



Adaptación cultural y validación del instrumento EMCC-14, de competencia cultural en profesionales de salud colombianos

Gloria Omaira *Bautista Espinel*,¹ (Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-0551-4110>)

Martha Ligia *Velandia Galvis*,¹ (Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4477-2734>)

Nohora *Ortega Cadena*,² (Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-0235-8789>)

Claudia *Amanda Chaves*,² (Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1937-657X>)

María del Pilar *Ureña Molina*,¹ (Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2184-3595>)

Dianne Sofia *Gonzales Escobar* ¹ (Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8760-1743>)

Resumen Abstract

Objetivo. Realizar adaptación cultural de la Escala de Medición Competencia Cultural en trabajadores de la salud (EMCC-14), para el contexto colombiano. **Método:** validación cultural y de contenido por juicio de expertos, incluido análisis de concordancia y fiabilidad. **Resultados principales:** el índice global de Kappa de 0.151, implicó un bajo acuerdo entre codificadores y un concepto de leve fiabilidad. Se exploraron las categorías: congruencia, análisis semántico de contenido, redacción de los ítems, claridad y precisión, y pertinencia cultural; la concordancia osciló entre pobre y aceptable, el análisis semántico presentó mayor afectación. Realizados los ajustes, el nivel de confiabilidad para la escala y por dimensiones, obtuvo un alfa de Cronbach 0.738, interpretándose como un nivel de confiabilidad aceptable. **Conclusión principal:** La versión del EMCC-14 adaptada culturalmente al contexto colombiano obtuvo un adecuado nivel de comprensibilidad y confiabilidad, permitiendo su aplicación para determinar el nivel de competencia cultural en trabajadores de salud.

Palabras clave: Capacidad Intercultural. Asistencia sanitaria. Cultura. Servicios de Salud Culturalmente Competentes.

Cultural adaptation and validation of the EMCC-14 cultural competency instrument in Colombian health care professionals

Objective. To carry out a cultural adaptation of the Cultural Competence Measurement Scale for Health Care Workers (EMCC-14) for the Colombian context. **Methodology:** cultural and content validation by expert judgment, including concordance and reliability analysis. **Main results:** the overall Kappa index of 0.151 implied a low agreement among coders and a concept of slight reliability. The following categories were explored: concordance, semantic content analysis, item wording, clarity and precision, and cultural relevance; concordance ranged from poor to acceptable, with semantic analysis showing greater affectation. After adjustments, the level of reliability for the scale and by dimensions obtained a Cronbach's alpha 0.738, which is interpreted as an acceptable level of reliability. **Main conclusion:** The version of the EMCC-14 culturally adapted to the Colombian context obtained an adequate level of comprehensibility and reliability, allowing its application to determine the level of cultural competence in health care workers. **Key words:** Intercultural competence. Health care. Culture. Culturally Competent Health Services.

¹Facultad de Ciencias de la Salud- Programa de Enfermería, Universidad Francisco de Paula Santander, San José de Cúcuta, Colombia. ²Programa de enfermería, Universidad Mariana, San Juan de Pasto, Colombia.

CORRESPONDENCIA:
gloriabautista@ufps.edu.co
(Gloria Omaira Bautista Espinel)

Manuscrito recibido el 23.06.2021
Manuscrito aceptado el 30.08.2021

Index Enferm 2022 31(2):120-124

Introducción

Los procesos migratorios en América Latina se han incrementado en la última década, y Colombia no es ajena a esta situación, debido a que se convirtió en país receptor de población migrante, se identifican diferentes causas generadoras: “las principales: han sido los conflictos bélicos seguidos por los motivos socio-económicos. Estos últimos parecen ser el caso de la mayoría de los migrantes venezolanos y colombo-venezolanos, quienes llegan a Colombia en la búsqueda de oportunidades laborales, dada la crisis socio-económica del vecino país; y en algunos casos, buscando refugio frente a la coartación de sus derechos políticos”.¹ De acuerdo con Velásquez y Castellanos, “la migración venezolana, cada día es más frecuente el paso de venezolanos en las calles de Colombia debido a la crisis reflejada en la escasez, la violencia, la inflación, el desempleo, etc. [...] Lo curioso de este fenómeno, es que es una migración forzada por las condiciones del país, donde Colombia como país fronterizo es el principal receptor de estos migrantes que buscan una mejor calidad de vida”.²

