enfermedad y la cultura”.
18	Cuando cuido de pacientes de diferentes bagajes culturales, mis respuestas de comportamiento por lo general no difieren mucho de las normas culturales del paciente.	“Cuando cuido a pacientes de diferentes bagajes culturales, mis respuestas de comportamiento por lo general no difieren mucho de las normas culturales del paciente”.

**3.5.2 Segunda etapa validación facial y de contenido.** La validación facial y de contenido se muestra a continuación:

**3.5.2.1 Validez facial.** Es el grado en que los ítems de un instrumento, reflejan de manera adecuada y miden de forma lógica el constructo que se quiere medir. Su finalidad es establecer la aceptabilidad de la escala en el contexto en que se va a aplicar. Para esto considera criterios como claridad, comprensión y precisión. La claridad hace referencia al tipo de lenguaje utilizado y la forma de redacción de los ítems; la comprensión se define como el entendimiento que se tiene del ítem al leerlo y, la precisión, a la expresión del ítem en un lenguaje puntual y exacto, que evite ambigüedades (70,71). A continuación, en la tabla 5, se presentan los indicadores para medir dichos criterios:

**Tabla 5. Criterios de validez facial**

<b>Criterios de validez facial</b>		
<b>Comprensión</b>		
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>No es comprensible</b>	<b>Algo comprensible</b>	<b>Muy comprensible</b>
El ítem no se comprende.	El ítem requiere de una modificación específica para poder interpretar su significado.	El ítem se comprende con facilidad; permite interpretar y entender su significado
<b>Claridad</b>		
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>No es claro</b>	<b>Algo claro</b>	<b>Muy claro</b>
El ítem no es claro.	El ítem requiere una modificación específica en relación con el orden de las palabras.	El ítem es claro, no requiere modificación.
<b>Precisión</b>		
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>No es preciso</b>	<b>Algo preciso</b>	<b>Muy preciso</b>
El ítem no es preciso y permite ambigüedades.	El ítem requiere una modificación específica en relación con las palabras para mejorar su exactitud.	El ítem es preciso, y no permite ambigüedades.

**3.5.2.2 Validez de contenido.** En un proceso en el que se evalúa si los ítems del instrumento representan adecuadamente los dominios del constructo que se pretende medir. Este tipo de validez, garantiza que la estructura de la escala por medio de sus ítems, comprende todos los dominios de la entidad que se quiere medir, es decir, ratifica que el fenómeno de estudio está representado totalmente por sus ítems y dominios sin olvidar ningún aspecto (72, 73). Para esto, se consideran criterios de relevancia, que permiten determinar si los ítems son esenciales, útiles, pero no esenciales o no necesarios, pudiendo modificar, generar o rechazar los mismos. A continuación, en la tabla 6, se presentan dichos criterios:

**Tabla 6. Criterios de validez de contenido**

Criterios de validez de contenido		
Indicador		
Esencial	Útil, pero no esencial	No necesario
El ítem es indispensable para interpretar el fenómeno de estudio y por lo tanto es fundamental que se incluya en el instrumento.	El ítem es útil y sirve para interpretar el fenómeno de estudio, pero no es indispensable. Es relativamente importante	El ítem no es necesario y su uso NO inclusión, dentro del instrumento NO afectará la medición de la dimensión

Se dio inicio a la validación facial y de contenido con la elaboración de un formato (ver anexo 6) que permitió evaluar la conveniencia de los ítems del constructo de interés. Para esto, los expertos a través de juicios o apreciaciones subjetivas modificaron, generaron o rechazaron los ítems que consideraron necesarios para poder medir de forma lógica y adecuada los dominios del constructo.

Estas propiedades fueron evaluadas por un comité de siete [7] expertos en el tema que trata el cuestionario. Cada uno de los expertos recibió un formulario vía electrónica que incluía el consentimiento de participación, el objetivo general de la investigación, el instructivo de diligenciamiento y el formato de la validación. La participación de la totalidad de expertos fue voluntaria. A continuación, se detalla la formación académica de cada uno:

**Experto No. 1:** Enfermera por la Universidad Francisco de Paula Santander (UFPS), Esp. en Gerencia y auditoría de la Calidad en salud por la Universidad Jorge Tadeo Lozano, Mgtr en enfermería por la Universidad Nacional de Colombia (UNAL) y Dr. en Ciencias sociales, niñez y juventud por la Fundación Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano (CINDE).

**Experto No. 2:** Enfermero por la Universidad Nacional de Colombia (UNAL), Mgtr en cuidados paliativos por la Universidad Pública de Navarra (UPNA) y Dr. en Enfermería por la

Universidad Nacional de Colombia (UNAL).

**Experto No. 3:** Enfermera por la Pontificia Universidad Javeriana (PUJ), Mgtr y Dra en enfermería por la Universidad Nacional de Colombia (UNAL).

**Experto No. 4:** Enfermera por la Universidad de Nacional de Colombia (UNAL), Mgtr en enfermería pediátrica y Dr. en enfermería por la Universidad de Sao Pablo (USP).

**Experto No. 5:** Enfermera por la Universidad Francisco de Paula Santander (UFPS), Esp. en Cuidado pediátrico, Mgtr en enfermería y Doctorante en enfermería por la Universidad de la Sabana.

**Experto No. 6:** Enfermera por la Universidad Francisco de Paula Santander (UFPS) y Mgtr. en enfermería por la Universidad de la Sábana.

**Experto No. 7:** Enfermera por la Universidad Francisco de Paula Santander (UFPS) y Mgtr en enfermería por la Universidad de la Sábana.

Las respuestas del conjunto de expertos fueron organizadas y sistematizadas, para posteriormente realizar el análisis de los componentes de la validez facial y de contenido.

Para esto, se utilizó el coeficiente de contenido (CVC) propuesto por Hernández Nieto, que permite medir validez y concordancia al mismo tiempo, abarcando los criterios de comprensión, claridad, precisión y relevancia (74, 75).

Se dio inicio al proceso realizando la sumatoria de los puntajes obtenidos por experto para los 4 criterios. Luego, para el cálculo del CVC, se tuvo en cuenta:

**Sx1:** Sumatoria de puntajes por ítem dados por los expertos.

**Mx:** Media del ítem en la puntuación dada por los expertos ( $Sx_1$  / Puntuación máxima que el ítem puede alcanzar).

**CVCi:** Coeficiente de validez de contenido inicial por ítem ( $Mx$  / Número total de expertos).

**Pei:** Probabilidad de error por ítem ( $1$  / Número total de expertos) potenciado al número total de expertos.

**CVCtc:** Coeficiente de validez de contenido final ( $CVC_i - Pe_i$ ).

Con respecto a la interpretación de los resultados, Hernández Nieto recomienda mantener únicamente aquellos ítems con un CVC superior a 0.80 (74, 75).

**Tabla 7. Interpretación de resultados según Hernández Nieto**

<b>Puntaje</b>	<b>Interpretación</b>
Menor que 0.60	Validez y concordancia inaceptable.
0.61 – 0.70	Validez y concordancia deficiente.
0.71 – 0.80	Validez y concordancia aceptable.
0.81 – 0.90	Validez y concordancia buena.
0.91 – 1	Validez y concordancia excelente.

En los resultados de la validez facial y de contenido (ver anexo 7), doce de los ítems obtuvieron puntajes entre el rango 0.80 y 0.90, indicando una validez y concordancia buena (ítems 2,3,4,5,7,8,10,11,14,18,19,20), mientras que los ocho restantes, superaron el 0.91, clasificándose como excelentes en validez y concordancia (ítems 1,6,9,12,13,15,16,17). Con respecto al puntaje global del instrumento, se obtuvo una validez y concordancia buena, con 0.90 puntos, lo que indica que cada elemento de la escala y la escala en general representan todas las dimensiones de la competencia cultural. Por otra parte, pese a los buenos puntajes obtenidos, los expertos realizaron observaciones para algunos ítems que, se tuvieron en cuenta para la

modificación de los mismos, como se muestra a continuación en la tabla 8.

**Tabla 8. Ítems modificados posterior a la validación facial y de contenido.**

N°	Ítem original	Observaciones por expertos	Ítem modificado
<b>HC2</b>	Puedo enseñar y guiar a otros compañeros sobre la planificación de las intervenciones de enfermería para los pacientes de diversos bagajes culturales.	“Revisar la palabra bagaje, podría usarse un sinónimo que se use con mayor frecuencia”. “La palabra bagaje no es clara”.	Puedo enseñar y guiar a otros compañeros sobre la planificación de las intervenciones de enfermería para los pacientes de diversas culturas.
<b>CC3</b>	Puedo usar ejemplos para ilustrar habilidades de comunicación con pacientes de diversos bagajes culturales.	“No es clara la palabra bagajes culturales”.	Puedo usar ejemplos para ilustrar habilidades de comunicación con pacientes de diversas culturas.
<b>HC4</b>	Puedo enseñar y guiar a otros compañeros acerca de las habilidades de comunicación para pacientes de diversos bagajes culturales.	“Hace referencia a habilidades para comunicarse con pacientes de diversos bagajes culturales”. “Revisar la palabra bagajes”.	Puedo enseñar y guiar a otros compañeros acerca de las habilidades para comunicarse con pacientes de diversas culturas.
<b>HC5</b>	Puedo explicar las influencias de los factores culturales en las creencias y/o comportamientos hacia la salud-enfermedad a los pacientes de diversos grupos étnicos.	“La cultura de una comunidad no necesariamente está determinada en un grupo étnico específico, puede ser una comunidad en particular”. “¿Es necesario que sean pertenecientes a un grupo étnico en especial?”.	Puedo explicar las influencias de los factores culturales en las creencias y/o comportamientos hacia la salud-enfermedad a los pacientes de diversas culturas.
<b>HC8</b>	Puedo enseñar y guiar a otros compañeros para que muestren un comportamiento adecuado, cuando se realizan los cuidados de enfermería para pacientes de diversos grupos culturales.	“Este concepto es muy amplio "muestren un comportamiento adecuado". “¿Que sería adecuado? para cual cultura”.	Puedo enseñar y guiar a otros compañeros sobre los cuidados de enfermería para pacientes de diversas culturas.
<b>HC10</b>	Puedo explicar la influencia de la cultura en las creencias y/o comportamiento de un paciente acerca de su salud-enfermedad.	“No es clara y a su vez comprensible, con el planteamiento “puedo explicar”... a quién o quienes”.	Puedo explicar a otros compañeros la influencia de la cultura en las creencias y/o comportamientos de un paciente en su salud-enfermedad.

N°	Ítem original	Observaciones por expertos	Ítem modificado
<b>CC11</b>	Puedo hacer una lista de los métodos o formas de recolección de información relacionada con la salud, la enfermedad y la cultura.	“Métodos o formas son dos asuntos distintos. Sugiero dejar uno solo”.	Puedo hacer una lista de los métodos de recolección de información relacionada con la salud-enfermedad y la cultura.
<b>CC12</b>	Puedo comparar las creencias de salud o enfermedad entre los pacientes con diversos bagajes culturales.	“No es clara la palabra bagajes culturales”.	Puedo comparar las creencias de salud o enfermedad entre los pacientes con diversas culturas.
<b>CC13</b>	Puedo identificar fácilmente las necesidades de atención de pacientes de diversos bagajes culturales.	“No es clara la palabra bagajes culturales”. “Sugerencia: necesidades de cuidado”.	Puedo identificar fácilmente las necesidades de cuidado de pacientes de diversas culturas.
<b>HC14</b>	En la aplicación de actividades de enfermería, puedo cumplir con las necesidades de los pacientes de diversos bagajes culturales.	“El término aplicación puede replantearse, no se aplican... se realizan, se ejecutan, se desarrollan, etc)”. “Puedo responder a las necesidades o satisfacer las necesidades de los pacientes”. “No es clara la palabra bagajes culturales”.	En la ejecución de actividades de enfermería, puedo satisfacer las necesidades de los pacientes de diversas culturas.
<b>SC17</b>	Por lo general me esfuerzo activamente para entender las creencias de los diferentes grupos culturales.	“En algunos ítems, se dirigen solo a pacientes y en otros a grupos culturales, no sé si esto pueda generalizarse a todo el instrumento”.	Por lo general, me esfuerzo activamente para entender las creencias de los pacientes de diversas culturas.
<b>HC18</b>	Cuando cuido a pacientes de diferentes bagajes culturales, mis respuestas de comportamiento por lo general no difieren mucho de las normas culturales del paciente.	“No es clara la palabra bagajes culturales”.	Cuando cuido a pacientes de diversas culturas, mis respuestas de comportamiento por lo general no difieren mucho de las creencias culturales del paciente.
<b>HC19</b>	Puedo utilizar habilidades de comunicación con pacientes de diferentes bagajes culturales.	“No es clara la palabra bagajes culturales”.	Puedo utilizar habilidades de comunicación con pacientes de diversas culturas.
<b>SC20</b>	Por lo general discuto con los pacientes las diferencias entre sus creencias y/o comportamientos de salud y los conocimientos de enfermería.	“Revisar la palabra discuto y aclarar su sentido”. “Discutir como examinar o como defender mi opinión”.	Por lo general, dialogo con los pacientes las diferencias entre sus creencias y/o comportamientos de salud y los conocimientos de enfermería.

**3.5.3 Tercera etapa: prueba piloto.** La prueba piloto (PP) es la aplicación de un cuestionario a una muestra pequeña, con el objetivo de disminuir sesgos y/o errores en la obtención de datos que pueden orientar mejoras en la metodología previamente planteada, a través de la identificación de problemas como: ambigüedad en la redacción de los ítems, dificultades en su comprensión, frecuencia de las respuestas y tiempos prolongados para su diligenciamiento (76, 77).

**3.5.3.1 Muestra.** En el pilotaje participaron 17 estudiantes de enfermería de octavo semestre que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión; 15 mujeres y 2 hombres, con edades entre los 20 y los 28 años. Cabe resaltar que, este grupo de estudiantes no hace parte de la muestra final del estudio y que la participación fue voluntaria.

