

Simulación como estrategia de desarrollo de competencias culturales en estudiantes del área de la salud

Simulation as a strategy for the development of cultural competences in students from the health area

Lizet Veliz-Rojas¹ <https://orcid.org/0000-0002-8961-1814>

Lidice Zuleta González² <https://orcid.org/0000-0003-4020-9354>

Andrés Bianchetti-Saavedra^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-6607-7380>

¹Universidad Católica del Norte. Coquimbo, Chile.

²Universidad de La Serena. La Serena, Chile.

*Autor para la correspondencia: andres.bianchetti@ucn.cl

RESUMEN

El contexto global actual, pluricultural y dinámico requiere de competencias específicas presentes en los profesionales sanitarios, que deben desplegarse con el fin de construir un vínculo terapéutico culturalmente pertinente. El presente artículo tuvo como objetivo exponer las ventajas de la simulación como estrategia de enseñanza-aprendizaje de competencias culturales en estudiantes del área de la salud, a través de distintas experiencias realizadas en Europa y América del Norte. Se sistematizaron las ventajas y desventajas de la estrategia, y se propusieron las consideraciones necesarias que debían incorporarse en las experiencias de enseñanza-aprendizaje de competencias culturales implementadas en nuevos escenarios y espacios educativos. Los autores reconocen potencialidades en la simulación, que deben tenerse en cuenta para lograr el desarrollo de competencias culturales en los estudiantes del área de la salud que cursan estudios superiores. Se concluye que la implementación y adaptación de procesos de simulación en competencias culturales requieren de revisiones extensas de la literatura, junto con contar con equipos interdisciplinarios y

disponer de docentes capacitados en la estrategia de enseñanza y aprendizaje particular, que permitan ejecutar tales procesos de manera exitosa.

Palabras clave: simulación; competencia cultural; estudiantes del área de la salud.

ABSTRACT

The current, multicultural and dynamic global context requires specific competences in health professionals, which must be deployed in order to build a culturally relevant therapeutic link. The objective of this article was to present the advantages of simulation as a teaching-learning strategy concerning cultural competences in students from the health area, through different experiences carried out in Europe and North America. The advantages and disadvantages of the strategy were systematized, and the necessary considerations were proposed that should be incorporated into the teaching-learning experiences of cultural competences implemented in new educational settings and spaces. The authors recognize the potentialities of simulation, which must be taken into account to achieve the development of cultural competences in higher education students from the health area. The implementation and adaptation of simulation processes in cultural competences are concluded to require extensive literature reviews, together with having interdisciplinary teams and having professors trained in that particular teaching and learning strategy, which allow such processes to be executed successfully.

Keywords: simulation; cultural competence; students from the health area.

Recibido: 26/05/2020

Aceptado: 31/05/2021

Introducción

La realidad pluricultural de los contextos en que se ejerce la atención sanitaria exige incorporar modelos integradores que permitan comprenderla para otorgar una atención en salud oportuna, de calidad y pertinente a las comunidades a

quienes se dirigen las acciones sanitarias, al considerar la diversidad cultural existente. En este sentido, resultan necesarios la enseñanza y el aprendizaje de competencias culturales en los estudiantes del área de la salud, que les permitan sustentar la atención y los cuidados a partir de una perspectiva holística.

En el ámbito sanitario, desde la década de los años setenta se recogen en la literatura científica los primeros conceptos y significados sobre una atención culturalmente competente y de competencia cultural. En la década de los ochenta se comienza a reconocer la importancia de la cultura en el proceso salud-enfermedad.⁽¹⁾

Langdon y Wiik⁽²⁾ definen el concepto de cultura como “un conjunto de elementos que median y califican cualquier actividad física o mental que no sea determinada por la biología y que sea compartida por diferentes miembros de un grupo social”; y destacan como elementos constitutivos los valores, los símbolos, las normas y las prácticas. Desde la perspectiva constructivista, el concepto de “cultura” se considera dinámico y en constante evolución, asociado a cambios históricos, políticos y sociales.⁽³⁾

Al considerar lo anterior, se necesita señalar que el contexto de diversidad cultural no se limita solamente a las migraciones y los pueblos originarios, y que puede asumir muchas formas en la sociedad, como la edad, el género, la orientación sexual, el estado socioeconómico, las creencias religiosas, entre otros. Estos pueden generar confusión o choque cultural para muchos profesionales sanitarios, dado que les puede resultar difícil comprender los modos de vida, las creencias y las prácticas en salud de las personas que atienden, por lo que se establecen relaciones verticales dominantes, donde se impone la cultura del cuidado solo desde la perspectiva del profesional sanitario.

La competencia cultural en los profesionales de la salud se propone como una solución para reducir las desigualdades en salud, favorecer la equidad, promover la justicia social y proporcionar una atención de alta calidad para todas las personas y comunidades.⁽⁴⁾

La literatura ha señalado múltiples beneficios del despliegue de competencias culturales en los profesionales sanitarios, tales como: un mayor número de pacientes que buscan tratamiento; tasas más bajas de morbilidad y mortalidad; mayor adherencia al tratamiento; mayor nivel de confianza con el sistema sanitario; interacción efectiva entre personas y comunidades con los equipos sanitarios; y mayor satisfacción con el cuidado.^(5,6) Al contrario, algunos estudios señalan que la falta de competencia cultural en los profesionales sanitarios perjudica la relación paciente-equipo de salud, y puede dar lugar a resultados

negativos para la salud, como la pérdida de oportunidades de atención, errores en el diagnóstico, reacciones adversas a los medicamentos, entre otros.^(7,8)