En su trayectoria el migrante venezolano, requiere de asistencia en salud, que efectivamente obtiene en los servicios de urgencias y en muy pocos a programas de promoción de la salud priorizados. “El gran esfuerzo del gobierno nacional y de las administraciones locales se limita a la atención en el servicio de urgencias, donde los migrantes tienen una buena percepción de los servicios de salud, sin embargo, sin cobertura en atención primaria, no existirá disminución de riesgo para la salud individual y colectiva”.³

El flujo migratorio genera mayor demanda de servicios sanitarios, que es impartido por personal de salud, que además debe dar respuesta a las necesidades de las personas migrantes, también deben tener en cuenta las diferencias culturales en la atención, que idealmente debe ofertarse desde un enfoque basado en la interculturalidad, entendida esta como el “conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud”.⁴ Además, la Ley Estatutaria en Salud señala que la interculturalidad “es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el

ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global”.⁵

En efecto, la atención sanitaria debe tener como referente la comprensión cultural de la vivencia de las personas, significados dados desde lo cotidiano, de proceso salud enfermedad, muerte, prácticas culturales, el acceso a otros servicios de atención en salud, diferentes a los ofertados desde la medicina facultativa, es decir, parte del reconocimiento de la cultura. Para Purnell la cultura es “un producto de las experiencias, vivencias, observaciones, lecturas personales, prácticas clínicas, investigación formal, y enseñanza”;⁶ para Serra et al, “la competencia cultural es la capacidad de trabajar eficazmente y con sensibilidad en contextos culturales diversos”.⁷ Esta comprensión cultural debe ir de la mano con lo que conocen los profesionales de salud sobre competencia cultural para con ello brindar un cuidado integral.

Es importante comprender que los profesionales de la salud deben estar formados en este aspecto lo cual, no solo involucra a las instituciones de educación superior, sino a todas las entidades responsables de la atención a migrantes, de tal forma que se brinde una atención de calidad. Para Osorio y López, “la capacitación y entrenamiento en competencia cultural permitiría que estos profesionales reconozcan la propia procedencia cultural y la de los usuarios del servicio. Apreciar y ser sensible a la forma como las personas comprenden y enfrentan los procesos de salud/enfermedad y el impacto de los mismos en los indicadores de salud facilitarían la construcción de propuestas de tratamiento donde se consideren los valores y creencias de las personas, las potencialidades que emergen de ellas, se recreen formas de tratamiento con significado y aceptación por parte de las personas”.⁸

Es en este contexto es donde las competencias interculturales adquieren importancia en el momento de realizar la atención en salud a la persona por parte del personal sanitario y donde estas de-

terminan no solo satisfacción frente al servicio requerido sino la calidad en la prestación del mismo, donde el profesional demuestra la sensibilidad y respeto ante la diversidad cultural. En este sentido para Purnell esta competencia representa “la capacidad de los profesionales de la salud para brindar cuidados fundamentados en las características culturales de la persona y comunidad, mediante la comprensión de la situación de salud y enfermedad desde la visión subjetiva (emic) y profesional (etic)”.⁹ Por esta razón es importante entender que “la Competencia Cultural como conocimiento aplicado a la Enfermería será uno de los temas de investigación más significativos para las próximas décadas y el desarrollo de su teoría representa el camino de progreso hacia la consecución de unos cuidados de calidad. De hecho, son los cuidados culturalmente competentes los que definen actualmente los derroteros de la Enfermería Avanzada en el campo de la investigación de tipo cualitativo”.¹⁰

Así mismo, el Modelo de Competencia Cultural de Purnell plantea que “la Competencia cultural se aprecia como una progresión no lineal. Una persona gana competencia cultural, progresa, retrocede, y entonces progresa a un nivel más alto cuando él/ella obtiene conocimiento y habilidades adicionales y se encuentra con personas de culturas diversas. El proveedor competente del cuidado de salud necesita tener un conocimiento de su existencia, sensaciones, pensamientos, y ambiente sin permitir que estos factores tengan un efecto indebido en los destinatarios de estos cuidados. La Competencia cultural es, así mismo, la adaptación del cuidado de salud de manera congruente con la cultura del cliente, y, por consiguiente, es un proceso consciente y no lineal”.¹¹

En el marco de la investigación denominada “Experiencias de la población migrante venezolana, percepciones y competencia cultural del personal sanitario, sobre la atención, acceso, uso y calidad de los servicios de salud, en dos departamentos fronterizos de Colombia”, durante el año 2020 y 2021, y en el cual participaron las autoras del presente artículo, se propuso estimar el nivel de Competencia Cultural que poseen los trabajadores de la salud en dos departamentos fronterizos de Colombia (Norte

INSTRUMENTOS

de Santander y Nariño), considerados centros de referencia de población migrante venezolana.