**3.5.3.2 Método.** Cada participante recibió el formulario vía correo electrónico, que incluía propósito del estudio, consentimiento informado y la escala a evaluar. Esta aplicación se realizó durante el mes de septiembre del año 2021.

**3.5.3.3 Resultado.** Los participantes respondieron voluntaria y completamente el formulario. No existieron dudas ni sugerencias en cuanto a la comprensión de los ítems y sus categorías de respuesta. El tiempo promedio de respuesta del formulario fue de 9 minutos.

**3.5.4 Cuarta etapa: alpha de Cronbach.** El coeficiente alfa de Cronbach es un índice que permite medir la confiabilidad de la consistencia interna de una escala, es decir, evalúa la magnitud en que los ítems de un instrumento están correlacionados. En otros términos, el alfa es la media de las correlaciones entre los ítems que hacen parte de un instrumento. El coeficiente, también se puede definir como la medida en que el constructo evaluado está presente en cada ítem del instrumento. Para realizar el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach se empleó la

fórmula propuesta por su autor, Cronbach (78, 79):

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[ 1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right]$$

Donde,

$\alpha$  = Coeficiente de confiabilidad del cuestionario

K = Número de ítems del instrumento.

$\sum s_i^2$  = Sumatoria de las varianzas de los ítems.

$s_t^2$  = Varianza de las puntuaciones totales del instrumento.

Para la interpretación de los valores del coeficiente alpha de Cronbach, George y Mallery (80), propusieron los puntos de corte listados a continuación:

**Tabla 9. Puntos de corte alpha de Cronbach**

<b>Puntaje</b>	<b>Criterio</b>
< 0.5	Confiabilidad inaceptable.
> 0.5 a < 0.6	Confiabilidad pobre.
> 0.6 a < 0.7	Confiabilidad cuestionable.
> 0.7 a < 0.8	Confiabilidad aceptable.
> 0.8 a < 0.9	Confiabilidad buena.
> 0.9	Confiabilidad excelente.

El valor de  $\alpha$  de Cronbach para el instrumento “Escala de Competencia Cultural versión en español” fue de 0,92. El  $\alpha$  de Cronbach indica una excelente confiabilidad de la consistencia interna de la escala. Los resultados se muestran en el anexo 8. Coeficiente alpha de Cronbach de la escala CCS-S.

**3.5.5 Quinta etapa: aplicación del instrumento.** La Escala de Competencia Cultural versión en español (CCS-S) final, validada en Colombia para este estudio (ver anexo 9), fue enviada a la muestra estimada de estudiantes de enfermería de tercer a octavo semestre de la Universidad Francisco de Paula Santander, a través de la herramienta google forms, que incluyó: consentimiento informado, objetivo del estudio y contenido de la CCS-S. La aplicación se realizó durante los meses de octubre – diciembre del año 2021.

### **3.6 Plan de Tabulación y Análisis**

La información fue condensada en una base de datos del programa Microsoft Excel ® y posteriormente analizada empleando el software estadístico SPSS versión 26. El análisis estadístico se basó en la elaboración de distribuciones de frecuencia simple de las variables sociodemográficas y de experiencia académica, con su respectiva representación gráfica en diagrama de barras y sectores. Se calcularon las medidas descriptivas media, mediana, desviación estándar, valores mínimo y máximo, agrupando por intervalos las puntuaciones observadas tanto de las dimensiones como de la escala en general de competencia cultural, donde los puntos corresponden al 25, 50 y 75% de la puntuación posible para cada escala. Los resultados de las dimensiones y de la escala en general están dados en promedios, donde mayores puntajes, indican mejores niveles de competencia cultural.

Para el análisis comparativo bivariado se elaboraron tablas de contingencia entre las variables sociodemográficas, de experiencia académica y cultural y, la clasificación de la competencia cultural. El contraste de hipótesis para establecer diferencias por sexo se realizó mediante la prueba U de Mann Whitney. El contraste de hipótesis para establecer diferencias por grupos de edad y semestre académico se valoró con la prueba H de Kruskal Wallis. El nivel de significancia

establecido fue 0,05.

### **3.7 Aspectos Éticos**

La presente investigación fue avalada por comité de ética en investigación de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Francisco de Paula Santander (ver anexo 10). De igual forma, tuvo en cuenta principios y lineamientos éticos que garantizaron la protección de los sujetos de estudio durante la investigación. Entre los que se consideran:

La declaración de Helsinki de 1964, promulgada por la Asociación Médica Mundial en la 18ª Asamblea Médica Mundial, adopta los principios éticos para la investigación en seres humanos. En esta declaración, se establece que los estudios deben estar sujetos a normas éticas que promuevan y aseguren el respeto a todas las personas, destacando que el objetivo de la investigación nunca debe sobreponerse a los derechos e intereses de los participantes. Así mismo, se debe tomar precaución con respecto a la dignidad, integridad e intimidad de los sujetos involucrados en el estudio y mantener en total confidencialidad su información personal. Por último, los participantes deberán ser informados sobre todos los aspectos que trata la investigación y, por tanto, estarán en la capacidad de dar su consentimiento informado de forma voluntaria (81).

El informe de Belmont (82), establece los principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación. Se identifican tres principios básicos: el respeto por las personas, donde se reconoce la autonomía y se protege a quienes la tienen disminuida. La beneficencia, que se entiende como actos de bondad y caridad que sobrepasan lo estrictamente obligatorio. Se han formulado dos reglas generales como expresiones de beneficencia: minimizar los daños o no causarlos y maximizar los posibles beneficios. La justicia hace referencia a la

equidad en la distribución o lo que es merecido, no obstante, alude al trato con igualdad.

Finalmente, esta declaración, considera una serie de requerimientos para la conducta en la investigación: el consentimiento informado, que se caracteriza por la oportunidad de los sujetos para escoger lo que les pueda o no ocurrir y consta de información, comprensión y voluntariedad y; la valoración de riesgos y beneficios, donde para los investigadores es un medio que permite examinar si el estudio está diseñado correctamente y para los futuros participantes, decidir sobre su participación.

La resolución 8430 de 1993, establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en el territorio colombiano. En el artículo 5, se menciona que debe prevalecer el respeto a la dignidad y protección de los derechos y deberes de todos los seres humanos sujetos de estudio. En conformidad con el artículo 6, debe predominar la seguridad de los participantes y estos, deben ser respaldados por un consentimiento informado (Ver anexo 11). Este último, en el artículo 14, se entiende como un acuerdo por escrito donde el sujeto de investigación autoriza su participación con pleno conocimiento de los procedimientos, beneficios y riesgos. Además, se protegerá la privacidad del individuo participante como se estipula en el artículo 8 (83).

Para efectos de este reglamento, los investigadores identificaron el tipo de riesgo al que estarán expuestos los participantes (artículo 10), clasificándolo como una investigación sin riesgo, ya que se emplean técnicas y métodos que no realizan modificaciones o intervenciones en las variables biológicas, fisiológicas o psicosociales de los sujetos de estudio (83).

La ley 911 de 2004, en el capítulo 4, artículo 29, menciona que el profesional de enfermería que participe o adelante procesos investigativos debe proteger la integridad, dignidad y los

derechos de todos los seres humanos, como principio ético fundamental; de manera que, aplique las disposiciones éticas vigentes y las declaraciones internacionales que adopte tanto el estado colombiano como las organizaciones nacionales e internacionales de enfermería (55).

## 4. Resultados

### 4.1 Caracterización Sociodemográfica

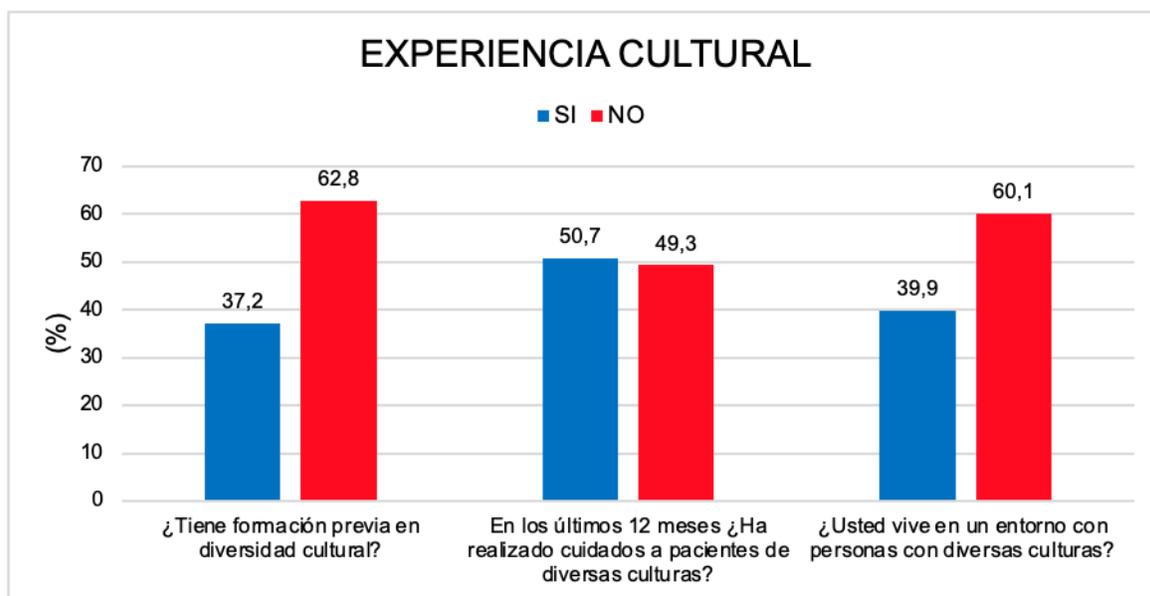
La muestra estuvo conformada por 148 estudiantes entre los 17 y 33 años, con un promedio de 20.6 años y desviación estándar 2.2 años; el 81.8% son mujeres, mientras que el 18.2% son hombres; la mayoría son personas solteras (97.3%).

Para el estudio, se tuvieron en cuenta estudiantes entre tercer y octavo semestre, representados proporcionalmente como se muestra en la tabla 10. Dado que la mayoría corresponde a tercero (20.9%), cuarto (15.5%) y quinto semestre (26.4%), la experiencia clínica y comunitaria oscila entre 1 y 6 meses principalmente (66.9%).

**Tabla 10. Caracterización sociodemográfica y experiencia académica**

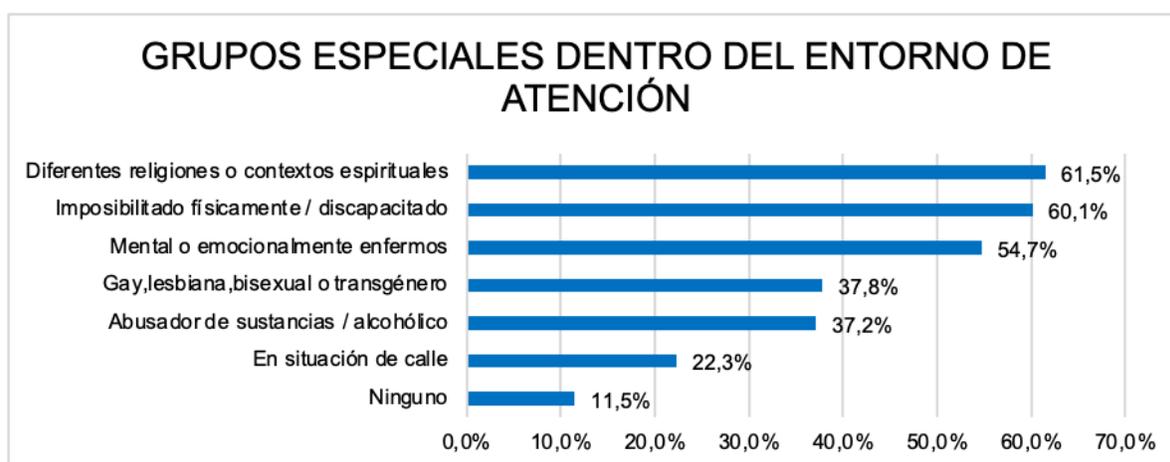
Variable	Categoría / Valor	n = 148
Sexo	Femenino	121(81,8%)
	Masculino	27(18,2%)
Edad	15 - 19	42(28,4%)
	20 - 24	101(68,2%)
	25 o más	5(3,4%)
Estado Civil	Soltero(a)	144(97,3%)
	Casado(a)	1(0,7%)
	Unión libre	2(1,4%)
	Separado(a)	1(0,7%)
Semestre Académico	Tercero	31(20,9%)
	Cuarto	23(15,5%)
	Quinto	39(26,4%)
	Sexto	19(12,8%)
	Séptimo	16(10,8%)
	Octavo	20(13,5%)
Duración de las experiencias clínicas a las que ha sido expuesto (meses)	1 - 6 meses	99(66,9%)
	7 - 12 meses	29(19,6%)
	13 - 18 meses	20(13,5%)

## 4.2 Experiencia Cultural



**Figura 2. Experiencia cultural**

De acuerdo con lo informado por los estudiantes, sólo el 37% tiene formación previa en diversidad cultural, el 50.7% ha realizado cuidados a pacientes de diversas culturas y el 39.9% vive en un entorno con diversidad cultural.