La inclusión de las competencias culturales y la comprensión de la diversidad cultural en los currículos de las carreras sanitarias constituyen un desafío para la educación superior y para los docentes. Se ha señalado la importancia de incorporar diversas estrategias para las competencias culturales desde la formación de pregrado, con el propósito de que los futuros profesionales puedan enfrentarse a la sociedad diversa y globalizada.⁽⁹⁾ En general, la enseñanza y el aprendizaje de la competencia cultural en los planes de estudio de la educación profesional de la salud se han centrado en el aprendizaje teórico más que de experiencia.⁽¹⁰⁾

Desde el aprendizaje experiencial, la literatura señala que una de las estrategias utilizadas es la simulación, como una metodología de enseñanza para el desarrollo de las competencias culturales en los estudiantes de pregrado.⁽¹⁰⁾ En el ámbito de la salud se considera una representación controlada de la realidad; es decir, como la experiencia que imita el ambiente real, que requiere de individuos o simuladores para demostrar técnicas o procedimientos, toma de decisiones y pensamiento crítico para proporcionar una atención sanitaria competente y segura a los pacientes.⁽¹¹⁾

De acuerdo con lo expuesto, este artículo tiene como propósito presentar la simulación como una estrategia para desarrollar las competencias culturales en estudiantes de pregrado de las carreras sanitarias. Se presentan cuatro momentos: el primero describe generalidades y conceptualización de la competencia cultural; el segundo señala los elementos generales y metodológicos de la simulación; luego, se exponen algunas experiencias de simulación para las competencias culturales realizada en diversos países; y, por último, se entregan algunas implicancias a tener en cuenta al momento de ejecutar una simulación para las competencias culturales.

Competencias culturales

Actualmente, diversas denominaciones hacen referencia al mismo fenómeno: competencias interculturales, transculturales y culturales.

Por un lado, la perspectiva intercultural señala el carácter existencial de los lazos sociales que necesitan ser re-conceptualizados, debido a la diversidad étnica y cultural de la sociedad actual. Por otro lado, la trasculturalidad constituye el punto

donde la interacción entre diferentes culturas puede trascender no solo sus fronteras, sino también sus intersticios, y dar lugar a un nuevo espacio cultural en común.⁽¹²⁾

Los objetivos y aspectos principales de la competencia intercultural y transcultural derivada de estos términos no son contradictorios, sino que se superponen y pueden complementarse mutuamente. Se ha llegado al consenso de utilizar el término competencias culturales (CC) desde la educación de las profesiones de la salud, como una forma de aunar criterios de los elementos inter- y transculturales.⁽⁹⁾

Esta denominación la utilizaron *Cross* y otros⁽¹³⁾ por primera vez en 1989, como un conjunto de comportamientos, actitudes y políticas de una organización y/o profesional que permitieran trabajar en situaciones interculturales. Según *Reina*,⁽¹⁴⁾ las CC implican relaciones horizontales que permitan al profesional sanitario conocer, comprender y respetar las diferencias culturales, al dejar de lado los estereotipos para adaptar sus intervenciones a las necesidades de las personas o comunidades.

Para *Blanchet* y *Pepin*,⁽³⁾ las CC son un conocimiento complejo, basado en la reflexión crítica, la movilización y la acción, al que el profesional sanitario recurre para proporcionar una atención culturalmente congruente, segura y eficaz a individuos, familias y comunidades que viven experiencias de salud, teniendo en cuenta las dimensiones del cuidado y el contexto social y político. En esta misma línea, señalan que las CC resultan dinámicas, contextuales y evolutivas; por lo tanto, su desarrollo se entiende como un proceso continuo de por vida.

La adquisición de competencias culturales por parte de profesionales de la salud aborda elementos como los siguientes:

- El deseo cultural, que es el interés para conocer otras culturas.
- El conocimiento cultural, que se relaciona con el aprendizaje sobre la otra cultura.
- La conciencia cultural, que se establece una vez que ya se ha conocido la otra cultura.
- Los encuentros culturales, dados por las interacciones de personas de distintas culturas.
- Las habilidades culturales, que son el conjunto de capacidades de respuesta a las necesidades en salud de las personas de otra cultura.⁽¹⁾

De acuerdo con lo anterior, podrían establecerse el deseo y el conocimiento cultural como los cimientos para desarrollar y establecer la atención y los cuidados en salud en el contexto de diversidad cultural. En este sentido, la simulación constituiría una estrategia que ayudaría a alcanzar el deseo y el conocimiento cultural por parte de los estudiantes, incluyendo otras habilidades necesarias para las CC como la empatía, la compasión, la humildad, la apertura, la sensibilidad cultural y la reflexión acerca de sus propios valores culturales como un ejercicio necesario para traspasar estas barreras.⁽⁶⁾

Simulación en la educación de las ciencias de la salud

La simulación clínica se establece como una metodología educativa que incorpora la práctica deliberada con el propósito de alcanzar las competencias deseables en los estudiantes del área de la salud.⁽¹⁵⁾

A pesar de que la simulación clínica implica diferentes estrategias para el desarrollo multidimensional de competencias en los estudiantes, continúa predominando la enseñanza de competencias técnicas. Desde una perspectiva social, la simulación permite ensayar estrategias de enfrentamiento, reflexionar frente a una situación determinada, resolver problemas y aprender a tomar decisiones.⁽¹⁵⁾

Se ha señalado que la simulación es una técnica que reemplaza o amplifica una experiencia real que está a menudo inmersa en lo natural, y que su práctica simulada replica, principalmente, aspectos de ese mundo real, en una forma interactiva.⁽¹¹⁾

Se han descrito diversos tipos de simulación, como los siguientes:

- La simulación híbrida, donde se alterna un simulador con un paciente simulado estandarizado en un escenario.
- La simulación de un caso nuevo, que consiste en tener un caso impredecible en el tiempo y pueden incluirse varios eventos, como una situación clínica o una hospitalización.
- El paciente simulado estandarizado, que son actores reclutados y entrenados para representar el rol de un paciente, de acuerdo con un texto o un escenario clínico determinado.