El presente artículo tiene como propósito presentar los hallazgos del proceso de adaptación cultural y validación de contenido por juicio de expertos realizada al instrumento EMCC-14 en dos departamentos de Colombia. Este proceso de validación permite disponer de un instrumento adaptado culturalmente al contexto colombiano, para la identificación del nivel de competencia cultural de los profesionales de la salud en aspectos claves durante la atención de las personas pertenecientes a otros grupos sociales en entornos culturalmente diversos.

Método

Para medir la competencia cultural que tienen los trabajadores de la salud en Colombia se validó el instrumento “Escala de Medición Competencia Cultural en trabajadores de la salud (EMCC-14) de Chile”.¹² El proceso de validación de esta última versión al contexto colombiano, consideró los siguientes aspectos: (1) Selección de expertos, (2) Análisis semántico y validación de contenido por juicio de expertos (3), Cálculo de confiabilidad.

(1) *Selección de expertos.* Participaron profesionales de enfermería con formación postgradual de maestría y doctorado en enfermería además de experiencia en docencia e investigación en el área de cuidado de la salud e interculturalidad. Esto incluyó 6 expertos de diferentes universidades públicas y privadas de Colombia, tres magister en enfermería y tres doctores en enfermería, quienes voluntariamente aceptaron participar previo consentimiento informado.

(2) *Análisis semántico y validación de contenido por juicio de expertos.* Se elaboró un documento juicio de expertos donde cada evaluador asignó una puntuación al contenido de cada ítem en cinco criterios (congruencia, análisis se-

mántico, redacción, claridad y precisión, además de la pertinencia cultural) según su apreciación. El coeficiente utilizado para calcular el nivel de concordancia entre evaluadores fue el índice Kappa de Fleiss que permitió determinar la validez por ítem y de manera global del instrumento. Para la interpretación de este índice se tuvo en cuenta la escala establecida por Landis y Koch (1977) (ver tabla 1), en la misma los parámetros dan cuenta de la confiabilidad interobservador de manera cualitativa.¹³

Para fortalecer el proceso de adaptación cultural, en el análisis cualitativo se involucraron las observaciones de los expertos, relacionadas con los aspectos enunciados mediante los aportes de los evaluadores. Se tomaron en cuenta las recomendaciones dadas a cada ítem teniendo como referente algunas de las siguientes acciones: mejorar, cambiar o dejar en su constructo inicial los ítems, sin poner en riesgo la validez de contenido, y la estructura de las preguntas que los autores del instrumento asignaron a la prueba.

(3) *Cálculo de confiabilidad del instrumento.* Una vez realizado el proceso de ajuste de ítems derivado de las recomendaciones de los expertos, se procedió a verificar la confiabilidad del instrumento mediante el cálculo del coeficiente Alpha de Cronbach. En este caso se asumió como valor de referencia un coeficiente Alpha de 0,7 de acuerdo a lo definido por Pedreros y cols., en el manual de aplicación de la escala de medición. Este cálculo se efectuó aplicando una prueba piloto a 32 sujetos en diferentes instituciones de

salud.

El procesamiento de los datos se realizó en el Software SPSS versión 27 que permitió hacer los cálculos estadísticos. Los aspectos éticos se orientaron a los principios éticos para su ejecución, resaltando el manejo y reserva de datos de los expertos, uso de consentimiento informado para los encuestados, incluidos los aspectos de: confidencialidad, respeto por la autonomía de los participantes, y beneficencia. Lo anterior, en el marco del proyecto ya mencionado, aprobado por el comité de ética de investigación de la Universidad Francisco de Paula Santander, mediante acta N° 003 del día 15 de octubre de 2019.