**Figura 3. Grupos especiales dentro del entorno de la atención en salud**

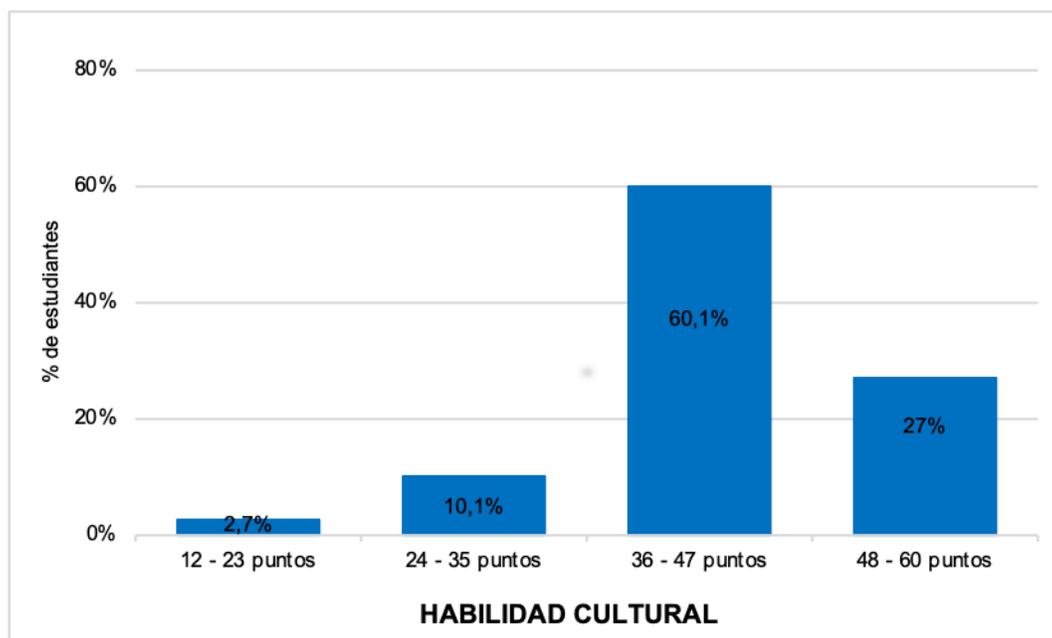
Respecto a la atención en salud de grupos poblacionales especiales, predomina en el grupo de estudiantes vinculados al estudio, la atención a población de diferentes religiones (61.5%), la atención a personas en situación de discapacidad (60.1%) y a población con trastornos mentales o del comportamiento (54.7%). El 11.5% refirió no haber tenido la oportunidad de atender pacientes pertenecientes a grupos poblacionales especiales.

### 4.3 Competencia Cultural

La tabla 11 contempla las medidas descriptivas de los resultados observados para las puntuaciones de la escala de competencia cultural y cada una de sus dimensiones.

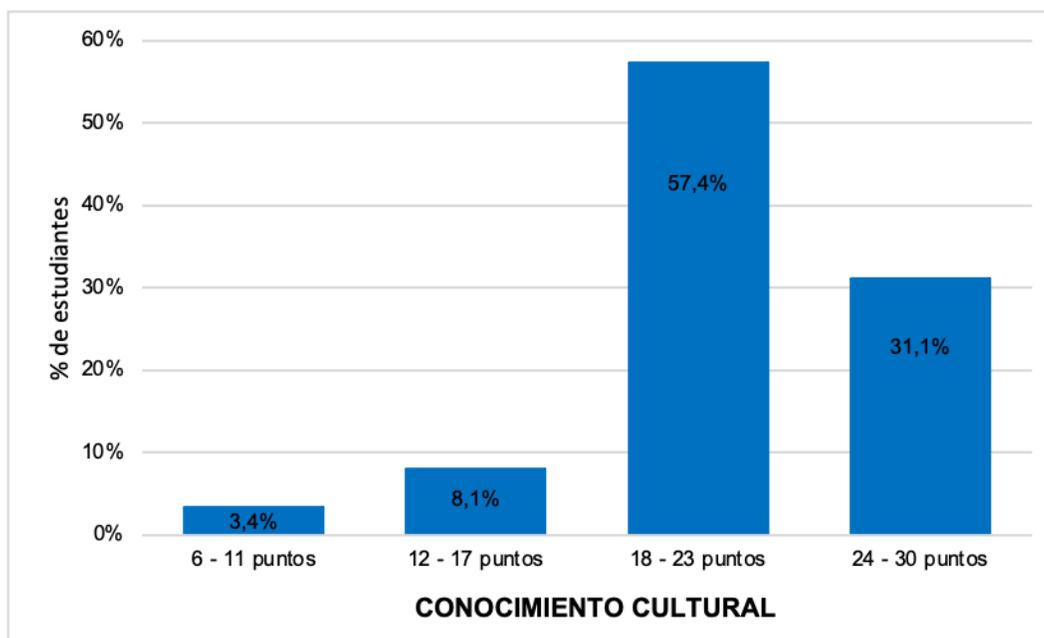
**Tabla 11. Medidas descriptivas para las puntuaciones observadas por subescalas y escala de competencia cultural**

<b>MEDIDA DESCRIPTIVA</b>	<b>HABILIDAD CULTURAL</b>	<b>CONOCIMIENTO CULTURAL</b>	<b>SENSIBILIDAD CULTURAL</b>	<b>COMPETENCIA CULTURAL (ESCALA)</b>
Número de ítems	12	6	2	20
Puntuación máxima posible	60	30	10	100
Media	43,2	21,3	7,9	72,3
Mediana	44	22	8	74
Moda	48	24	8	80
Desviación estándar	7,6	4,1	1,2	11,8
Mínimo	12	6	2	25
Máximo	60	30	10	100
Percentiles	25	40	19	66
	50	44	22	74
	75	48	24	80



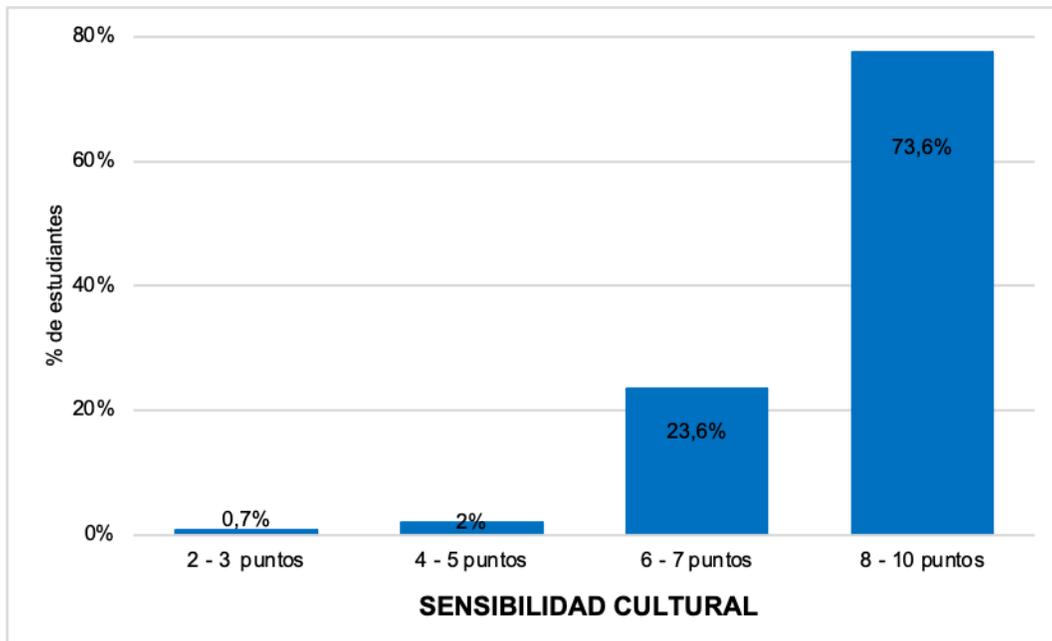
**Figura 4. Puntuaciones observadas para el nivel de habilidad cultural**

El promedio en los estudiantes para esta escala fue 43.2, con desviación estándar 7.6 puntos, con un coeficiente de variación del 17.6%, lo que señala un comportamiento homogéneo del promedio para esta subescala, indicando que los estudiantes de enfermería de la UFPS tienen un rango moderado de habilidad cultural, puesto que el 68.1% de los estudiantes consiguió una puntuación entre 36 y 47 puntos de los 60 posibles, mientras que el 27% obtuvo una puntuación entre 48 y 60 puntos.



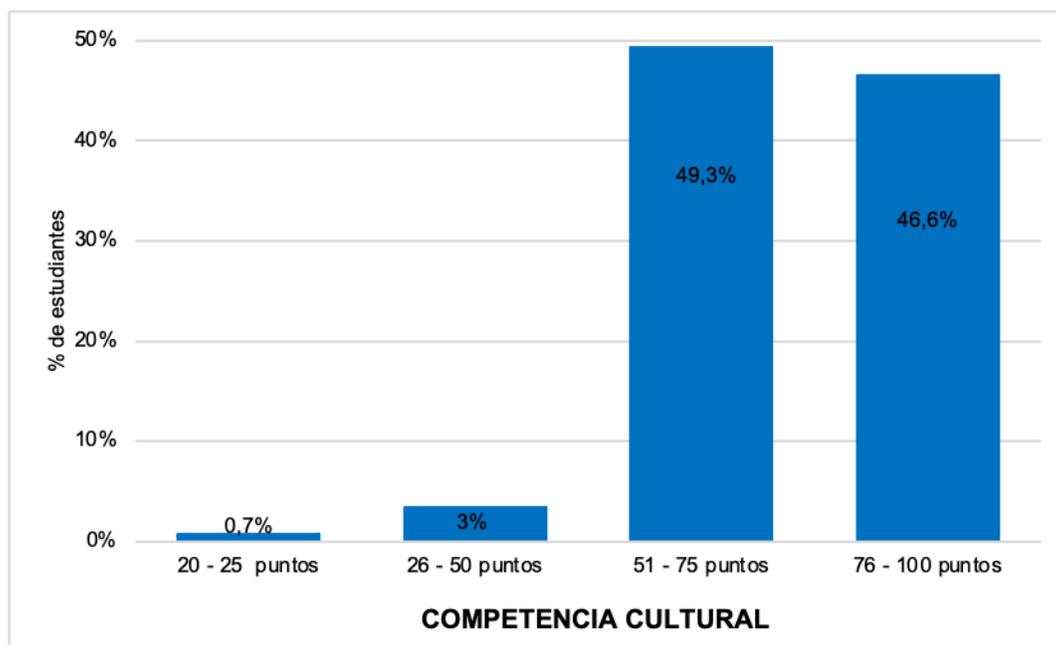
**Figura 5. Puntuaciones observadas para el nivel de conocimiento cultural**

El promedio en los estudiantes para esta subescala fue 21.3, con desviación estándar 4.1 puntos, para un coeficiente de variación del 19.6%, evidenciándose poca variabilidad en el comportamiento de las puntuaciones para esta subescala, lo que indica que los estudiantes de enfermería de la UFPS tienen un rango moderado de conocimiento cultural, puesto que el 57.4% de los estudiantes obtuvo una puntuación entre 18 y 23 puntos de los 30 posibles y otro 31.1% logró una puntuación entre 24 y 30 puntos.



**Figura 6. Puntuaciones observadas para el nivel de sensibilidad cultural**

El promedio en los estudiantes para esta subescala fue 7.9, con desviación estándar 1.2 puntos, para un coeficiente de variación del 15.2%, evidenciándose un comportamiento homogéneo de las puntuaciones observadas para esta subescala, indicando que los estudiantes de enfermería de la UFPS tienen un rango moderado de sensibilidad cultural, donde el 73.6% de los estudiantes alcanzó una puntuación entre 8 y 10 puntos.



**Figura 7. Puntuaciones observadas para el nivel de competencia cultural**

El grupo de estudiantes vinculados al estudio exhibieron un promedio de 72.3 puntos, con desviación estándar 11.8 puntos, para un coeficiente de variación del 16.3%, observándose poca variabilidad en los resultados globales de la escala. El 49.3% de los estudiantes obtuvo una puntuación entre 51 y 75 puntos de los 100 posibles, y el 46.6% obtuvo una puntuación entre 76 y 100 puntos, lo que señala que los estudiantes tienen niveles moderados de competencia cultural (por encima del percentil 75 de la puntuación total de la escala).

#### 4.4 Análisis Comparativo

**Tabla 12. Nivel de competencia cultural según variables sociodemográficas y experiencia cultural**

Variable	Categorías	n	COMPETENCIAS CULTURALES	Valor p
			Promedio $\pm$ DE	
Sexo*	Femenino	121	72,0 $\pm$ 11,5	0,384
	Masculino	27	73,7 $\pm$ 13,3	
Edad**	15 - 19	42	69,7 $\pm$ 12,4	0,091
	20 - 24	101	73,6 $\pm$ 11,6	
	25 o más	5	67,4 $\pm$ 7,1	
Semestre académico**	Tercero	31	70,5 $\pm$ 11,9	0,298
	Cuarto	23	67,3 $\pm$ 16,7	
	Quinto	39	73,5 $\pm$ 9,4	
	Sexto	19	74,1 $\pm$ 10,8	
	Séptimo	16	72,3 $\pm$ 9,1	
	Octavo	20	77,0 $\pm$ 11,1	
¿Tiene formación previa en diversidad cultural?*	Si	55	76,7 $\pm$ 11,0	0,000
	No	93	69,8 $\pm$ 11,6	
¿Ha realizado cuidados a pacientes de diversas culturas?*	Si	75	75,4 $\pm$ 10,1	0,005
	No	73	69,2 $\pm$ 12,7	
¿Usted vive en un entorno con personas de diversas culturas?*	Si	59	73,6 $\pm$ 10,6	0,240
	No	89	71,5 $\pm$ 12,6	

\* Prueba U de Mann Whitney

\* Prueba H de Kruskal Wallis

Los resultados observados frente al nivel de competencia cultural de los estudiantes de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander señalan que no hay diferencias significativas respecto al sexo, la edad o el semestre académico ( $p > 0.05$ ); Sin embargo, se observó que los hombres exhibieron mayor promedio que las mujeres. Así mismo, se logró identificar que los estudiantes entre 20 y 24 años son los que registraron mayor promedio para la escala, comparados con los estudiantes entre 15 y 19 años ( $69.7 \pm 12.4$ ) y los estudiantes de 25 o más años ( $67.4 \pm 7.1$ ). Por otro lado, se pudo observar que el nivel de competencia cultural mejora con la experiencia universitaria, ya que los estudiantes de sexto a octavo semestre son los

que obtuvieron mayor puntuación promedio para la escala, mostrando una tendencia a que, a mayor semestre académico, mejor nivel de competencia cultural

Se evidenciaron diferencias significativas del nivel de competencia cultural respecto a la formación previa en diversidad cultural ( $p < 0.05$ ) y al cuidado de pacientes de diversas culturas ( $p < 0.05$ ), ya que los estudiantes con dichas experiencias exhibieron mayor nivel de competencia cultural que los estudiantes que no han tenido experiencias similares.