- La simulación *in situ*, que involucra entrenamiento con alta fidelidad en el lugar clínico real.
- La simulación virtual, donde se generan escenarios clínicos a través de un computador en forma tridimensional.⁽¹¹⁾

Para la implementación de esta metodología se requiere, por un lado, de instructores debidamente capacitados, con uso de un lenguaje común y un desarrollo estandarizado de las prácticas pedagógicas; y, por otro, de estudiantes con un rol activo y que sean protagonistas en la construcción de sus propios conocimientos en contextos lo más similares a los reales.⁽¹¹⁾

El entrenamiento basado en simulación clínica consta de tres etapas principales: introducción, escenario y *debriefing*. En la introducción al contexto de aprendizaje, consiste en explicar al estudiante el entorno clínico y los recursos disponibles, el rol del equipo y sus componentes, el momento en que comienza la actuación, la situación clínica del paciente y qué se espera de ellos, entre otros aspectos. Antes de comenzar los casos clínicos resulta conveniente que el estudiante pueda conocer el simulador y el ambiente de trabajo. Esto puede realizarse mediante el envío de información previa por escrito, durante la actividad a través de una conversación, con un video explicativo o al enseñar donde va a tener lugar el entrenamiento.⁽¹⁶⁾

Con respecto al escenario de simulación, este se debe definir, diseñar y planificar detalladamente para conseguir la máxima veracidad y reproducibilidad posibles, ya que un escenario estandarizado permite que todos los participantes se expongan a la misma experiencia ante igual situación.⁽¹⁷⁾ Un aspecto relevante a considerar en el escenario es la fidelidad, que se define como el grado de aproximación de la simulación a la realidad, independientemente de la complejidad tecnológica demandada. El grado de realismo está condicionado por el entorno, los equipos y la percepción del participante.⁽¹⁸⁾

El diseño de un escenario estandarizado debe considerar la revisión de la literatura sobre antecedentes de la situación o el caso que se establecerá en la simulación, los objetivos formativos, el tipo de participantes, el guion, los actores y sus roles, la duración, los decorados (para crear un escenario que evoque el entorno clínico y lograr el mayor realismo posible), programación del simulador y elementos distractores.⁽¹⁷⁾ En el caso de incluir paciente simulado estandarizado, el actor se debe reclutar y entrenar previo a la inmersión del escenario. Todos estos elementos deben estar interconectados entre sí para garantizar una coherencia en el escenario. El diseño del escenario debe estar destinado a facilitar el *debriefing*, que a su vez debe perseguir la consecución de los objetivos de la simulación.⁽¹⁷⁾

El *debriefing* es un proceso social de reflexión que se genera a través de la conversación, cuyo propósito es construir mejores aprendizajes. Se espera hacer conscientes a los estudiantes de su actuar en el escenario, y reestructurar los modelos mentales desde la reflexión profunda que favorece la mejoría en el desempeño.⁽¹⁹⁾ Se han descrito varias formas de hacer *debriefing*, tales como el modelo con juicio severo, con juicio oculto y con buen juicio. Este último ha resultado el más utilizado en estudiantes de pregrado, por representar una manera respetuosa de buscar las causas de los problemas de desempeño en la simulación, dentro de una conversación reflexiva que se propone construir aprendizaje.⁽¹⁹⁾

A partir de lo anterior, se establece que la simulación puede desafiar al estudiante a ver más allá de sus propios valores, ideales culturales y experiencias vividas, lo que permite reconocer y comprender a la persona que está atendiendo. Si bien resulta complejo enseñar a los estudiantes todas las características culturales de un grupo humano a través de la simulación, esta metodología de enseñanza podría ayudar a los estudiantes a alcanzar el deseo, el conocimiento y la conciencia cultural; además, a desarrollar habilidades de empatía, comunicación y la capacidad de identificar las necesidades a distintas personas, con el fin de entregar un cuidado culturalmente competente.

Simulación en competencias culturales

Enseñar las CC en el aula puede proporcionar conocimientos e información nueva al estudiante; si no se facilita la aplicación de este conocimiento, se dificulta la confianza en otorgar una atención culturalmente competente. Tradicionalmente, la experiencia clínica provee de oportunidades a los estudiantes para establecer relaciones interpersonales y atención directa a los pacientes; sin embargo, la atención de salud a pacientes o comunidades en un contexto de diversidad cultural no está garantizada.⁽²⁰⁾

Existe escasa evidencia del impacto de la educación en CC sobre las conductas o actitudes discriminatorias de los estudiantes o sobre la práctica clínica. Algunos autores han argumentado que se necesita una gama más amplia de técnicas pedagógicas, incluida la simulación, para involucrar a los estudiantes en promulgar una atención culturalmente competente.⁽²¹⁾ A pesar de lo anterior, se afirma que la simulación aumenta la empatía cultural, y mejora la comunicación y la sensibilidad cultural.⁽²¹⁾

Las experiencias en simulación en CC se han enfocado principalmente en dos ámbitos. El primero abarca el desarrollo de entrevistas o la atención directa a través de maniqués y paciente simulado estandarizado, que representan

características culturales distintas al lugar donde se efectúa la formación universitaria, y que en general constituyen grupos étnicos, raciales, minorías sexuales, entre otros. El segundo ámbito busca que el estudiante pueda ponerse en el “lugar del otro” con el propósito de desarrollar la empatía. Al respecto, se presentan algunos estudios interesantes desarrollados en simulación en CC en estudiantes de pregrado.