Resultados

Aplicado el proceso de validación cultural y de contenido de acuerdo con el criterio de los expertos, se evidenció un índice global de Kappa de 0.151; es decir, una fuerza de concordancia interobservadores leve, lo que implicó un bajo acuerdo entre codificadores y un concepto de leve fiabilidad (Tabla 2).

Posteriormente, al explorar el valor del coeficiente por categorías, que representan los cinco criterios evaluados se obtuvo el siguiente puntaje: Congruencia de ítem (0,300 con P Value 0,00), Análisis Semántico de contenido (Kappa: -0,009; con P Value 0,881), Redacción de los ítems (Kappa: 0,099; con P Value 0,095), Claridad y precisión (Kappa: 0,227; con P Value 0,000), Pertinencia cultural (Kappa: 0,140; con P Value 0,018). Esto indicó una fuerza de concordancia por criterios que osciló entre pobre y aceptable, siendo el análisis semántico el de mayor afectación.

Con los resultados anteriormente descritos y considerando las observaciones y recomendaciones emitidas cualitativamente por los expertos, en especial las relacionadas con el análisis semántico, al conjunto de los 14 ítems contenidos en las dimensiones establecidas, se procedió a realizar el ajuste pertinente a nivel de semántica y redac-

Tabla 1. Valoración del Coeficiente Kappa

VALORACIÓN DE ÍTEMS	
Coefficiente kappa de Fleiss	Fuerza de concordancia
0,00	Pobre (Poor)
0,1-0,20	Leve (Slight)
0,21-0,40	Aceptable (Fair)
0,41-0,60	Moderada (Moderate)
0,61-0,80	Considerable (Substantial)
0,81-1,0	Casi perfecta (Almost perfect)

Fuente: (Landis y Koch, 1977)

Tabla 2. Resultado Kappa de Fleiss

Overall Kappa						
	Kappa	Asymptotic Standard Error	Z	P Value	Lower 95% Asymptotic CI Bound	Upper 95% Asymptotic CI Bound
Overall	0,151	0,043	3,533	0,000	0,067	0,235

Fuente resultados Juicio de Experto para Análisis Semántico y Cultural del Instrumento por ítem. Software SPSS versión 27 abril 2021.

INSTRUMENTOS

ción para 6 de los 14 ítems. Los ítems que requirieron ajustes corresponden a la dimensión de conocimiento (ítems 5 y 6), y de habilidad (ítems 9, 10, 12 y 13). Estos fueron revisados y ajustados en su redacción para mayor comprensión e interpretación al contexto colombiano.

Con el fin de determinar el nivel de confiabilidad, se estimó pertinente ajustar el contenido tanto para la escala total como cada una de sus dimensiones, se analizaron las variaciones del coeficiente al adaptar, los 6 ítems enunciados. Esta adecuación arrojó un alfa de Cronbach 0,738 para los 14 elementos, interpretándose como un nivel de confiabilidad aceptable.

Discusión

La posibilidad de conocer la competencia cultural de los trabajadores de salud, es un acercamiento al proceso social dinámico de la inmigración y la interculturalidad, que representa actualmente un desafío para los sistemas sanitarios. La percepción negativa de los profesionales de salud respecto a las situaciones de contacto de cultural, se ha relacionado con debilidades del proceso de formación en aspectos culturales, el predominio del paradigma biomédico y la falta de adaptación de los sistemas sanitarios a los cambios sociales. De ahí que las acciones para el fortalecimiento de la competencia cultural en los profesionales de la salud, sea un imperativo para los programas académicos y para los servicios sanitarios.¹⁴

La validez del contenido se aplica en diferentes situaciones investigativas, siendo las más frecuentes el diseño de pruebas y los procesos de validación de instrumentos adaptados semántica y culturalmente. Generalmente se evalúa mediante la técnica de juicio de expertos. Con los resultados obtenidos del juicio de expertos respecto al instrumento, se determinó la confiabilidad inter observadores mediante el índice Kappa de Fleiss, partiendo del análisis individualizado que cada observador realizó a cada ítem en los cinco criterios (Congruencia de Ítems, Análisis Semántico de contenido, Redacción de los Ítems, Claridad y precisión, y Pertinencia cultural). Este estudio tuvo en cuenta lo expresado por Bernal-García et al, por tratarse de múltiples expertos (más de 3), y la base de elección

de buscar los acuerdos entre más de un par de observadores, con la finalidad de incrementar la veracidad de los resultados.¹⁵

El índice Kappa de Fleiss es el más indicado para valorar la confiabilidad del acuerdo entre tres o más observadores que utilicen variables categóricas, a diferencia de otras medidas estadísticas de confiabilidad inter observador, como la π de Scott, la κ de Cohen y la J de Youden, diseñadas para dos observadores o para un observador versus sí mismo, por lo cual este índice de Kappa es el más aplicado en las ciencias biológicas y sociales.