No se evidenciaron diferencias del nivel de competencia cultural en los estudiantes respecto a si viven o no en un entorno con diversidad cultural ( $p = 0.240$ ).

## 5. Discusión

Para este estudio, la muestra estuvo conformada predominantemente por estudiantes con edades entre los 20 y 24 años (68,2%), en su mayoría de sexo femenino (81,8%), de estado civil solteros (97,3%) y en mayor proporción pertenecientes a quinto semestre (26,4%). Estos datos coinciden con lo reportado en los estudios de Jeong (34), Cruz (17), Halabi (19), Machuca (36), donde el rango de edad predominante fue de 20 a 24 años (71%, 72.3%, 90.2% y 85%, respectivamente), el sexo femenino completó la mayor parte de la muestra (en orden 79.7%, 74.3%, 100% y 82.3%) y en el único estudio donde se reportó el estado civil (19), ser soltero ocupó el mayor porcentaje 83,9%. Con respecto al nivel académico, estos autores difieren al indicar que la mayor proporción de estudiantes participantes pertenecieron al primer y segundo año del programa de enfermería (30,1%, 36,6%, 54.6% y 41.4%, respectivamente).

En las experiencias culturales, menos de la mitad de los participantes (37%) afirmó tener formación previa o haber estado expuesto a contenidos relacionados con diversidad cultural. De acuerdo con Dunagan (84), la enseñanza de contenidos culturales a los estudiantes a medida que avanzan en su formación conduce a un aumento significativo de la competencia cultural y, por tanto, a desarrollar mayores capacidades para brindar cuidados óptimos a los pacientes. Este es un hallazgo significativo, ya que todos los estudiantes de enfermería involucrados en este estudio han estado expuestos a contenidos culturales durante el desarrollo de la carrera, sin embargo, como sugieren los resultados, existe un bajo reconocimiento de la formación orientada a la diversidad, lo que se evidencia en el alto número de participantes que reportaron no haber recibido dicha formación. Cruz (32), Cruz (18), Cruz (17), Halabi (19), hallaron resultados similares donde la formación previa en los estudiantes de enfermería no superó el 50% (31.5%, 47.6%, 42%, 42%, respectivamente), indicando que, aunque la educación en diversidad puede

tener un impacto positivo en la competencia cultural y se ha integrado en los programas de pregrado, no es percibida por los estudiantes.

Con respecto a las dimensiones de la competencia cultural, los estudiantes de enfermería alcanzaron puntajes promedio de 43.2, 21.3 y 7.4, que ubican la habilidad, el conocimiento y la sensibilidad cultural, respectivamente, en un rango moderado. Esto sugiere que, los futuros profesionales de enfermería están en el continuum intermedio de desarrollar la competencia cultural, y en consecuencia, presentan falencias en la enseñanza del conocimiento sobre el aspecto cultural del cuidado, la utilización de habilidades de comunicación, la utilización de métodos para la recolección de información, la planificación de intervenciones de enfermería y la explicación de las diferencias entre las creencias y/o comportamientos de salud y los conocimientos de enfermería (35).

En cuanto al nivel de competencia cultural, los estudiantes de enfermería del presente estudio alcanzaron un puntaje promedio de 72.3, que indica un rango moderado de competencia cultural y a su vez, que los estudiantes tienen la capacidad para identificar y respetar las necesidades específicas de las diversas culturas, sin embargo, muestran dificultades en su abordaje, lo que da como resultado cuidados seguros y efectivos, pero no totalmente congruentes con la cultura del paciente. Este hallazgo es consistente con resultados informados en estudios anteriores usando el mismo instrumento, realizados por Cruz (18, 17 y 36), donde los estudiantes sauditas, filipinos, indios, sudafricanos, iraquíes, omaníes, sudaneses y chilenos obtuvieron puntajes promedios de 68.98, 69.38 y 70.72, respectivamente, señalando rangos moderados de competencia cultural. Así mismo, con otros estudios realizados por Jeong (34) y Halaba (19), donde se evaluó la competencia cultural con diferentes escalas a la utilizada en este estudio, encontrando puntuaciones promedio de 2.66 y 66.96, que indican de acuerdo con el nivel de evaluación de

cada escala que, los estudiantes surcoreanos y sauditas tienen niveles de competencia culturalmente consciente. Esto traduce que, los futuros profesionales de enfermería tienen debilidades para brindar cuidados a pacientes provenientes de diversas culturas, sin embargo, se esfuerzan constantemente por alcanzar el nivel máximo de competencia cultural.

Por el contrario, Hwey (33), difiere con su estudio al determinar que los estudiantes taiwaneses tienen niveles altos de competencia cultural, con puntaje promedio de 88.28, de acuerdo con la evaluación de la escala de competencia cultural en el cuidado empleada. En consecuencia, los estudiantes taiwaneses tienen la capacidad de adquirir conocimientos acerca del universo del paciente y haciendo uso tanto de estos como de sus puntos de vista y experiencias, realizar acciones y tomar decisiones coherentes con la cultura del paciente.

Los resultados de este estudio también indicaron que los estudiantes de enfermería de los semestres superiores tienen mejores puntuaciones promedio de competencia cultural. Este hallazgo lo fundamenta Burchum (26), al mencionar que la competencia cultural es un proceso no lineal, en el que los conocimientos, las habilidades y la sensibilidad se van desarrollando a lo largo del tiempo y están influenciados por la formación en marcos conceptuales relacionados con el tema y las experiencias de interacción con las diversas culturas. Esto coincide con lo informado por Cruz (17), Halabi (19), Machuca (36), donde los estudiantes que estaban matriculados en cuarto año tenían mejores puntuaciones promedio de competencia cultural, lo que significa que a mayor semestre, mayor formación en diversidad y experiencias culturales más amplias resultado de sus rotaciones tanto clínicas como comunitarias.

Adicionalmente, los estudiantes que tenían una formación previa en diversidad y que habían experimentado el cuidado de pacientes de diversas culturas mostraron mayores puntajes

promedio de competencia cultural que los que no tenían una experiencia similar. Según Bacote (48), la exposición continua a contenidos culturales y a culturas que no son similares a la propia, sirven como estímulo para desarrollar mejores niveles de competencia cultural en los estudiantes o enfermeros. Estos hallazgos son consistentes con lo encontrado por autores como Cruz (32), Cruz (18), Cruz (17), Halabi (19) Machuca (36), quienes postulan que los estudiantes de enfermería con formación previa en diversidad, que tenían experiencia en el cuidado de pacientes de diversas culturas, que residían en un entorno con personas diversas y que habían encontrado individuos pertenecientes a grupos especiales de población, exhiben promedios de competencia cultural significativamente mayor.

## 6. Conclusiones

La Escala de Competencia Cultural versión en español (CCS-S), fue adaptada culturalmente y validada en el contexto colombiano, obteniendo una validez y concordancia buena y una excelente confiabilidad de la consistencia interna.

La mayoría de los participantes de este estudio pertenecen al sexo femenino, con edades que oscilan entre los 17 y 33 años, de estado civil principalmente soltero, en mayor proporción pertenecientes a quinto y tercer semestre de enfermería y con duración de las experiencias clínicas y comunitarias entre 1 y 18 meses.

En las experiencias culturales, un porcentaje bajo de estudiantes reportó tener formación previa en diversidad cultural, lo que traduce que, los futuros profesionales de enfermería tienen un bajo reconocimiento de la formación orientada a la diversidad y de los elementos conceptuales relacionados con la salud-enfermedad y la cultura. Por otra parte, más de la mitad de los participantes ha realizado cuidados a pacientes de diversas culturas y a grupos poblacionales especiales, por mencionar algunos: personas discapacitadas, con diferentes religiones y con trastornos mentales y del comportamiento. Esto indicaría que las experiencias de cuidado cultural permean la práctica pedagógica de enfermería, ya que promueven el desarrollo de la competencia cultural en los estudiantes, permitiéndoles desarrollar habilidades, adquirir conocimientos y crear relaciones asertivas con las personas de diversas culturas.

Los estudiantes de enfermería alcanzaron puntajes promedio de habilidad, sensibilidad y conocimiento cultural, que indican rangos moderados. Esto significa que, se esfuerzan continuamente por enseñar y guiar a otros compañeros, recolectar información, entender las creencias de los pacientes y mantener un dialogo con ellos frente a las diferencias entre sus

creencias, los comportamientos de salud y los conocimientos de enfermería, aspecto que probablemente está potencializado por la formación que se imparte en el programa de enfermería, vivir en un entorno con personas de diversas culturas y las experiencias culturales relacionadas con la práctica pedagógica.

La puntuación promedio para la competencia cultural ubicó a los estudiantes en un rango moderado. Esta clasificación no indica estrictamente que todos tienen el mismo nivel de competencia cultural. Lo anterior, permite afirmar que a futuro los egresados del programa de enfermería estarían capacitados para brindar acciones o intervenciones de cuidado seguras, humanas, empáticas, efectivas y coherentes con la cultura de los pacientes y comunidades.

Los estudiantes de enfermería de la UFPS entre los 20 y 24 años, de sexo masculino y de semestres superiores mostraron proporcionalmente puntajes promedio más representativos de competencia cultural. Esto se fundamenta en que los estudiantes de semestres superiores tienen mayor formación en diversidad cultural y mayor tiempo de exposición en el cuidado de pacientes de diversas culturas resultado de la práctica pedagógica, que a su vez enriquece el contexto de la experiencia cultural permitiendo que el estudiante desarrolle habilidades, adquiera conocimientos y construya relaciones asertivas con las personas de diversas culturas. La competencia cultural de los estudiantes de enfermería estuvo asociada e influenciada por sus experiencias relacionadas con la cultura, es decir, estudiantes con formación previa en diversidad cultural y que habían atendido a pacientes en los últimos doce meses, exhibieron mayores niveles de competencia cultural. Esto indica que la exposición prolongada a contenido cultural y las experiencias de cuidado en diversos contextos favorecen el pensamiento crítico y la actitud reflexiva del enfermero en formación para que muestre conductas que favorecen la prestación de cuidados culturalmente competentes.

## 7. Recomendaciones

Los estudios futuros deberían evaluar la competencia cultural en estudiantes de enfermería desde una perspectiva cualitativa, presentando situaciones hipotéticas de cuidado a pacientes culturalmente diversos, que permita obtener una comprensión más profunda de los fenómenos en cuestión. Se recomienda, además, el estudio de la competencia cultural en estudiantes de diferentes universidades del país, estableciendo comparaciones entre los programas que imparten la diversidad cultural implícita en su currículo y aquellas que la tienen establecida como asignatura, curso o transversal. También, se sugiere realizar estudios para evaluar la competencia cultural desde la perspectiva de los beneficiarios de la atención en salud, ya que son ellos quienes realmente pueden identificar la atención que es culturalmente competente.

La perspectiva de la competencia cultural y la formación en diversidad entre los estudiantes de enfermería proporcionada en este estudio, sirve como un indicador de la situación actual de la formación de los futuros enfermeros. A la luz de esto, el programa de enfermería debería implementar estrategias para asegurar el desarrollo de la competencia cultural en su máximo nivel en los estudiantes de enfermería, teniendo en cuenta los distintos conjuntos de culturas que prosperan en la región y/o el país. Esto permitirá a los estudiantes capturar el contexto cultural apropiado, que puede guiarlos a ser culturalmente sensibles y adaptables.

En respuesta a los aumentos en los movimientos migratorios, el reconocimiento de grupos étnicos y las disparidades de salud, es necesario que los profesionales de enfermería se capaciten continuamente sobre diversidad cultural, de modo que, puedan reconocer, valorar y respetar las diferencias culturales y brindar cuidados de acuerdo con ese reconocimiento, satisfaciendo las necesidades específicas en salud.

Finalmente, a futuras investigaciones que implementarán el instrumento utilizado en el presente estudio, se propone realizar la estandarización de categorías por cada dimensión y en la escala general, de modo que ofrezca una clasificación específica de la competencia cultural y sus dimensiones y la descripción para cada nivel, permitiendo que los resultados puedan compararse y extrapolarse con facilidad.