En Estados Unidos, Ozaka desarrolló una estrategia con paciente simulado estandarizado en diversidad cultural (*Diverse Standardized Patient Simulation; DSPS*) basada en el modelo de confianza y CC de Jeffreys, centrado en la autoeficacia transcultural. Previo a la simulación, los participantes tenían que haber realizado el programa médico-quirúrgico de enfermería. Se establecieron dos escenarios. El propósito del primero consistió en que los(as) estudiantes aplicaran la valoración sobre la base del modelo de sol naciente de Leininger, y en promocionar la educación en el preoperatorio de un paciente adulto mayor turcomusulmán. El segundo escenario se enfocó en el desarrollo de un plan educativo culturalmente congruente a una persona adulta diabética identificada como LGTB. En la introducción los estudiantes recibieron una versión escrita de la simulación y un video en Power Point. En cada escenario ingresaban desde 8 hasta 10 estudiantes a los cuales se les asignaban distintos roles. Posteriormente, se realizó en *debriefing* en cinco etapas, en las que los estudiantes recibieron la retroalimentación del paciente simulado estandarizado y de su docente, se desarrolló un análisis reflexivo de las emociones y la actuación del estudiante, y se generó un resumen de cada estado mental y de la experiencia vivida en simulación.⁽²²⁾

En otra experiencia con paciente simulado estandarizado en diversidad cultural realizada en Suiza con internos de medicina, se efectuaron tres sesiones teóricas previas a la simulación, con los siguientes tópicos: lenguaje y alfabetización en migrantes, y contexto social y estereotipos. Solo un estudiante participó en el *role-plays* con paciente simulado estandarizado (se graba) y 10 estudiantes observaron el desarrollo del escenario, que consistía en la aplicación de una anamnesis clínica. Posteriormente se realizó un *debriefing* con los estudiantes y un equipo de docentes multidisciplinario (psicólogo, sociólogo y médico); y, un mes después, un *pos debriefing*, con el propósito de determinar los efectos en un largo plazo de esta experiencia. La retroalimentación que recibieron los estudiantes desde distintas perspectivas de sus docentes permitió generar una reflexión crítica, al incorporar elementos sociales por sobre los aspectos biomédicos.⁽²³⁾

Ndiwane y otros⁽²⁴⁾ hicieron una simulación con paciente simulado estandarizado y un video, para integrar la humildad cultural en la valoración en salud en estudiantes de enfermería. La introducción estableció los tres pasos siguientes:

1. Se entregó material didáctico a los estudiantes sobre humildad cultural y comunicación terapéutica que fueron analizados en clases con su docente; después se impartió una clase magistral de 45 minutos sobre sensibilidad cultural.
2. Los estudiantes recibieron un video de referencia sobre una enfermera que hacía una entrevista con énfasis en la salud cultural a un hombre afroamericano hipertenso.
3. Actores afroamericanos fueron entrenados para simular una entrevista de salud como pacientes.

Luego, los estudiantes que entraban al escenario eran grabados y observados simultáneamente por sus compañeros y docente. Se evaluó el desempeño del estudiante en el desarrollo de la entrevista al paciente simulado afroamericano con hipertensión, a través de la metodología OSCE (*Objective Structured Clinical Examination*), adaptada para medir la humildad cultural. Al término del escenario, el estudiante recibía su grabación, y debía hacer una comparación y un análisis crítico de su actuación con respecto al video de referencia. Se realizaba un *debriefing* dirigido por el docente a través de un dialogo abierto, con retroalimentación, donde se promocionara el pensamiento crítico.

Según las experiencias anteriores, la utilización del paciente simulado estandarizado fue valorado positivamente por parte de los estudiantes, al considerarla una experiencia realista. La mayoría concordó con que esta metodología les ayudó a alcanzar los objetivos de la simulación en CC en un entorno seguro.

Con relación a la simulación con maniquíes se encontraron dos experiencias relevantes, una de ellas se realizó en Canadá, donde se utilizó una simulación con videos y maniquíes de alta fidelidad en estudiantes de enfermería de tercer año. Se evaluó con un pre- y postest con la escala “The intercultural development inventory”. El propósito de esta simulación resultó que los estudiantes pudiesen identificar las diferencias culturales entre la enfermera y el paciente, y que aplicaran estrategias de comunicación intercultural durante la administración de medicamentos. Los videos consistían en la interacción enfermera-paciente, ambos de distinta cultura. Dos videos cortos mostraban a los estudiantes antes de entrar al escenario de simulación, y otro exponía la mitad de la simulación. Posteriormente se desarrolló el *debriefing*, a través del modelo del buen juicio con los estudiantes y el docente. Los resultados establecieron que los participantes

sobreestimaban sus niveles de CC y que minimizaban las diferencias culturales, pero lograban reconocer los puntos en común entre enfermera y paciente.⁽²⁵⁾

En otro estudio de simulación realizado con maniqués se utilizó el maquillaje con el propósito de estos pudiesen representar una etnia distinta a la del estudiante. Los resultados no fueron favorables, ya que los estudiantes indicaron que el maquillaje generaba un rechazo por no considerarse “real”; de este modo, no se logró en esta actividad desarrollar una atención culturalmente competente.⁽²⁶⁾

La utilización de maniqués de alta fidelidad se podría tener en cuenta en estrategias donde los estudiantes requieran aplicar una técnica particular a un paciente culturalmente distinto al estudiante; pero esta metodología por sí sola no sería conveniente para desarrollar la interacción y comunicación intercultural. Resulta interesante la inclusión de videos en este tipo de simulación, lo que podría permitir un mayor acercamiento del estudiante a la comprensión de la diversidad cultural. Se recomienda seguir indagando sobre este tipo de metodologías, y determinar qué técnicas específicas serían relevantes de practicar en simulación con maniqués que representan pacientes culturalmente diversos.