El proceso de validación empleado en el presente estudio, permitió realizar los ajustes que en materia de redacción se propusieron, para 6 de los 14 ítems enunciados. En este caso, el criterio de expertos reveló, que el contenido incluido en el instrumento es válido en 5 de las diferentes categorías propuestas como lo fueron: Congruencia de Ítems, Análisis Semántico de contenido, Redacción de los Ítems, Claridad y precisión, Pertinencia cultural. Así, se obtuvo un instrumento adaptado al contexto colombiano, con igual número de ítems.

De otra parte, adaptar culturalmente un instrumento en el mismo idioma, en este caso el español, implica realizar una valoración del contenido del mismo y la comprensión adecuada en diferentes contextos, dada la riqueza idiomática del castellano y sus diversos significados. La literatura recomienda en la adaptación cultural de un instrumento, tener en cuenta tres aspectos: los giros idiomáticos, el contexto cultural y las diferencias en la percepción de la salud - enfermedad de la población,¹⁶ aspectos contemplados en el proceso aplicado en el presente estudio.

Desde el enfoque transcultural, la adaptación cultural de un instrumento debe incluir la corrección lingüística y la adecuación práctica buscando mantener las propiedades psicométricas del instrumento, por lo que necesariamente debe finalizar con la validación del instrumento adaptado.¹⁷ En este caso, mediante la evaluación de un grupo de expertos, se realizó la validez aparente y de contenido, y con base a las apreciaciones y recomendaciones, se realizó ajuste a la comprensión del instrumento EMCC-14, para posteriormente determinar la confiabilidad del mismo.

Por otra parte, el cálculo de confiabi-

lidad realizado al instrumento con la prueba piloto, reportó un valor de 0.738. El mismo oscila en el rango de los resultados presentados originalmente por los creadores del instrumento, quienes en la escala final obtuvieron un Alpha de 0,64, calculada para la muestra completa, según se presenta en los resultados de la prueba.¹¹

Este resultado se circunscribe a lo proyectado inicialmente por los creadores del instrumento, ubicando el valor obtenido dentro de la categoría de aceptable. Sin embargo, la literatura evidencia otras posturas frente a la interpretación de estos valores de confiabilidad. Por su parte, Nunnally plantea que, dentro de un análisis exploratorio estándar, el valor de fiabilidad de 0.7 es adecuado.¹⁸ Para autores como Huh et al, el valor de fiabilidad en investigación exploratoria debe ser igual o mayor a 0.6 y en estudios confirmatorios debe estar entre 0.7 y 0.8.¹⁹

Al comparar estos criterios se consideró que el Alpha de Cronbach obtenido en el presente estudio de 0.738, indica que el instrumento es consistente internamente y que los ítems incluidos presentan coherencia entre sí, evaluando en el mismo sentido y con una escala pertinente el constructo esperado. Esto permitió finalmente obtener un instrumento confiable para ser aplicado en el ámbito colombiano en los profesionales del área de la salud.

Conclusiones

La versión del EMCC-14 adaptada culturalmente al contexto colombiano obtuvo un adecuado nivel de comprensibilidad y confiabilidad, lo que permite su aplicación para determinar el nivel de competencia cultural de los profesionales de salud en Colombia.

Bibliografía

1. Fernández Niño J, Luna Orozco K. Migración venezolana en Colombia: retos en salud pública. *Salud UIS* 2018; 50(1):5. Disponible en <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/7992/8146> [acceso: 09/09/2021].
2. Velásquez S, Castellanos E, Marín A, Cruz F. Cómo se Mueve Colombia. Estudios de Caso sobre la Migración Reciente del País. Cuadernos del CIDS, universidad Externado de Colombia 2020; 33(1). Disponible en: <https://publicaciones.uxternado.edu.co/gpd-como-se-mueve-colombia-estudios-de-caso-sobre-la-migracion-reciente-del-pais-cuadernos-del-cids-serie-i-n-33-9789587902136>.

html [acceso: 31/05/2021].