## Referencias Bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Conferencia internacional de atención primaria de salud, Alma-Ata, URSS, Kazajistán 6 al 12 Septiembre de 1978. [Base de datos en línea]. Ginebra: ONU; 2021, [actualizada en febrero 2021; acceso 10 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
2. Rodríguez L. Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: La Cultura como una Fuerza para Incidir en Cambios en Políticas de Salud Sexual y Reproductiva [Base de datos en línea] [10 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/2.6.pdf>
3. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Elsevier; 2011.
4. Hevia R, Kaluf C. Diversidad cultural Materiales para la formación docente y el trabajo de aula. [Base de datos en línea]. Santiago de Chile: UNESCO; 2005, [acceso 10 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000151226>
5. Rodríguez V. Competencia Cultural del Personal de Salud en Atención Primaria con grupos culturalmente diversos [tesis de maestría]. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2018.
6. Migración. Data portal. [Base de datos en línea] 2017 [acceso 24 de octubre de 2020]. Disponible en: [https://migrationdataportal.org/?i=stock\\_abs\\_&t=2019](https://migrationdataportal.org/?i=stock_abs_&t=2019)
7. The International Work Group for Indigenous Affairs. The Indigenous World 2019. [Base de datos en línea] Dinamarca: IWGIA; 2019, [acceso 5 de marzo de 2020]. Disponible en: [https://www.iwgia.org/images/documents/indigenous-world/IndigenousWorld2019\\_UK.pdf](https://www.iwgia.org/images/documents/indigenous-world/IndigenousWorld2019_UK.pdf)

8. Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela (R4V)

[Base de datos en línea] 2022, [acceso 25 de febrero de 2022]. Disponible en:

<https://www.r4v.info/es/refugiadosymigrantes>

9. Presidencia de la República de Colombia. Asamblea Nacional constituyente. Artículos 7 y 8 de

la Constitución Política de la Republica de Colombia de 1991 [Base de datos en línea] Bogotá:

Senado; 1991, [acceso 2 de noviembre 2021]. Disponible en:

[http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion\\_politica\\_1991.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html)

10. Ministerio de Cultura de Colombia [Base de datos en línea] Bogotá: Mincultura; 2017,

[acceso 25 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://mincultura.gov.co/ministerio/politicas-](https://mincultura.gov.co/ministerio/politicas-culturales/de-diversidad-cultural/Paginas/default.aspx)

[culturales/de-diversidad-cultural/Paginas/default.aspx](https://mincultura.gov.co/ministerio/politicas-culturales/de-diversidad-cultural/Paginas/default.aspx)

11. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Grupos étnicos. [Base de datos en línea] Bogotá: Dane; 2022, [acceso 10 de febrero de 2020]. Disponible en:

<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/grupos-etnicos/informacion-tecnica>

12. Migración Colombia. [Base de datos en línea] Bogotá: Migración; 2021, [acceso 25 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.migracioncolombia.gov.co/>

13. Graves D, Like R. Legislation as Intervention: A Survey of Cultural Competence Policy in Health Care. *Health Care L. & Pol* [revista en Internet] 2007 [acceso 10 de octubre de 2020];

10(2): 339-361. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/56355417.pdf>

14. Díaz O. Formación en competencias para la comprensión cultural en el cuidado de

enfermería. *Rev. Colomb. Enferm* [revista en Internet] 2015 [acceso 10 de octubre de 2020];

10(3): 35-44. Disponible en:

<https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/article/view/578>

15. Marteau J. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería [Base de datos en línea] 2012, [acceso 14 de octubre de 2020]. Disponible en:

[https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012\\_ICN\\_Codeofethicsfornurses\\_%20sp.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20sp.pdf)

16. Rifá R, Costa L, Espinosa C. Influencia de la formación en competencia cultural sobre la actitud frente a la inmigración de los estudiantes de tercero de enfermería. Rev. Fem [revista en Internet] 2013 [acceso 10 de octubre de 2020]; 16(2): 105-110. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2014-98322013000200009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322013000200009)

17. Cruz JP, Nacionales A, Casuga J, Alotaibi A, Arguvanli S, Ramos A, et al. A Multicountry Perspective on Cultural Competence Among Baccalaureate Nursing Students. Rev. J Nurs Scholarsh [revista en Internet] 2018 [acceso 22 de septiembre de 2020]; 50(1): 92-101.

Disponible en: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jnu.12350>

18. Cruz JP, Estacio J, Bagtang C, Colet P. Predictors of cultural competence among nursing students in the Philippines: A cross-sectional study. Rev. Nurse Educ Today [revista en Internet] 2016 [acceso 10 de octubre de 2020]; 46(1): 121-126. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691716301939>

19. Halabi J, De Beer J. Exploring the cultural competence of undergraduate nursing students in Saudi Arabia. Rev. Nurse Educ Today [revista en Internet] 2018 [acceso 9 de octubre de 2020]; 62(4): 9-15. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691717303039>

20. Fathiani N, Noviesastari E. Differences in cultural competence between nursing students in academic and professional programs. *Rev. Enferm. Clin* [revista en Internet] 2019 [acceso 9 de octubre de 2020]; 29(2): 528-531. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-differences-in-cultural-competence-between-S1130862119302013>
21. Byrne D. Evaluating Cultural Competence in Undergraduate Nursing Students using Standardized Patients. *Rev. Teach. Learn. Nurs* [revista en Internet] 2020 [acceso 10 de octubre de 2020]; 15(1): 57-60. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1557308719302148?via%3Dihub>
22. Hsiu C. Evaluating Student Cultural Competence in an Associate in Science in Nursing Program. *Rev. Teach. Learn. Nurs* [revista en Internet] 2018 [acceso 10 de octubre de 2020]; 13(4): 161-167. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1557308718300106>
23. Reyes H, Hadley L, Davenport D. A Comparative Analysis of Cultural Competence in Beginning and Graduating Nursing Students [Base de datos en línea] 2013 [Consultado 2020]. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/isrn/2013/929764/>
24. Díaz S, López C. Dimensiones de la competencia cultural en enfermería y prácticas tradicionales para el cuidado de la infancia. *Rev. Colomb. Enferm* [revista en Internet] 2015 [acceso 9 de octubre de 2020]; 11(1): 19-28. Disponible en: <https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/article/view/735>
25. Mei L, Chiu W, Hsiu H. Exploring the experiences of cultural competence among clinical nurses in Taiwan. *Rev. Appl Nurs Res* [revista en Internet] 2019 [acceso 9 de octubre de 2020];

45(2): 6-11. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S089718971830394X>

26. Rosenjack J. Cultural competence: an evolutionary perspective. *Rev. Nurs. Forum* [revista en Internet] 2002 [acceso 4 de noviembre de 2020]; 37(4): 5-15. Disponible en: [https://search-proquest-](https://search-proquest-com.ezproxy.unbosque.edu.co/pq1academic/docview/195028191/fulltextPDF/9C2B639CFD5F4ACAPQ/1?accountid=41311)

[com.ezproxy.unbosque.edu.co/pq1academic/docview/195028191/fulltextPDF/9C2B639CFD5F4ACAPQ/1?accountid=41311](https://search-proquest-com.ezproxy.unbosque.edu.co/pq1academic/docview/195028191/fulltextPDF/9C2B639CFD5F4ACAPQ/1?accountid=41311)

27. Congreso de la República de Colombia. Ley 30 de 1992, diciembre 28. Por la cual se organiza el servicio público de la educación superior [Base de datos en línea]. Santa Fe de Bogotá: El Congreso; 1992 [acceso 30 de junio de 2021]. Disponible en:

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=253>

28. Sun B, Hee K, Ji Su K, Grace L. Factors Influencing on Cultural Competence of Undergraduate Nursing Students in Korea. *Indian J Sci Technol* [revista en Internet] 2016 [acceso 10 de octubre de 2020]; 9(1): 1-10. Disponible en: <https://indjst.org/articles/factors-influencing-on-cultural-competence-of-undergraduate-nursing-students-in-korea>

29. Pérez R. La sensibilidad intercultural como elemento esencial de la competencia cultural en estudiantes de enfermería [Base de datos en línea] México: Universidad Autónoma de México; 2013 [acceso 10 de octubre de 2020]. Disponible en:

<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/980047/perez-rosalba.pdf>

30. Gözümlü S, Tuzcu A y Kirca N. Validity and Reliability of the Turkish Version of the Nurse Cultural Competence Scale. *J Transcult Nurs* [revista en Internet] 2014 [acceso 12 de octubre de

2020]; 27(5): 487-495. Disponible en:

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1043659615582089>

31. Mareno N, Hart P. Cultural Competency Among Nurses with Undergraduate and Graduate Degrees: Implications for Nursing Education. *Nurs Educ Perspect* [revista en Internet] 2014 [acceso 10 de octubre de 2020]; 35(2): 83-88 Disponible en:

[https://www.researchgate.net/publication/262022548\\_Cultural\\_Compentency\\_Among\\_Nurses\\_wit\\_h\\_Undergraduate\\_and\\_Graduate\\_Degrees\\_Implications\\_for\\_Nursing\\_Education](https://www.researchgate.net/publication/262022548_Cultural_Compentency_Among_Nurses_wit_h_Undergraduate_and_Graduate_Degrees_Implications_for_Nursing_Education)

32. Cruz J, Colet P, Bashtawi M, Mesde J, Cruz P. Psychometric evaluation of the Cultural Capacity Scale Arabic version for nursing students. *Rev. Contemp. Nurse* [revista en Internet] 2016 [acceso 10 de octubre de 2020]; 53(1): 13-22. Disponible en:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10376178.2016.1255153>

33. Hwey L, Kuang W, Chang H, Ying W, Yong C. Evaluation of nursing students' perceptions of their cultural care competency: A mixed method study in Taiwan. *Nurse Educ. Pract.* [revista en Internet] 2019 [acceso 10 de octubre de 2020]; 41(2): 1-6. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471595318303482>

34. Jeong C, Soo K. Effects of cultural education and cultural experiences on the cultural competence among undergraduate nursing students. *Nurse Educ. Pract* [revista en Internet] 2018 [Consultado Oct 10]; 29(1): 159-162. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S147159531630227X>

35. Chen H, Jensen F, Measom G, Bennett S. Factors Influencing the Development of Cultural Competence in Undergraduate Nursing Students. *J Nurs Educ* [revista en Internet] 2018 [acceso

10 de octubre de 2020]; 57(1): 40-43. Disponible en:

[https://www.researchgate.net/publication/322814471\\_Factors\\_Influencing\\_the\\_Development\\_of\\_Cultural\\_Competence\\_in\\_Undergraduate\\_Nursing\\_Students](https://www.researchgate.net/publication/322814471_Factors_Influencing_the_Development_of_Cultural_Competence_in_Undergraduate_Nursing_Students)

36. Cruz JP, Machuca Contreras FA, Ortiz López JE, Zapata Aqueveque CA y Vitorino ML.

Psychometric assessment of the cultural capacity scale Spanish version in Chilean nursing students. *Int Nurs Rev* [revista en Internet] 2018 [acceso 10 de septiembre de 2020]; 65(2): 262-269. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/inr.12388>

37. Murguía A. Durkheim y la cultura. Una lectura contemporánea. *Revisoci* [revista en Internet] 2002 [acceso 12 de julio de 2021]; 17(50): 83-102 Disponible en:

<https://www.redalyc.org/pdf/3050/305026563004.pdf>

38. Abeillé CA. Un análisis de sociología de la cultura: Manchester sound, factory records and joy división [Base de datos en línea] Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2015

[acceso 30 de junio de 2021]. Disponible en:

<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/288221/caa1de1.pdf>

39. Ron J. Sobre el concepto de cultura. [Base de datos en línea]. Quito, Ecuador: IADAP; 1977

[acceso 8 de noviembre de 2020]. Disponible en:

<https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/48111.pdf>

40. Geertz C. La interpretación de las culturas. [Base de datos en línea] Barcelona: Gedisa; 1988

[acceso 7 de noviembre de 2020]. Disponible en:

<https://antroporecursos.files.wordpress.com/2009/03/geertz-c-1973-la-interpretacion-de-las-culturas.pdf>

41. Giger J, Haddad L. Transcultural Nursing Assessment and Intervention. [Base de datos en línea] Los Angeles: Elsevier; 1991 [acceso 4 de noviembre de 2020]. Disponible en: [https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=odLVDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&ots=iyu-m47jbE&sig=bY59prmgyKKxBJUgk7gbtIVl3Cs&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=odLVDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&ots=iyu-m47jbE&sig=bY59prmgyKKxBJUgk7gbtIVl3Cs&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
42. Harris M. Teorías sobre la cultura en la era posmoderna. [Base de datos en línea] Barcelona: Crítica; 2000 [acceso 7 de noviembre de 2020]. Disponible en: [http://www.proarhep.com.ar/wp-content/uploads/Harris\\_Teor%C3%ADas-sobre-la-cultura-en-la-era-posmoderna\\_1989.pdf](http://www.proarhep.com.ar/wp-content/uploads/Harris_Teor%C3%ADas-sobre-la-cultura-en-la-era-posmoderna_1989.pdf)
43. Lipson J. Cultura y Cuidados de Enfermería. Index Enferm [revista en Internet] 2000 [acceso 7 de noviembre de 2020]; 28(29):19-25. Disponible en: [http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29\\_articulo\\_19-25.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_19-25.php)
44. Gómez E. Introducción a la antropología social y cultural [Base de datos en línea] [acceso 8 de noviembre de 2020]. Disponible en: [https://ocw.unican.es/pluginfile.php/2206/mod\\_resource/content/1/Tema2-antropologia.pdf](https://ocw.unican.es/pluginfile.php/2206/mod_resource/content/1/Tema2-antropologia.pdf)
45. Academia. La cultura y el proceso de socialización [Base de datos en línea] [acceso 8 de noviembre de 2020]. Disponible en: [https://www.academia.edu/4770470/tema\\_4\\_la\\_cultura\\_y\\_el\\_proceso\\_de\\_socializaci%c3%93n](https://www.academia.edu/4770470/tema_4_la_cultura_y_el_proceso_de_socializaci%c3%93n)
46. Osorio M, López A. Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. Rev. Index Enferm [revista en Internet] 2008 [acceso 4 de noviembre de 2020]; 17(4): 266-270. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962008000400010](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400010)

47. Cross T, Bazron B, Dennis K, Isaacs M. Towards a culturally competent system of care. A monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed [Base de datos en línea] Washington: Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Georgetown; 1989 [acceso 4 de noviembre de 2020]. Disponible en:  
<https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED330171.pdf>
48. Martínez MF, Martínez J, Calzado V. La Competencia Cultural como referente de la Diversidad Humana en la Prestación de Servicios y la Intervención Social. *Rev. Interv Psicosoc* [revista en Internet] 2006 [acceso 4 de noviembre de 2020]; 15(3): 331-350. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592006000300007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592006000300007)
49. Purnell D. El modelo de competencia cultural de Purnell: descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación. *Cult. Cuid* [revista en Internet] 1999 [acceso 10 de octubre de 2020]; 4(6): 91-102. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/5157>
50. Suh E. The model of cultural competence through an evolutionary concept analysis. *Rev. J. Transcult. Nurs* [revista en Internet] 2004 [acceso 4 de noviembre de 2020]; 15(2): 93-102. Disponible: <https://journals-sagepub-com.ezproxy.unbosque.edu.co/doi/10.1177/1043659603262488#articleCitationDownloadContainer>
51. Universidad Francisco de Paula Santander. Proyecto Educativo Institucional sede central y seccional Ocaña [Base de datos en línea] [acceso 30 de junio de 2021]. Disponible en:  
<https://ww2.ufps.edu.co/universidad/informacion-institucional/1047>

52. Universidad Francisco de Paula Santander. Proyecto Educativo Programa de Enfermería [Base de datos en línea] [acceso 2 de noviembre de 2020]. Disponible en:

<https://ww2.ufps.edu.co/oferta-academica/enfermeria/1732>

53. Congreso de la República de Colombia. Ley 115 de 1994, febrero 8, por la cual se expide la ley general de educación [Base de datos en línea] Bogotá: El Congreso; 1994 [acceso 30 de junio de 2021]. Disponible en: [https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85906\\_archivo\\_pdf.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85906_archivo_pdf.pdf)

54. Ministerio de Salud. Ley 266 de 1996, enero 25, por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones [Base de datos en línea] Bogotá: El Ministerio; 1996 [acceso 2 de noviembre de 2020]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-266-de-1996.pdf>

55. Ministerio de Salud. Ley 911 de 2004, octubre 5, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones [Base de datos en línea]. Bogotá: El Ministerio; 2004 [acceso 2 de noviembre de 2020].