Otro estudio relevante se realizó en Australia para desarrollar la empatía cultural a través de la simulación virtual 3D en estudiantes de fisioterapia y de enfermería. Se aplicaron pre- y postest con la escala de empatía cultural de Kiersma-Chen y el cuestionario de CC para medir la empatía cultural interpersonal. La actividad se efectuó en las tres fases siguientes:

1. Primero se proporcionó una sesión introductoria, y se les solicitó a los estudiantes que imaginaran que habían estado viajando a un país culturalmente distinto al de origen y se enfermaban gravemente, por lo que tuvieron que permanecer hospitalizados.
2. Posteriormente, el estudiante ingresaba al escenario que simulaba una sala de hospital; se debía acostar en la cama, y se instalaban las lentes 3D para que observara el video, filmado desde la perspectiva del paciente mientras estaba reclinado en la cama, de modo que el espectador se convertía en el paciente. El video 3D tenía una duración de 10 minutos de una escena de la sala de hospital, donde el entorno, el lenguaje, los símbolos, el comportamiento y la práctica clínica del equipo de salud eran distintos a la cultura australiana. En la escena los estudiantes también estaban expuestos a una variedad de olores y estímulos táctiles desconocidos para su cultura.
3. Finalmente, una vez terminado el escenario, el estudiante debía completar un informe y se realizaba el *debriefing* con el propósito de establecer una reflexión guiada sobre las emociones de los estudiantes en la simulación. Esta

actividad fue bien evaluada por los estudiantes, quienes pudieron sentir emociones desde la perspectiva del paciente.^(27,28)

A partir de las experiencias expuestas, se pudo determinar que se habían desarrollado distintas formas de efectuar la introducción, los escenarios y el *debriefing*, lo que permitió al estudiante aprender en un entorno seguro y controlado. Todas ellas coinciden en que el *debriefing* en CC es el más relevante, ya que permite generar el pensamiento crítico y reflexivo en el estudiante en torno a la diversidad. En la reflexión crítica el estudiante delibera e investiga con el fin de transformar la práctica, teniendo en consideración el contexto de la experiencia, la cual concibe como una herramienta al servicio del mejoramiento de la práctica.⁽²⁹⁾ Este último elemento resulta fundamental en el pregrado, ya que, por un lado, permite al estudiante adquirir habilidades para valorar, prevenir o gestionar problemáticas en salud; y, por otro, la reflexión crítica posibilita considerar en la atención sanitaria la subjetividad y complejidad de los procesos sociales y culturales, lo que ofrece al estudiante de la salud la oportunidad de formar parte de estos y no sentirse ajeno a la realidad en la que deberá desarrollarse profesionalmente.

Algunas limitaciones señaladas en estas experiencias en simulación en CC fueron las siguientes: permiten participar a pocos estudiantes y observantes en una simulación, lo que conlleva a reiterar los escenarios en varias oportunidades; se requiere de profesores preparados y capacitados en simulación para planificar, diseñar y validar un escenario; los pacientes simulados estandarizados deben ser previamente reclutados y entrenados, lo que también necesita tiempo. Ninguna de estas experiencias hace mención a los costos que implica esta estrategia pedagógica, así como tampoco señala las necesidades de infraestructura o insumos, y/o la capacitación docente para llevar a cabo la simulación en CC.

Con relación a los instrumentos de evaluación utilizados en estas experiencias, estos han sido diversos: a) métodos cualitativos, tales como la entrevista y el *focus group*; b) métodos cuantitativos, donde se aplican escalas pre- y postsimulación, que miden distintos aspectos de las CC, tales como la humildad, la sensibilidad y la empatía cultural, entre otras; y c) métodos mixtos, que utilizan el *focus* y las escalas principalmente. Todas estas formas de evaluar son relevantes, pero desde la perspectiva de los autores sería favorable aplicar el método mixto, ya que se puede alcanzar una información más profunda y diversificada, y los resultados adquieren mayor grado de validez e innovación. Estas evaluaciones se centraron en el estudiante, y ninguna de las experiencias mencionadas midió el efecto de la

simulación en los resultados de salud y/o satisfacción de los pacientes atendidos por los estudiantes en las prácticas clínicas.

Para medir específicamente la satisfacción del estudiante con la simulación en CC, *Courtney-Pratt* y otros⁽³⁰⁾ desarrollaron una escala tipo Likert “Cultural Simulation Experience Scale”. Este instrumento fue aplicado y validado en estudiantes australianos de enfermería (n = 497; alpha de cronbach 0,92), y contempla un total de 18 ítems con tres subescalas: a) ser culturalmente competente, b) aprendiendo desde el *debriefing* y c) reflexionando para la práctica. Se determinó que resulta un instrumento confiable, pero debe investigarse en distintos contextos y cohortes de estudiantes para tener una mayor evidencia psicométrica del instrumento.

Cabe señalar la necesidad de que las experiencias en simulación puedan investigarse, evaluarse y determinarse su efectividad en el desarrollo de las CC en los estudiantes. Se necesita generar evidencia sobre el impacto de la simulación en CC, pero en el largo plazo, y determinar si esta actividad es significativa para el estudiante en torno a las decisiones que realiza en las prestaciones sanitarias en contexto de diversidad.

Implicancias para la implementación de simulación en CC

El uso de la simulación para enseñar aspectos de competencia cultural conlleva tanto oportunidades como desafíos. La simulación ofrece una fuente confiable de experiencias clínicas. Proporciona al estudiante la oportunidad de practicar nuevas habilidades en un lugar seguro y, en general, el estudiante disfruta de esta forma de enseñanza-aprendizaje.

Al considerar la complejidad de la cultura y la diversidad, esta metodología de enseñanza no puede llevarse a cabo por sí sola. Se requiere de un abordaje global, que considere el currículo y el perfil de egreso de las carreras sanitarias. La enseñanza-aprendizaje de las CC debe ser adaptable a las distintas características culturales de cada país y región,⁽¹⁰⁾ al incorporar elementos propios que hacen necesaria la indagación de las identidades y los orígenes de cada lugar.