3. Fernández-Niño JA, Rojas-Botero ML, Bojórquez-Chapela I, Giraldo-Gartner V, et al. Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud.* 2019; 51(3):208-219. Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/9685> [acceso: 31/05/2021].

4. Alarcón A, Vidal A, Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev. méd. Chile* 2003; 131(9):1061-1065. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>.

5. Congreso de la República de Colombia. Ley Estatutaria 1751, Artículo 6 Literal I. *Diario Oficial No. 49.427 de 16 de febrero de 2015.* pp. 1-10. Disponible en: https://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html [acceso: 2/06/2021].

6. Purnell LD. El modelo de competencia cultural de Purnell: descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación. *Cultura de los cuidados.* 1999; III (6): 91-102. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/5157> [acceso: 31/05/2021].

7. Serra Galcerán M, Mestres Camps L, González Soriano M, Leyva Moral J M, Sánchez, R De D, Montiel P M. Competencia clínico cultural: análisis de la capacitación de los profesionales de la salud. *Index de Enfermería* 2013; 22(1-2):16-19. Doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-1296201300010004>.

8. Osorio MB, López AL. Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. *Index de Enfermería* 2008; 17(4):266-270. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400010&lng=es [acceso: 10/09/2021].

9. Purnell L. The Purnell model for cultural competence. *Journal of transcultural nursing* 2002; 13(3):193-196. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/10459602013003006> [acceso: 30/05/2021].

10. Lillo Crespo M, Vizcaya Moreno F, Domínguez Santamaría J M, Galao Malo R. Qualitative Nursing Research and Cultural Competence. *Index de Enfermería* 2004; 13(44-45):47-50. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100010&lng=es [acceso: 09/06/2021].

11. Purnell L. Modelo de Competencia Cultural de Purnell: descripción y uso en la Práctica, Educación, administración e Investigación. *Cultura de los cuidados* 1999; 6(3):93. Disponible: https://www.researchgate.net/publication/39439182_El_modelo_de_competencia_cultural_de_Purnell_descripcion_y_uso_en_la_practica_educacion_administracion_e_investigacion [acceso: 11/06/2021].

12. Pedrero V, Bernal M, Chepo M. Escala de Medición Competencia Cultural (EMCC-14): Manual de Aplicación. Universidad del Desarrollo 2019. Disponible en: <https://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/2486/Manual%20Desarrollo%20de%20Competencias.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=La%20escala%20de%20medici%C3%B3n%20de,de%20la%20salud%20en%20Chile.&text=Para%20el%20desarrollo%20de%20esta,la%20creaci%C3%B3n%20de%20un%20test26> [acceso: 11/06/2021].

13. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* Marzo 1977; 33 (1): 159-174. Doi:

<https://doi.org/10.2307/2529310>.

14. Rodríguez-Martín B. Desafíos y oportunidades de las situaciones de contacto cultural en el ámbito sanitario. *Index de Enfermería* 2015; 24(4): 227-231. Doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000300008>.

15. Bernal-García MI, Salamanca Jiménez D, Pérez Gutiérrez N, Quemba Mesa M. Validez de contenido por juicio de expertos de un instrumento para medir percepciones físico-emocionales en la práctica de disección anatómica. *Educación Médica* 2020; 21(6):349-356. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318302584> [acceso: 31/05/2021].

16. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud pública Méx.* 2013; 55(1): 57-66. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100009&lng=es [acceso: 9/06/2021].

17. Lira MT, Caballero E. Adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en salud: Historia y reflexiones del por qué, cómo y cuándo. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2020; 31 (1):85-94. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864019301166> [acceso: 9/06/2021].

18. Nunnally JC, Bernstein, I. *Psychometric Theory, Third Edition*, New York: McGraw Hill; 1994; p. 752.

19. Huh J, Delorme DE, Reid LN. Perceived third-person effects and consumer attitudes on prevetting and banning DTC advertising. *Journal of Consumer Affairs.* 2006; 40 (1): 90-116. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1745-6606.2006.00047.x>.