Disponible en: [https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034\\_archivo\\_pdf.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf)

56. Ministerio de Salud. Ley 1164 de 2007, octubre 03, por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud [Base de datos en línea] Santa Fe de Bogotá: El ministerio; 2007 [acceso 2 de noviembre de 2020]. Disponible en:

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf)

57. Ministerio de Salud. Ley 1438 de 2011, enero 19, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones [Base de datos en línea] Bogotá: El Ministerio; 2011 [acceso 2 de noviembre de 2020]. Disponible en:  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf)
58. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Ley 1751 de 2015, febrero 16, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones [Base de datos en línea] Bogotá: El Ministerio; 2015 [acceso 2 de noviembre de 2020]. Disponible en:  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)
59. Pita S. Tipos de estudios clínico epidemiológicos [Base de datos en línea] 2020 [acceso 15 de noviembre de 2020]. Disponible en:  
[https://www.fisterra.com/gestor/upload/guias/6tipos\\_estudios2.pdf](https://www.fisterra.com/gestor/upload/guias/6tipos_estudios2.pdf)
60. Rodríguez M, Pérez M. Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa. Rev. Enferm Univ [revista en Internet] 2007 [acceso 15 de noviembre de 2020]; 4(1): 35-38.  
Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3587/358741821004.pdf>
61. Rabines AO. Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescentes escolarizados [Base de datos en línea] [acceso 19 de noviembre de 2020]. Disponible en:  
[https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/Rabines\\_J\\_A/CAP%C3%8DTULO1-introduccion.pdf](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/Rabines_J_A/CAP%C3%8DTULO1-introduccion.pdf)
62. González S, González A, López NI, Valdez JL. Significado psicológico de sexo, sexualidad, hombre y mujer en estudiantes universitarios. Rev. CNEIP [revista en Internet] 2016 [acceso 15 de noviembre de 2020]; 21(3): 274-281. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/pdf/292/29248182007.pdf>

63. Sindicato Médico del Uruguay. Prevalencia de parasitosis intestinales en población infantil de capilla del sauce (Departamento de Florida) [Base de datos en línea] [acceso 15 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.smu.org.uy/cartelera/socio-cultural/prevalen.pdf>

64. Ecuador Legal Online [Base de datos en línea] Ecuador: Copyright; 2008 [acceso 19 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://www.ecuadorlegalonline.com/consultas/registro-civil/consultar-estado-civil/>

65. Ministerio de Educación Nacional. Sistema Nacional de Información de la Educación Superior – SNIES. Glosario [Base de datos en línea] Bogotá: El Ministerio; 2019 [acceso 15 de noviembre de 2020]. Disponible en:

[https://www.mineduccion.gov.co/sistemasdeinformacion/1735/articles-213912\\_glosario.pdf](https://www.mineduccion.gov.co/sistemasdeinformacion/1735/articles-213912_glosario.pdf)

66. Perng S, Watson R. Construct validation of the Nurse Cultural Competence Scale: a hierarchy of abilities. *J Clin Nurs* [revista en Internet] 2012 [acceso 10 de septiembre de 2020]; 21(11-12): 1678-1684. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2011.03933.x>

67. Acequadro C, Conway K, Hareedran A, Aaronson N. Literature Review of Methods to Translate Health-Related Quality of Life Questionnaires for Use in Multinational Clinical Trials. *Rev. Value Health* [revista en Internet] 2008 [acceso 8 de febrero de 2021]; 11(3): 509-521. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18179659/>

68. Peláez I, Santos A, Angarita I, Rueda JC, Ballesteros JG, Giraldo R, et al. Cross-cultural adaptation of the Community Oriented Program for the Control of Rheumatic Diseases

(COPCORD) in a Colombian population. Rev. Colomb. Reumatol [revista en Internet] 2019 [acceso 8 de febrero de 2021]; 26(2): 88-96. Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-81232019000200088&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-81232019000200088&script=sci_arttext&tlng=en)

69. Aguilar LA, Castellanos MY. Adaptación Lingüístico-Cultural de una Escala Argentina de Perfeccionismo Infantil al Contexto Venezolano. Rev. Rema [revista en Internet] 2016 [acceso 8 de febrero de 2021]; 21(2): 1-32. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5608264>

70. Ramada J, Serra C, Delclós G. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. Rev. Salud Publica Mex [revista en Internet] 2013 [Consultado Nov 23]; 55(1):57-66. Disponible en:

<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55n1/v55n1a09.pdf>

71. Díaz L, Muñoz A, De Vargas D. Confiabilidad y validez del cuestionario de espiritualidad de Parsian y Dunning en versión española. Rev. Latino-Am. Enfermagem [revista en Internet] 2012 [acceso 23 de noviembre de 2020]; 20(3):1-8. Disponible en:

[https://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es\\_a18v20n3.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a18v20n3.pdf)

72. Luján JA, Cardona JA. Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas. Rev. MedPub Journals [revista en Internet] 2015 [acceso 23 de noviembre de 2020]; 11(31): 1-10. Disponible en:

<https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/construccin-y-validacin-de-escalasde-medicin-en-salud-revisin-depropiedades-psicomtricas.pdf>

73. Urrutia M, Barrios S, Gutiérrez M, Mayorga M. Métodos óptimos para determinar validez de contenido. *Rev. Educ Medic. Super* [revista en Internet] 2014 [acceso 23 de noviembre de 2020]; 28 (3): 547-558. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v28n3/ems14314.pdf>
74. Pedrosa I, Suárez J, García E. Evidencias sobre la Validez de Contenido: Avances teóricos y métodos para su estimación. *Rev. Acción Psicol* [revista en Internet] 2014 [acceso 8 de agosto de 2021]; 10(2): 3-20. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/acp/v10n2/02monografico2.pdf>
75. Diaz AM, Lopez GP, Morales NA. Validación de contenido por jueces de dos tareas computarizadas de control cognitivo. [Base de datos en línea] Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Psicología; 2020 [acceso 12 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/50190>
76. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2014.
77. Tabares EJ, Hernández B. Reproducibilidad y validez de la escala de calidad percibida SERVQUAL en donantes de campañas extramurales de un banco de sangre de Medellín, 2019 [tesis de grado] Medellín, Colombia: Universidad CES; 2019.
78. Rodríguez J, Reguant M. Calcular la fiabilidad de un cuestionario o escala mediante el SPSS. *REIRE* [revista en Internet] 2020 [acceso 14 de agosto de 2021]; 13(2): 1-13. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7672166>
79. Maese JD, Alvarado A, Valles DJ, Báez DA. Coeficiente alfa de Cronbach para medir la fiabilidad de un cuestionario difuso. *Rev Culcyt* [Base de datos en línea] 2016 [acceso 14 de agosto de 2021]; 59(1):146-156 Disponible en:

<http://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/culcyt/article/view/1455/1283>

80. Hernández LV. Diseño y aplicación de un modelo de medición de satisfacción laboral para teletrabajadores en Colombia. Caso entidad de Salud [tesis de grado] Bogotá Colombia: Universidad Externado de Colombia; 2019.

81. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios Éticos para las investigaciones Médicas en Seres Humanos [Base de datos en línea] 2017 [acceso 15 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

82. Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento. El Informe Belmont. Principios Éticos y Directrices para la Protección de sujetos humanos de investigación [Base de datos en línea] 1979 [acceso 15 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>

83. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, octubre 4, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [Base de datos en línea] Bogotá: El Ministerio; 1993 [acceso 15 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

84. Dunagan PB, Kimble LP, Sweat Gunby S, Andrews AM, Attitudes of Prejudice as a Predictor of Cultural Competence Among Baccalaureate Nursing Students. *J Nurs Educ* [revista en Internet] 2014 [acceso 21 de agosto de 2021]; 53(6): 320–328. Disponible en: <https://journals.healio.com/doi/10.3928/01484834-20140521-13>

**Anexos**

**Anexo 1. Escala de Competencia Cultural versión en español (CCS-S)****I. Caracterización sociodemográfica****A. Sexo:**

- Masculino  
 Femenino

**B. Edad:** \_\_\_\_\_ años**C. Semestre**

- Cuarto (IV)  
 Quinto (V)  
 Sexto (VI)  
 Séptimo (VII)  
 Octavo (VIII)

**D. Estado civil**

- Soltero (a)  
 Casado (a)  
 Unión libre  
 Separado (a)  
 Viudo (a)

**II. Experiencia cultural**

**E.** Duración de las experiencias clínicas que ha sido expuesto en hospital/comunidad:  
\_\_\_\_\_ (meses)

**F.** ¿Tiene formación previa en diversidad?

- Si  
 No

**G.** En los últimos 12 meses ¿Ha realizado cuidados a pacientes de otra raza o grupo étnico?

- Si; Por favor especificar: \_\_\_\_\_  
 No

**H.** ¿Usted vive en un entorno con personas con diversa raza u origen étnico?

- Si
- No

**I.** En los últimos 12 meses ¿Cuál de los siguientes grupos especiales de población se han encontrado entre sus clientes y sus familias o dentro del entorno de la atención de la salud o lugar de trabajo? Marque con una 'X' todos los que correspondan.

- Mental o emocionalmente enfermos
- Imposibilitado físicamente/Discapacitado
- En situación de Calle
- Abusador de sustancias/Alcohólico
- Gay, lesbiana, bisexual, o Transgenero
- Diferentes religiones o contextos espirituales
- Ninguno

### **III. Escala de competencia cultural**

Por favor, lea cuidadosamente cada frase y responda colocando una "X" en la casilla que usted considere que le corresponde. No hay respuesta correcta o incorrecta.

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

Nº	¿En qué medida está de acuerdo con lo siguiente?	1	2	3	4	5
1	Puedo enseñar y guiar a otros compañeros acerca de las diferencias y similitudes de las diversas culturas.					
2	Puedo enseñar y guiar a otros compañeros sobre la planificación de las intervenciones de enfermería para los pacientes de diversos bagajes culturales.					
3	Puedo usar ejemplos para ilustrar habilidades de comunicación con pacientes de diversos bagajes culturales.					
4	Puedo enseñar y guiar a otros compañeros acerca de las habilidades de comunicación para pacientes de diversos bagajes culturales.					
5	Puedo explicar las influencias de los factores culturales en las creencias y/o comportamientos hacia la salud-enfermedad a los pacientes de diversos grupos étnicos.					
6	La recopilación de información sobre las creencias y/o comportamientos de cada paciente acerca de su salud-enfermedad se me hace muy fácil.					
7	Puedo enseñar y guiar a otros compañeros sobre el conocimiento cultural de la salud y la enfermedad.					
8	Puedo enseñar y guiar a otros compañeros para que muestren un comportamiento adecuado, cuando se realizan los cuidados de enfermería para pacientes de diversos grupos culturales.					
9	Estoy familiarizado con teoría o conocimiento cultural relacionado con la salud y enfermedad.					
10	Puedo explicar la influencia de la cultura en las creencias y/o comportamiento de un paciente acerca de su salud-enfermedad.					
11	Puedo hacer una lista de los métodos o formas de recogida de información relacionada con la salud, la enfermedad y la cultura.					
12	Puedo comparar las creencias de salud o enfermedad entre los pacientes con diversos bagajes culturales.					
13	Puedo identificar fácilmente las necesidades de atención de pacientes de diversos bagajes culturales.					
14	En la aplicación de actividades de enfermería, puedo cumplir con las necesidades de los pacientes de diversos bagajes culturales.					
15	Puedo explicar las posibles relaciones entre las creencias de salud-enfermedad y la cultura de los pacientes.					
16	Puedo establecer objetivos de enfermería según los antecedentes culturales de cada paciente.					
17	Por lo general me esfuerzo activamente para entender las creencias de los diferentes grupos culturales.					
18	Cuando cuido de pacientes de diferentes bagajes culturales, mis respuestas de comportamiento por lo general no difieren mucho de las normas culturales del paciente.					
19	Puedo utilizar habilidades de comunicación con pacientes de diferentes bagajes culturales.					
20	Por lo general discuto con los pacientes las diferencias entre sus creencias y/o comportamientos de salud y los conocimientos de enfermería.					

## Anexo 2. Aval comité curricular programa de enfermería UFPS

The screenshot shows a Gmail interface with a browser window at the top. The address bar shows a Gmail inbox URL. The Gmail header includes the search bar and navigation icons. On the left, the sidebar shows folders like 'Correo', 'Recibidos' (67), 'Destacados', 'Pospuestos', 'Enviados', 'Borradores' (52), and '- PROYECTO DE GRADO'. The main content area displays an email with the following text:

Estudiantes  
 MARÍA NATALIA UREÑA PARRA  
 FRANCY LIZETH SEQUEDA VILLARRAGA  
 Programa de Enfermería  
 UFPS

Atento Saludo.