Desde el ámbito teórico resulta imprescindible que los estudiantes tengan conocimiento sobre los sistemas sociales, políticos y económicos, y cómo estos afectan la salud de las personas y comunidades.⁽²¹⁾ También es relevante que puedan comprender la diversidad, el estigma, la discriminación, los contextos de vulnerabilidad social, entre otros factores. Desde el aspecto experiencial, se debe generar la oportunidad para que el estudiante pueda establecer interacciones con

distintos grupos de personas, al desarrollar instancias de reflexión profunda que le permitan visualizar su rol sanitario hacia una atención en salud digna, justa y equitativa. Por ello se requiere de múltiples metodologías, tales como las salidas a terreno para observación, las prácticas clínicas, las actividades de aprendizaje y servicio, entre otras, incluyendo la simulación como una forma de enseñanza que permite complementar este acercamiento del estudiante a la diversidad en un entorno seguro.

El diseño de los escenarios en la simulación para las CC requiere de una construcción holística e integral. El guion de los casos clínicos y/o situaciones deben ir más allá de la mirada biomédica y mecanicista, que aún se conserva en algunos currículos de las carreras sanitarias, donde se tiende a visualizar a los seres humanos como órganos, sistemas, por ser divisibles, predecibles y manejables.

La complejidad cultural de un grupo podría colapsar el caso clínico en un ejercicio de simulación, y se puede caer en la tentación de redactar escenarios desde una perspectiva unidimensional de las personas. Esta perspectiva, por un lado, limita la respuesta que podría tener el estudiante frente a la simulación, ya que se va a enfocar en un solo aspecto de la persona; y, por otro, la inexperiencia que pueden tener los estudiantes en la interacción con grupos culturales diferentes a ellos, puede reducir la comprensión de los procesos salud-enfermedad desde una perspectiva integral. Al respecto, algunos autores recomiendan que la enseñanza de las CC requiere que los estudiantes interactúen con grupos culturales antes de la simulación para obtener mayor conocimiento y experiencia de interrelaciones con grupos específicos.⁽²¹⁾ En este sentido, la simulación sería un complemento que permitiría ayudar al estudiante a mejorar y profundizar la comunicación, la forma de relacionarse con personas con una cultura distinta, y a planificar una atención acorde con las necesidades reales de las personas de un grupo en particular.⁽²¹⁾ Desde esta mirada, el ejercicio de simulación debiese tender a que el futuro profesional desarrolle habilidades y competencias culturales que permitan una atención que implique la equidad en salud.

Adicionalmente, el desarrollo de ejercicios de simulación debe expandir la identidad de un grupo humano para evitar los estereotipos que se presentan en la sociedad; por ejemplo, el color de piel, el grupo étnico, la condición socioeconómica (específicamente la pobreza), entre otros. Justamente la enseñanza de CC quiere lograr eliminar los estereotipos, ya que reducen y simplifican la vida real de las personas; así como disminuir las conductas discriminatorias de los equipos sanitarios. Los guiones de los escenarios deben tener en cuenta que, tanto estudiantes como docentes podrían pertenecer a un grupo estigmatizado, por tanto debe siempre quedar en claro que la simulación refleja realidades que las personas pueden estar experimentando.⁽²¹⁾ En esta

misma línea, se ha señalado que hay que repensar la forma de escribir los guiones y tratar de evitar historias individuales y reduccionistas,⁽²¹⁾ lo que constituye un gran desafío para la enseñanza basada en simulación.

Al respecto, el desarrollo de una simulación en CC, desde la perspectiva de los autores, requiere de los cuatro aspectos centrales siguientes:

1. Una revisión profunda de la literatura. La Asociación Internacional de Enfermería para la Simulación Clínica y el Aprendizaje ha establecido estándares de buenas prácticas para el diseño de simulación. Entre estas se establece que la educación en simulación debe basarse en evidencia; es decir, una búsqueda exhaustiva sobre las experiencias que se han realizado y sus efectos, de tal forma de que los docentes puedan tomar decisiones sobre la mejor forma de desarrollar el ejercicio de simulación.⁽³¹⁾ Sumado a lo anterior, la revisión bibliográfica sobre grupos específicos permiten tener un mayor conocimiento sobre los cuidados, las formas de vida, las creencias, entre otros, lo que permitiría un mayor acercamiento a la realidad al momento de redactar el guion de un escenario. Algunos autores señalan que para una mayor aproximación de la realidad se puede complementar la revisión bibliográfica mediante el desarrollo de *focus group* con personas de un grupo en particular, para garantizar que la simulación sea lo más precisa posible.⁽²¹⁾
2. Conformar un equipo interdisciplinario. Se ha señalado que la interdisciplinariedad se considera una estrategia didáctica que prepara al estudiante para realizar una transferencia de contenidos que le permitan la búsqueda de soluciones a situaciones complejas.⁽³²⁾ En esta misma línea, se ha establecido que las actividades académicas desarrolladas desde el enfoque interdisciplinario, permitan a estudiantes y docentes desarrollar flexibilidad, confianza, paciencia, intuición, pensamiento divergente, sensibilidad hacia las demás personas, aceptación de riesgos, aprender a moverse en la diversidad, aceptación de nuevos roles, entre otros.⁽³³⁾ En este sentido, los docentes debiesen apuntar a una estrategia encaminada a desarrollar simulaciones que permitan una integración de saberes y conocimientos, para favorecer el pensamiento reflexivo y crítico del estudiante frente a la cultura y a las prestaciones sanitarias en contexto de diversidad.
3. Docentes con una comprensión profunda sobre cultura, diversidad, identidad, estigma, discriminación, entre otros. Los docentes desempeñan un papel clave en la enseñanza de las CC; sin embargo, las CC de los docentes sanitarios continúa siendo un tema de preocupación.⁽¹⁰⁾ Se ha señalado que la capacitación docente a través de cursos o programas de CC e

interculturalidad son relevantes, pero aún insuficientes para la adquisición y puesta en práctica de estas competencias.⁽²¹⁾ Se requiere incluir espacios para una reflexión profunda sobre los temas de diversidad, y cómo los factores socioculturales influyen en otorgar una atención de calidad y equitativa. Resulta relevante también la experiencia docente en torno a los cuidados en diversidad. El rol central del docente es enseñar, pero también se debe guiar para la práctica; por tanto, constituye un “modelo” para el estudiante.