En Comité Curricular realizado el 14 de abril de 2021 como consta en el acta No. 03, se analizaron las observaciones realizadas al anteproyecto de Grado titulado "Nivel de competencia cultural en estudiantes de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander en el segundo semestre de 2021.". Dirigido por la docente Martha Ligia Velandia Galvis y Gloria Esperanza Zambrano Plata.

El comité Curricular aprueba la metodología del Proyecto, para su ejecución deben tener la aprobación del Comité de Ética (Anexo formatos de entrega)

Se anexa el documento con algunos comentarios para su ajuste.

Atentamente.  
**PROGRAMA DE ENFERMERIA**  
 Universidad Francisco de Paula Santander

The right sidebar of the Gmail interface shows various communication and utility icons, including a calendar, a search icon, and social media links.

### Anexo 3. Permiso uso de instrumento

Solicitud permiso uso de instrum x Meet - hwr-mpj-wne x | +

mail.google.com/mail/u/0/#label/-+PROYECTO+DE+GRADO/QgrcJHrtstxkKnkHCjrIFpwWFBNHfpWPQv

Aplificaciones Gmail Out Div INS 4.0 YouTube What Uvirtual II ROTACION PLADEX IPT NNNConsult Canva Lucid Lista de lectura

Gmail label:--proyecto-de-grado Activo Universidad Francisco de Paula Santander N

Redactar

Correo

- Recibidos 68
- Destacados
- Pospuestos
- Enviados
- Borradores 52
- PROYECTO DE GRADO**
- Chatear +
- Espacios +
- Reunión
  - Nueva reunión
  - Mis reuniones

40 de 41

F Felipe Aliro Machuca Contreras <felipe.machuca@uautonoma.cl> para cruzjpc@su.edu.sa, mí

Estimada Maria Natalia:

Junto con saludar, adjunto lo solicitado. El instrumento es de libre uso y solo debe ser citado correctamente para su utilización.

Adjunto el instrumento en la versión en español y el artículo original de Perng donde pueden revisar las dimensiones que mide, nosotros en el proyecto lo utilizamos como un instrumento único.

Si necesita alguna autorización formal me avisa y les puedo redactar una.

Del mismo modo, siéntase libre de consultar por esta vía lo que necesite. Quedo a su disposición.

Les adjunto el instrumento en Word, los artículos de validación y el multicéntrico que fue parte del proyecto. Además, del original de Perng

4 archivos adjuntos



VARIABLE	SUBVARIABLE	NO.	ÍTEM Y ESCALA	ADAPTACIÓN CULTURAL					
				A	B		C		D
				NO REQUIERE NINGÚN CAMBIO	REQUIERE CAMBIO SINTÁCTICO	SUGERENCIA	REQUIERE CAMBIO SEMÁNTICO O CULTURAL	SUGERENCIA	NO ADECUADO, BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA, PARA EL CONTEXTO COLOMBIANO.
			conocimiento cultural de la salud y la enfermedad. 1= <b>Totalmente en desacuerdo</b> , 2= <b>En desacuerdo</b> , 3= <b>Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</b> , 4= <b>De acuerdo</b> , 5= <b>Totalmente de acuerdo</b> .						
		HC08	Puedo enseñar y guiar a otros compañeros para que muestren un comportamiento adecuado, cuando se realizan los cuidados de enfermería para pacientes de diversos grupos culturales. 1= <b>Totalmente en desacuerdo</b> , 2= <b>En desacuerdo</b> , 3= <b>Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</b> , 4= <b>De acuerdo</b> , 5= <b>Totalmente de acuerdo</b> .						
		HC10	Puedo explicar la influencia de la cultura en las creencias y/o comportamiento de un paciente acerca de su salud-enfermedad. 1= <b>Totalmente en desacuerdo</b> , 2= <b>En desacuerdo</b> , 3= <b>Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</b> , 4= <b>De acuerdo</b> , 5= <b>Totalmente de acuerdo</b> .						
		HC14	En la aplicación de actividades de enfermería, puedo cumplir con las necesidades de los pacientes de diversos bagajes culturales. 1= <b>Totalmente en desacuerdo</b> , 2= <b>En desacuerdo</b> , 3= <b>Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</b> , 4= <b>De acuerdo</b> , 5= <b>Totalmente de acuerdo</b> .						
		HC16	Puedo establecer objetivos de enfermería según los antecedentes culturales de cada paciente. 1= <b>Totalmente en desacuerdo</b> , 2= <b>En desacuerdo</b> , 3= <b>Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</b> , 4= <b>De acuerdo</b> , 5= <b>Totalmente de acuerdo</b> .						
		HC18	Cuando cuido de pacientes de diferentes bagajes culturales, mis respuestas de comportamiento por lo general no difieren mucho de las normas culturales del paciente. 1= <b>Totalmente en desacuerdo</b> , 2= <b>En desacuerdo</b> , 3= <b>Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</b> , 4= <b>De acuerdo</b> , 5= <b>Totalmente de acuerdo</b> .						

VARIABLE	SUBVARIABLE	NO.	ÍTEM Y ESCALA	ADAPTACIÓN CULTURAL					
				A	B		C		D
				NO REQUIERE NINGÚN CAMBIO	REQUIERE CAMBIO SINTÁCTICO	SUGERENCIA	REQUIERE CAMBIO SEMÁNTICO O CULTURAL	SUGERENCIA	NO ADECUADO, BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA, PARA EL CONTEXTO COLOMBIANO.
		HC19	Puedo utilizar habilidades de comunicación con pacientes de diferentes bagajes culturales. 1= Totalmente en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3= Ni de acuerdo, ni en desacuerdo, 4= De acuerdo, 5= Totalmente de acuerdo.						
				A	B		C		D
	CONOCIMIENTO CULTURAL	CC03	Puedo usar ejemplos para ilustrar habilidades de comunicación con pacientes de diversos bagajes culturales. 1= Totalmente en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3= Ni de acuerdo, ni en desacuerdo, 4= De acuerdo, 5= Totalmente de acuerdo.						
		CC09	Estoy familiarizado con teoría o conocimiento cultural relacionado con la salud y enfermedad. 1= Totalmente en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3= Ni de acuerdo, ni en desacuerdo, 4= De acuerdo, 5= Totalmente de acuerdo.						
		CC11	Puedo hacer una lista de los métodos o formas de recogida de información relacionada con la salud, la enfermedad y la cultura. 1= Totalmente en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3= Ni de acuerdo, ni en desacuerdo, 4= De acuerdo, 5= Totalmente de acuerdo.						
		CC12	Puedo comparar las creencias de salud o enfermedad entre los pacientes con diversos bagajes culturales. 1= Totalmente en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3= Ni de acuerdo, ni en desacuerdo, 4= De acuerdo, 5= Totalmente de acuerdo.						
		CC13	Puedo identificar fácilmente las necesidades de						

VARIABLE	SUBVARIABLE	NO.	ÍTEM Y ESCALA	ADAPTACIÓN CULTURAL					
				A	B		C		D
				NO REQUIERE NINGÚN CAMBIO	REQUIERE CAMBIO SINTÁCTICO	SUGERENCIA	REQUIERE CAMBIO SEMÁNTICO O CULTURAL	SUGERENCIA	NO ADECUADO, BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA, PARA EL CONTEXTO COLOMBIANO.
			atención de pacientes de diversos bagajes culturales. 1= Totalmente en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3= Ni de acuerdo, ni en desacuerdo, 4= De acuerdo, 5= Totalmente de acuerdo.						
		CC15	Puedo explicar las posibles relaciones entre las creencias de salud-enfermedad y la cultura de los pacientes. 1= Totalmente en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3= Ni de acuerdo, ni en desacuerdo, 4= De acuerdo, 5= Totalmente de acuerdo.						
				A	B	C	C	D	
	SENSIBILIDAD CULTURAL	SC17	Por lo general me esfuerzo activamente para entender las creencias de los diferentes grupos culturales. 1= Totalmente en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3= Ni de acuerdo, ni en desacuerdo, 4= De acuerdo, 5= Totalmente de acuerdo.						
		SC20	Por lo general discuto con los pacientes las diferencias entre sus creencias y/o comportamientos de salud y los conocimientos de enfermería. 1= Totalmente en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3= Ni de acuerdo, ni en desacuerdo, 4= De acuerdo, 5= Totalmente de acuerdo.						

### Anexo 5. Resultados de la adaptación cultural por expertos

No	ÍTEMS	Exp. No.1				Exp. No.2				Exp. No.3				Exp. No.4				A		B		C		D	
		A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	f	%	f	%	f	%	f	%
1	Puedo enseñar y guiar a otros compañeros acerca de las diferencias y similitudes de las diversas culturas.	x				x				x				x				4	100						
2	Puedo enseñar y guiar a otros compañeros sobre la planificación de las intervenciones de enfermería para los pacientes de diversos bagajes culturales.	x				x				x					x			3	75	1	25				
4	Puedo enseñar y guiar a otros compañeros acerca de las habilidades de comunicación para pacientes de diversos bagajes culturales.	x				x				x					x			3	75	1	25				
5	Puedo explicar las influencias de los factores culturales en las creencias y/o comportamientos hacia la salud-enfermedad a los pacientes de diversos grupos étnicos.	x				x				x				x				4	100						
6	La recopilación de información sobre las creencias y/o comportamientos de cada paciente acerca de su salud-enfermedad se me hace muy fácil.	x				x				x					x			3	75	1	25				
7	Puedo enseñar y guiar a otros compañeros sobre el conocimiento cultural de la salud y la enfermedad.	x				x				x				x				4	100						
8	Puedo enseñar y guiar a otros compañeros para que muestren un comportamiento adecuado, cuando se realizan los cuidados de enfermería para pacientes de diversos grupos culturales.	x				x				x				x				4	100						
10	Puedo explicar la influencia de la cultura en las creencias y/o comportamiento de un paciente acerca de su salud-enfermedad.	x				x				x					x			3	75	1	25				
14	En la aplicación de actividades de enfermería, puedo cumplir con las necesidades de los pacientes de diversos bagajes culturales.	x				x				x					x			3	75	1	25				
16	Puedo establecer objetivos de enfermería según los antecedentes culturales de cada paciente.	x				x				x					x			3	75	1	25				
18	Cuando cuido de pacientes de diferentes bagajes culturales, mis respuestas de comportamiento por lo general no difieren mucho de las normas culturales del paciente.	x				x						x			x			2	50	1	25	1	25		
19	Puedo utilizar habilidades de comunicación con pacientes de diferentes bagajes culturales.	x				x				x					x			3	75	1	25				
3	Puedo usar ejemplos para ilustrar habilidades de comunicación con pacientes de diversos bagajes culturales.	x				x				x						x		3	75			1	25		
9	Estoy familiarizado con teoría o conocimiento cultural relacionado con la salud y enfermedad.	x				x				x				x				4	100						
11	Puedo hacer una lista de los métodos o formas de recogida de información relacionada con la salud,	x				x						x				x		2	50			2	50		

No	ÍTEM	Exp. No.1				Exp. No.2				Exp. No.3				Exp. No.4				A		B		C		D		
		A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	f	%	f	%	f	%	f	%	
	la enfermedad y la cultura.																									
12	Puedo comparar las creencias de salud o enfermedad entre los pacientes con diversos bagajes culturales.	x				x				x					x				3	75	1	25				
13	Puedo identificar fácilmente las necesidades de atención de pacientes de diversos bagajes culturales.	x				x				x					x				3	75	1	25				
15	Puedo explicar las posibles relaciones entre las creencias de salud-enfermedad y la cultura de los pacientes.	x				x				x					x				4	100						
17	Por lo general me esfuerzo activamente para entender las creencias de los diferentes grupos culturales.	x				x				x					x				4	100						
20	Por lo general discuto con los pacientes las diferencias entre sus creencias y/o comportamientos de salud y los conocimientos de enfermería.	x				x				x					x				4	100						









### Anexo 7. Resultados de la validez facial y de contenido

Ítem	Expertos							$Sx_i$	$Mx$	$CVC_i$	$Pe_i$	$CVC_{tc}$
	1	2	3	4	5	6	7					
<b>1</b>	12	11	11	12	12	11	10	79	6,58	0,94	0,0000012	0,94
<b>2</b>	9	8	12	12	10	11	10	72	6,00	0,86	0,0000012	0,86
<b>3</b>	11	12	12	11	11	11	8	76	6,33	0,90	0,0000012	0,90
<b>4</b>	9	9	12	9	10	11	10	70	5,83	0,83	0,0000012	0,83
<b>5</b>	9	6	11	12	9	10	12	69	5,75	0,82	0,0000012	0,82
<b>6</b>	12	9	12	12	12	12	10	79	6,58	0,94	0,0000012	0,94
<b>7</b>	11	9	12	12	9	12	9	74	6,17	0,88	0,0000012	0,88
<b>8</b>	11	8	12	12	9	11	11	74	6,17	0,88	0,0000012	0,88
<b>9</b>	12	8	11	12	11	12	12	78	6,50	0,93	0,0000012	0,93
<b>10</b>	12	8	11	12	9	12	11	75	6,25	0,89	0,0000012	0,89
<b>11</b>	12	10	9	11	8	12	9	71	5,92	0,85	0,0000012	0,85
<b>12</b>	12	9	12	12	12	11	12	80	6,67	0,95	0,0000012	0,95
<b>13</b>	12	12	12	12	12	11	10	81	6,75	0,96	0,0000012	0,96
<b>14</b>	9	8	12	9	9	11	11	69	5,75	0,82	0,0000012	0,82
<b>15</b>	12	8	12	12	12	12	12	80	6,67	0,95	0,0000012	0,95
<b>16</b>	10	12	12	12	12	12	11	81	6,75	0,96	0,0000012	0,96
<b>17</b>	12	12	12	12	12	12	12	84	7,00	1,00	0,0000012	1,00
<b>18</b>	10	12	12	12	9	11	7	73	6,08	0,87	0,0000012	0,87
<b>19</b>	9	11	12	9	12	11	9	73	6,08	0,87	0,0000012	0,87
<b>20</b>	11	6	12	12	12	12	11	76	6,33	0,90	0,0000012	0,90
												<b>0,90</b>