4. Reconocer la diversidad existente entre estudiantes y docentes. Al respecto, el proceso de simulación en CC debe tener en cuenta el código de ética para el simulacionista en salud.⁽³⁴⁾ Este código declara cuatro valores esenciales para promover, fortalecer y apoyar una cultura ética entre todas las personas y organizaciones comprometidas con la simulación en salud. Entre estos valores se encuentra el “respeto mutuo”, que apunta hacia la empatía y compasión, al señalar que todas las personas involucradas en la simulación deberán: honrar el conocimiento, las habilidades y los valores de los estudiantes y docentes; escuchar los puntos de vista de los demás para intentar comprenderlos; y demostrar un comportamiento humano, que honre la diversidad, fomente la inclusión y evite prejuicios.⁽³⁴⁾ Resulta interesante que las carreras sanitarias puedan realizar un análisis sobre la diversidad existente en estudiantes y docentes, así como sobre las competencias culturales presentes previo a la implementación de la simulación en CC, de tal forma que se diseñen experiencias de enseñanza-aprendizaje pertinentes y significativas, de las que todos los actores involucrados en el proceso educativo puedan generar nuevos y sólidos aprendizajes, aplicables a su ejercicio profesional presente y/o futuro.

Conclusiones

La simulación como estrategia de enseñanza-aprendizaje en competencias culturales para estudiantes del área de la salud representa una oportunidad que debe considerarse en el transcurso de los procesos formativos. Esta estrategia ha demostrado, a través de diferentes experiencias, ser significativa para el desarrollo de CC de estudiantes de carreras sanitarias, por lo que su uso en nuevos espacios educativos puede generar potenciales procesos de enseñanza-aprendizaje, valiosos y pertinentes en esta área. Resulta fundamental que las experiencias de simulación para el desarrollo de CC se diseñen cuidadosamente, al considerar la multiplicidad de elementos que intervienen en ella, de manera

que constituya una instancia de alto valor formativo y sea aprovechada en alcance coherente con sus potencialidades inherentes. Asimismo, se necesita contar con equipos interdisciplinarios capacitados en los procesos de implementación y adaptación de la simulación en CC a nuevos escenarios educativos, para crear experiencias que, sin desvirtuar su sentido original en cuanto a la finalidad, resulten culturalmente pertinentes a los nuevos actores y contextos en los que se desea aplicar.

Referencias bibliográficas

1. Marreno C. Competencia Cultural. Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios. ENE Rev de enf. 2013 [acceso 22/11/2019];7(3). Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/278>
2. Langdon E, Wiik F. Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. Rev Latinoam Enferm. 2010 [acceso 25/11/2019];18:459-66. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000300023&script=sci_abstract&tlng=es
3. Blanchet A, Pepin J. A constructivist theoretical proposition of cultural competence development in nursing. Nurse Educ Today. 2015;35:1062-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.05.019>
4. Wesp L, Scheer V, Ruiz A, Walker K, Shawn L, Weitzel J, *et al.* An Emancipatory Approach to Cultural Competency The Application of Critical Race, Postcolonial, and Intersectionality Theories. Adv. Nurs Sci. 2018;41(4):316-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/ANS.0000000000000230>
5. Alizadeh S, Chavan M. Cultural competence dimensions and outcomes: a systematic review of the literature. Health Soc Care Community. 2016;24(6):117-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12293>
6. Henderson S, Horne M, Hills R, Kendall E. Cultural competence in healthcare in the community. Health Soc Care Community. 2018;26(4):590-603. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12556>
7. Sharifi N, Abid-Hajbaghery M, Najafi M. Cultural competence in nursing: A concept analysis. Int J Nurs Stud. 2019;99:103386. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103386>
8. López -Díaz L, Arias S, Rodríguez V, Reina L, Benavides E, Hernández D, *et al.* Competencia cultural de las enfermeras en el área de salud pública: Una

- metasíntesis. Rev Gerencia y políticas de salud. 2018 [acceso 05/12/2019];17(34). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v17n34/1657-7027-rgps-17-34-00028.pdf>
9. Mews C, Schuster S, Vadjia C, Rudolph L, Schmidt L, Bösner S, *et al.* Cultural Competence and Global Health: Perspectives for Medical Education-Position paper of the GMA Committee on Cultural Competence and Global Health. GMC J Med Educ. 2018;35(3):Doc28. DOI: <http://dx.doi.org/10.3205/zma001174>
10. Oikarainen A, Mikkonen K, Kennyb A, Tomiettoa M, Tuomikoskia A, Meriläinen M, *et al.* Educational interventions designed to develop nurses' cultural competence: A systematic review. Int J Nurs Stud. 2019;98:75-86. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.06.005>
11. Urra E, Sandoval S, Iribarren F. El desafío y futuro de la simulación como estrategia de enseñanza en enfermería. Inv Ed Med. 2017 [acceso 10/12/2019];6(22):119-25. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-articulo-el-desafio-futuro-simulacion-como-S2007505717301473>
12. Veliz-Rojas L, Bianchetti-Saavedra A, Silva-Fernández M. Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. Cad Saúde Pública. 2019 [acceso 05/01/2020];35(1):e00120818. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2019000103001&lng=en&nrm=iso&tlng=es
13. Cross T, Bazron B, Dennis K, Mareasa I. Towards a Culturally Competent System of Care: A Monograph on Effective Services for Minority Children Who Are Severely Emotionally Disturbed. CASSP Technical Assistance Center Georgetown University Child Development Center 3800 Reservoir Road, N.W. Washington, DC 20007 (202). 1989 [acceso 15/01/2020];687-8635. Disponible en: <https://spu.edu/~media/academics/school-of-education/Cultural%20Diversity/Towards%20a%20Culturally%20Competent%20System%20of%20Care%20Abridged.ashx>
14. Reina L. Competencia cultural y compasiva en enfermería: de regreso a la esencia del cuidado. Enf Comunitaria. 2018 [acceso 18/01/2020];14:e12090. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/ec/article/view/e12090>
15. Sánchez E, López L. Simulación y aprendizaje centrado en el paciente. Inv Ed Med. 2019;8(31). DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2019.31.19192>
16. León-Castelao E, Maestre J. Prebriefing en simulación clínica: análisis del concepto y terminología en castellano. Rev Ed Médica. 2019 [acceso 20/01/2020];20(4);238-48. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista->