**Anexo 8. Coeficiente alpha de Cronbach de la CCS-S**

ENCUESTADOS	ITEMS																				SUMA
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
E1	4	4	4	4	4	3	3	4	3	3	3	3	4	4	3	4	4	2	4	2	69
E2	5	5	4	5	5	4	3	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	4	4	92
E3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	5	4	4	5	80
E4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	78
E5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	79
E6	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	79
E7	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	81
E8	4	4	4	4	4	2	4	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	74
E9	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	3	4	4	3	4	3	4	3	73
E10	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	76
E11	4	4	4	2	4	2	4	2	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	73
E12	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	5	4	4	4	78
E13	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	80
E14	4	5	4	4	3	5	5	3	4	4	5	5	3	5	3	5	4	4	5	5	85
E15	5	4	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	66
E16	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	78
E17	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100
<b>VARIANZA</b>	<b>0,26</b>	<b>0,15</b>	<b>0,17</b>	<b>0,35</b>	<b>0,29</b>	<b>0,65</b>	<b>0,29</b>	<b>0,41</b>	<b>0,34</b>	<b>0,29</b>	<b>0,65</b>	<b>0,62</b>	<b>0,38</b>	<b>0,34</b>	<b>0,34</b>	<b>0,29</b>	<b>0,26</b>	<b>0,53</b>	<b>0,17</b>	<b>0,53</b>	
<b>SUMATORIA DE VARIANZAS</b>	<b>7,315</b>																				
<b>VARIANZA DE LA SUMA DE LOS ÍTEMS</b>	<b>60,574</b>																				
<b>ALPHA DE CRONBACH</b>	<b>0,92</b>																				

**Anexo 9. Escala de Competencia Cultural versión en español (CCS-S) validada en****Colombia****I. Caracterización sociodemográfica****1. Sexo:** Masculino Femenino**2. Edad:** \_\_\_\_\_ años**3. Semestre** Tercero (III) Cuarto (IV) Quinto (V) Sexto (VI) Séptimo (VII) Octavo (VIII)**4. Estado civil** Soltero (a) Casado (a) Unión libre Separado (a) Viudo (a)**II. Experiencia cultural**

**5.** Duración de las experiencias clínicas a las que ha sido expuesto en hospital/comunidad:  
\_\_\_\_\_ (meses)

**6.** ¿Tiene formación previa en diversidad cultural?

 Si No

**7.** En los últimos 12 meses ¿Ha realizado cuidados a pacientes de diversas culturas?

 Si; Por favor especificar: \_\_\_\_\_ No

8. ¿Usted vive en un entorno con personas con personas de diversas culturas?

- Si  
 No

9. En los últimos 12 meses ¿Cuál de los siguientes grupos especiales de población se ha encontrado entre sus clientes y sus familias o dentro del entorno de la atención de la salud? Marque con una X todos los que correspondan.

- Mental o emocionalmente enfermos  
 Imposibilitado físicamente/Discapacitado  
 En situación de Calle  
 Abusador de sustancias/Alcohólico  
 Gay, lesbiana, bisexual, o Transgenero  
 Diferentes religiones o contextos espirituales  
 Ninguno

### III. Escala de competencia cultural

Por favor, lea cuidadosamente cada frase y responda colocando una X en la casilla que usted considere que le corresponde. No hay respuesta correcta o incorrecta.

1. Totalmente en desacuerdo  
 2. En desacuerdo  
 3. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo  
 4. De acuerdo  
 5. Totalmente de acuerdo

Nº	¿En qué medida está de acuerdo con lo siguiente?	1	2	3	4	5
1	Puedo enseñar y guiar a otros compañeros acerca de las diferencias y similitudes de las diversas culturas.					
2	Puedo enseñar y guiar a otros compañeros sobre la planificación de las intervenciones de enfermería para los pacientes de diversas culturas.					
3	Puedo usar ejemplos para ilustrar habilidades de comunicación con pacientes de diversas culturas.					
4	Puedo enseñar y guiar a otros compañeros acerca de las habilidades para comunicarse con pacientes de diversas culturas.					
5	Puedo explicar las influencias de los factores culturales en las creencias y/o comportamientos hacia la salud-enfermedad a los pacientes de diversas culturas.					
6	Se me facilita la recolección de información sobre las creencias y/o comportamientos de cada paciente acerca de su salud-enfermedad.					
7	Puedo enseñar y guiar a otros compañeros sobre el conocimiento cultural de la salud y la enfermedad.					
8	Puedo enseñar y guiar a otros compañeros sobre los cuidados de enfermería para pacientes de diversas culturas.					
9	Estoy familiarizado con teoría o conocimiento cultural relacionado con la salud y enfermedad.					

10	Puedo explicar a otros compañeros la influencia de la cultura en las creencias y/o comportamientos de un paciente en su salud-enfermedad.					
11	Puedo hacer una lista de los métodos de recolección de información relacionada con la salud-enfermedad y la cultura.					
12	Puedo comparar las creencias de salud o enfermedad entre los pacientes con diversas culturas.					
13	Puedo identificar fácilmente las necesidades de cuidado de pacientes de diversas culturas.					
14	En la ejecución de actividades de enfermería, puedo satisfacer las necesidades de los pacientes de diversas culturas.					
15	Puedo explicar las posibles relaciones entre las creencias de salud-enfermedad y la cultura de los pacientes.					
16	Puedo establecer objetivos de enfermería según los antecedentes culturales de cada paciente.					
17	Por lo general, me esfuerzo activamente para entender las creencias de los pacientes de diversas culturas.					
18	Cuando cuido a pacientes de diversas culturas, mis respuestas de comportamiento por lo general no difieren mucho de las creencias culturales del paciente.					
19	Puedo utilizar habilidades de comunicación con pacientes de diversas culturas.					
20	Por lo general, dialogo con los pacientes las diferencias entre sus creencias y/o comportamientos de salud y los conocimientos de enfermería.					

## Anexo 10. Aval comité de ética de investigación FCS UFPS

Mail.google.com/mail/u/0/#label/--PROYECTO+DE+GRADO/FMfcgxlstFnZLcXLKrdGBZfFpSqfTp

Aplicaciones Gmail Out Div INS 4.0 YouT What Uvirtual II ROTACION PLADEX IPT NNNConsult Canva Lucid Lista de lectura

Gmail label:--proyecto-de-grado Activo Universidad Francisco de Paula Santander

Redactar

Correo

- Recibidos 67
- Destacados
- Pospuestos
- Enviados
- Borradores 52
- PROYECTO DE GRADO**
- VI SEMESTRE 1
- VII SEMESTRE 1
- Chatear +
- Espacios +
- Reunión
- Nueva reunión
- Mis reuniones

6 de 41

respuesta CEI FACUSALUD - PROYECTO DE GRADO

 **Comité de Ética de Investigación Facultad Ciencias de la Salud UFPS** <coei@ufps.edu.co> vie, 7 may 2021, 11:40

para gloriaesperanzap, mí, francylizethsv, marthaligiavg, Enfermería

Respetados Estudiantes y Docentes  
Cordial saludo

Por medio de la presente remito a usted aval ético, otorgado a uno de los proyectos de investigación presentado por su programa en reunión del comité de ética de la investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud realizado el 23/04/2021.

Anexo Aval y resolución de creación del comité de ética de la facultad, ambos elementos forman parte del proceso, los cuales les serán solicitados por las publicaciones académicas en caso de querer publicar resultados.

**Nota adicional al presente:** El comité de ética, le informa que de acuerdo a los procesos de seguimiento y control establecidos por Min Ciencias, en la Política Nacional de ética, bioética e integridad científica, en un lapso de 6 meses hará seguimiento a su correo, mediante comunicación escrita, para determinar en que fase va su proceso investigativo, para lo cual remitirá una encuesta relacionada con el desarrollo del mismo, desde este momento le invitamos a atender esta solicitud, para cuando les sea enviada.

Sin otro particular se suscribe

**GLORIA OMAIRA BAUTISTA**  
**PRESIDENTA DEL COMITÉ DE ÉTICA**

## Anexo 11. Consentimiento informado

<b>DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL SUJETO DE INVESTIGACIÓN Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>
<b>I. Información general</b>
<p><b>Título:</b> Nivel de competencia cultural en estudiantes de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander en el segundo semestre de 2021.</p> <p><b>Patrocinador/Dirección:</b> Universidad Francisco de Paula Santander-Cúcuta. Ubicación: Facultad Ciencias de la Salud – Bloque A Programa de enfermería Av. Gran Colombia No. 12E-96 Barrio el Colsag</p> <p><b>Investigador principal:</b> Francy Lizeth Sequeda Villarraga. Código: 1801017. Telf. 3223682490 María Natalia Ureña Parra. Código: 1801026. Telf. 3208668858</p> <p><b>Introducción:</b> La presencia de grupos étnicos y las continuas migraciones en Colombia, hacen que este se configure como un país culturalmente diverso (9). Lo anterior, constituye un desafío para los enfermeros, ya que, supone un abordaje distinto de los problemas de salud y de la interacción con los pacientes. Esto, requiere que los profesionales de enfermería, desarrollen competencia cultural, para que puedan responder a las necesidades culturales particulares de cada individuo o comunidad, reduciendo de esta forma, todo tipo de desigualdad en salud. Según estudios nacionales e internacionales se ha evidenciado que los estudiantes de enfermería tienen un rango moderado de competencia cultural, sin embargo, algunos profesionales han manifestado déficit en esta competencia (16, 24). A esto, se suma la ausencia de estudios sobre la problemática en el contexto local, situación que soporta el presente estudio.</p>
<b>II. Información específica (del estudio)</b>
<p><b>Propósito del Estudio:</b> Determinar el nivel de competencia cultural en los estudiantes de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander en el segundo semestre de 2021.</p> <p><b>Duración del Estudio:</b> 12 meses.</p> <p><b>Posibles riesgos y Molestias:</b> La presente investigación se clasifica en la categoría sin riesgo, dado que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas o sociológicas de los individuos (74).</p> <p><b>Posibles beneficios:</b> Usted no recibirá un beneficio directo del presente estudio, pero los resultados podrían conducir a las directivas de las unidades académicas a implementar estrategias relacionadas con la competencia cultural en estudiantes de enfermería de la</p>

Universidad Francisco de Paula Santander.

### III. Derechos de la persona

**Confidencialidad:** Se garantizará la protección de su información personal, la cual no será divulgada ni difundida sin su consentimiento. Los datos que usted proporcionará en las plataformas digitales empleadas en el presente estudio serán manejados exclusivamente por los investigadores. Se protegerá el derecho constitucional de Habeas Data (Protección de datos personales) según lo establecido en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.

**Participación Voluntaria y Retiro:** Su participación en este estudio es totalmente voluntaria y tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento, dejando de participar sin que por ello se creen prejuicios ni represalias.

**Preguntas/Contactos:** Cualquier duda, inquietud o sugerencia contactarse a los correos electrónicos [francylizethsv@ufps.edu.co](mailto:francylizethsv@ufps.edu.co) y [marianataliaup@ufps.edu.co](mailto:marianataliaup@ufps.edu.co).

### IV. Consentimiento para participar

Estudiantes de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander, están elaborando una investigación cuyo objetivo es determinar el nivel de competencia cultural en los estudiantes de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander en el segundo semestre de 2021.

Este cuestionario contiene preguntas sencillas y es anónimo. No existen preguntas correctas o incorrectas, lo importante es que responda a todos los ítems con la mayor sinceridad y veracidad posible. Agradecemos su valiosa participación, ya que, los datos recolectados en este estudio serán de gran utilidad para dar respuesta al objetivo planteado y para la formulación de estrategias relacionadas con la competencia cultural en pro de la comunidad académica de la Facultad Ciencias de la Salud.

Declaro que he recibido información entendible y suficiente, que me permite consentir el diligenciamiento del presente cuestionario, donde los resultados serán utilizados para fines estrictamente académicos y se mantendrá en absoluta confidencialidad.

**AUTORIZO PARTICIPAR EN EL ESTUDIO:** SI \_\_\_ NO \_\_\_

**Firma del participante:** \_\_\_\_\_

**Fecha (día/mes/año):** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



ACTIVIDAD	AÑO 2021																							
	MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO			
	SEMANAS																							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Respuesta del comité curricular del programa de enfermería UFPS.																								
Ajustes del anteproyecto de acuerdo con las recomendaciones del comité curricular.																								
Presentación del anteproyecto al comité de ética en investigación de la Facultad Ciencias de la Salud, UFPS.																								
Otorgamiento del aval del comité de ética.																								
Validación cultural.																								
Adecuación y ajustes al instrumento según criterio de expertos.																								
Proceso de validación facial y de contenido del instrumento por expertos.																								
Respuesta de los expertos.																								
Adecuación y ajustes al instrumento según criterio de expertos.																								



### Anexo 13. Presupuesto

<b>TIPO DE RECURSO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>HORAS</b>	<b>VALOR UNITARIO</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
<b>RECURSOS HUMANOS</b>				
Directora	1	96	\$ 35.000	\$ 3.360.000
Codirectora	1	40	\$ 50.000	\$ 2.000.000
Estudiantes de enfermería UFPS.	2	960	\$ 2.500	\$ 2.400.000
<b>Total</b>				<b>\$ 7.760.000</b>
<b>RECURSOS MATERIALES</b>				
Computadores	2	960	\$ 1.200	\$ 1.152.000
Servicio WIFI	2	600	\$ 1.000	\$ 600.000
Celulares	2	100	\$ 500	\$ 50.000
USB	2		\$ 20.000	\$ 40.000
Lapiceros	2		\$ 1.000	\$ 2.000
Agendas	2		\$ 5.000	\$ 10.000
<b>Total</b>				<b>\$ 1.854.000</b>
<b>TOTAL</b>				<b>\$ 9.614.000</b>