[educacion-medica-71-avance-resumen-prebriefing-simulacion-clinica-analisis-del-S1575181318303589](#)

17. Gómez-López L, Tena-Blanco B, Bergè-Ramos R, Coca-Martínez M, Forero-Cortés C, Gomar-Sancho C. Nueva plantilla para diseñar escenarios de simulación: interrelación de elementos en un vistazo. Rev Ed Médica. 2018 [acceso 15/01/2020];19(Suplement 3):350-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318300494>

18. Bravo B, González A, Valle J. Ambientes y diseño de escenarios en el aprendizaje basado en simulación. Conrado. 2018 [acceso 25/01/2020];14(61):184-90. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442018000100029&lng=pt&tlng=es

19. Díaz-Guío D, Cimadevilla-Calvo B. Educación basada en simulación: *debriefing*, sus fundamentos, bondades y dificultades. Simulación Clínica 2019 [acceso 22/01/2020];1(2):95-103. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=88669>

20. Bahreman N, Swoboda S. Honoring diversity: Developing culturally competent communication skills through simulation. J Nurs Educ. 2016;55(2):105-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.3928/01484834-20160114-09>

21. Drevdahl D. Impersonating culture: The effects of using simulated experiences to teach cultural competence. J Prof Nurs. 2017;34(3):195-204. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2017.10.006>

22. Ozkara E. Development of the diverse standardized patient simulation cultural competence education strategy. Nurs Educ Perspect. 2019;40(6):E31-E33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000519>

23. Paroz S, Daele A, Viret F, Vadot S, Bonvin R, Bodenmann P. Cultural competence and simulated patients. The Clinical Teacher. 2016;13(6):369-73. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/tct.12466>

24. Ndiwane A, Baker N, Makosky A, Reidy P, Guarino A. Use of Simulation to Integrate Cultural Humility Into Advanced Health Assessment for Nurse Practitioner Students. J Nurs Educ. 2017;56(9):567-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.3928/01484834-20170817-11>

25. Harder N. Determining the effects of simulation on intercultural competency in undergraduate nursing students. Nurse Educ. 2018;43(1):4-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/NNE.0000000000000403>

26. Fuselier J, Baldwin D, Townsend-Chambers C. Nursing student `perspectives on manikins of color in simulation laboratories. Clin simul nurs. 2016;12:197-201. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2016.01.011>

27. Ward A, Mandrusiak A, Levett-Jones T. Cultural empathy in physiotherapy student: a pre-test post-test study utilising virtual simulation. *Physiotherapy*. 2017;104(4):453-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2018.07.011>
28. Everson N, Levett-Jones T, Lapkin S, Pitt V, Van der Riet P, Rossiter R, *et al*. Measuring the impact of a 3D simulation experience on nursing student` cultural empathy using a modified versión of the Kiersma-Chen empathy scale. *J Clinical Nurs*. 2015;24:2849-58. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12893>
29. Núñez-López S, Ávila-Palet J, Olivares-Olivares S. El desarrollo del pensamiento crítico en estudiantes universitarios por medio del Aprendizaje Basado en Problemas. *Rev Ibero Educ Superior*. 2017 [acceso 26/04/2020];8(23):84-103. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-28722017000300084
30. Courtney- Pratt H, Levett-Jones T, Lapkin S, Pitt V, Gilligan C, Van der Riet P, *et al*. Development and psychometric testing of the satisfaction with cultural simulation experience scale. *Nurs Educ Practice*. 2015;15(6):530-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2015.07.009>
31. International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning Standards Committee. INACSL standards of best practice: Simulation. *Clinic Simulation Nursing*. 2016 [acceso 22/01/2020];(12):S5-S12. Disponible en: <https://www.inacsl.org/INACSL/document-server/?cfp=INACSL/assets/File/public/standards/SOBPEnglishCombo.pdf>
32. Suarez N, Martínez A, Lara D. Interdisciplinariedad y proyectos integradores: un desafío para la Universidad Ecuatoriana. *Perspectiva Educacional*. 2018 [acceso 02/02/2020];57(3):54-78. Disponible en: <http://www.perspectivaeducacional.cl/index.php/peducacional/article/view/700>
33. Carvajal Y. Interdisciplinariedad: desafío para la educación superior e investigación. *Luna Azul*. 2010 [acceso 05/03/2020];31:156-69. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1909-24742010000200012&script=sci_abstract&tlng=es
34. Society for simulation in healthcare (SSH). El código de ética para el simulacionista en salud. Versión en español. 2018 [acceso 15/03/2020]. Disponible en: <https://www.ssih.org/Portals/48/Code%20of%20Ethics/Translated%20Versions/Tranlation-Spanish.pdf>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Lizet Veliz-Rojas: Concepción de la idea, revisión de la literatura, redacción del artículo y aprobación de su versión final.

Lidice Zuleta González: Asesoría temática simulación clínica y redacción artículo.

Andrés Bianchetti Saavedra: Asesoría temáticas competencias culturales, redacción artículo y aprobación de su versión final.

Financiamiento

Consejo Nacional de Educación (CNED), Proyecto 68 Convocatoria CNED 2019. Chile.